

**CARACTERIZACION DE UNA POBLACION DE ADULTOS MAYORES  
INTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS “PERIODO 2018”, POR  
MEDIO DE LA ESCALA PSICOMETRICA “MINI MENTAL” UN ANALISIS  
RETROSPECTIVO DE DATOS**

**MARY NADEZHDA NATHALIE AMAYA CRUZ**

**ESTUDIANTE DE DECIMO SEMESTRE**



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
APLICADAS Y AMBIENTALES  
U.D.C.A**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**2019**

**CARACTERIZACION DE UNA POBLACION DE ADULTOS MAYORES  
INTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS “PERIODO 2018”, POR  
MEDIO DE LA ESCALA PSICOMETRICA “MINI MENTAL”**

**“UN ANALISIS RETROSPECTIVO DE DATOS”**

**MARY NADEZHDA NATHALIE AMAYA CRUZ**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**TUTOR**

**DR. FERNANDO QUINTERO BOHÓRQUEZ**

**ASESORES**

**DR. ANDRES CAMARGO**

**DRA GARCÍA AYALA, INGRID CAROLINA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

Nota de aceptación

---

---

---

Presidente del jurado

Jurado

---

Jurado

---

Bogotá D.C, mayo del 2019

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi familia, a Dios, a mi compañera Laura Katherine Camacho, y a esas personas de mi círculo más cercano. Quienes con sus palabras y muestras de apoyo me han dado la fuerza para no desistir en este camino a cumplir mis sueños, A mis mentores, tutores y asesores que durante todo este camino han sido de gran ayuda para mi formación aportando sus conocimientos, gracias a ellos hoy se concluye este trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al DR Fernando Quintero Bohórquez por brindarme su apoyo, tutoría, tiempo y sabiduría para la generación y culminación de este trabajo de grado. Al doctor Andrés Camargo, Por su asesoría y direccionamiento para la realización de esta investigación, al Comité Técnico Científico de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A por la aprobación para la realización de este proyecto y a todos los hogares geriátricos y su población de pacientes, por su disposición, colaboración en forma voluntaria, por acceder a la ayuda y nuestro interés en su salud, a mis compañeros José Quiroz, Laura Katherine Camacho, del presente trabajo quienes entendiendo mis situaciones adversas me permitieron el uso de datos para llevar a cabo el presente proyecto.

## TABLA DE CONTENIDO

CARACTERIZACION DE UNA POBLACION DE ADULTOS MAYORES INTITUCIONALIZADOS EN HOGARES GERIÁTRICOS “PERIODO 2018”, POR MEDIO DE LA ESCALA PSICOMETRICA “MINI MENTAL” UN ANALISIS RETROSPECTIVO DE DATOS.....	1
DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN .....	7
SIGLAS Y ABREVIATURAS:.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	9
PREGUNTA PROBLEMA: .....	13
JUSTIFICACIÓN: .....	13
OBJETIVOS .....	14
OBJETIVO GENERAL:.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	14
MARCO TEORICO:.....	14
<b>Envejecimiento:</b> .....	14
Deterioro cognitivo: .....	20
Deterioro cognitivo leve:.....	21
Clasificación:.....	28
Cuadro clínico:.....	30
EVALUACION CLINICA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE: .....	31
ALGUNAS PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS: .....	31
DIAGNOSTICO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE.....	33
EVALUACION DE SINTOMAS NEUROPSIQUIATRICOS:.....	34
INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN: .....	35
Mini-Mental State Examination .....	35
Red de apoyo: .....	43
DISEÑO METODOLOGICO.....	44
Tipo de investigación:.....	44

Criterios de inclusión y exclusión .....	45
Muestra .....	45
Recolección De Datos:.....	46
ANÁLISIS .....	46
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	49
DISCUSIÓN.....	75
CONCLUSIONES .....	78
ANEXOS .....	78
Carta de autorización de uso de datos.....	78
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	79
ENCUESTA .....	80
Instrumento aplicado:.....	87
FUENTES BIBLIOGRAFICAS .....	88

## RESUMEN

Las diversas dinámicas poblacionales han hecho cambios en los ciclos vitales de las personas, y con esta el aumento y disminución de diversos grupos poblacionales como se evidencia hoy en día, con el grupo de los adultos mayores quienes son una población en aumento, de manera inherente estos individuos son proclives ya por su condición natural a cuidados especiales, a acompañamiento continuo, a reintegración a la sociedad y al grupo familiar.

El adulto mayor por su condición es vulnerable, el desgaste fisiológico con el tiempo lo lleva a ser dependiente de otras personas para mantener un envejecimiento saludable, es necesario que las personas cambien la forma de ver el envejecimiento se asuma como una parte más del ciclo vital con diversas implicaciones inherentes a la condición.

Así mismo para lograr un envejecimiento saludable y adecuado se debe hacer énfasis en tener buenos hábitos de vida que sean permanentes durante todo el ciclo vital los buenos hábitos de vida tienen un impacto en los estados más avanzados del ciclo vital, una buena vida implica un buen envejecimiento. Una estimulación cognitiva durante toda la vida permite que se desarrolle neuroplasticidad, esto tiempo implicaciones importantes respecto al desarrollo o detención de las condiciones para desarrollar enfermedades neurodegenerativas, DCL, EA y trastornos en el espectro de ánimo.

Este estudio busca observar y describir como es el rendimiento de la población institucionalizada frente a una prueba psicométrica y su desempeño en las sub escalas que esta plantea, y con estos resultados partir para definir estrategias de reeducación tanto a los pacientes como a los cuidadores encargados del cuidado de esta población. Y así mismo demostrar la importancia de mantener a estos pacientes activos, estimulados cognitivamente, y lo más importante reintegrarlos a la sociedad, al grupo familiar, para mejora la calidad de vida presente y futura.

#### **SIGLAS Y ABREVIATURAS:**

EA: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DCL: DETERIORO CONGINITIVO LEVE

AVD: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

DMAE: DETERIORO DE LA MEMORIA ASOCIADO A ENVEJECIMIENTO

DCAE: DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A LA EDAD

DCL a: DETERIORO COGNITIVO AMNESICO

DCL mult: DETERIORO COGNITIVO CON MULTIDOMINIO

D.V: DEMENCIA VASCULAR

DCL-mnoa: DETERIORO COGNITIVO CON MULTIDOMINIO NO AMNESICO

FAQ:Functional Activity Questionnaire

NPI:Neuropsychiatric, Inventory

GDS: Geriatric Depression Scale

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

“El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer (EA) (8). En 1999, Petersen publica los criterios originales de la Clínica Mayo y lo define como un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria (AVD) y sin que se cumplan criterios de demencia. Así mismo, establece que la alteración de la memoria es el problema principal y que el resto de las funciones mentales superiores pueden estar preservadas (9). (2). es un fenómeno inherente al envejecimiento, es un hecho fisiológico que no es sinónimo de patología”,

El envejecimiento; es un proceso fisiológico, que no solamente afecta a los seres humanos, implica a todos los seres vivientes, envejecemos desde el momento de nuestra concepción, algo inherente a los seres vivos y parte de la propia naturaleza es de vital importancia que no se asuma el envejecimiento como sinónimo de patología, si no como una etapa más del ciclo vital así como la juventud la niñez etc.

“Índice de envejecimiento definido como el peso de la población mayor de edad con respecto a la población infantil y adolescente se triplicó en las últimas décadas. De 10 pasó a 34 (personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años) entre 1964 y el año 2010, y de acuerdo con la tendencia observada, mantendrá aumentos sostenidos en un futuro próximo (1)”

Partiendo de esto hoy gracias a los avances de la humanidad, los aportes de la ciencia, las perspectivas y objetivos de vida de los individuos han mutado, cambiando un poco el ciclo “nacer, crecer, reproducirse y morir”.

Con una expectativa de vida más larga a comparación de otras épocas históricas de la humanidad, donde esta era acortada de manera brusca, por las enfermedades y las condiciones de vida, hoy las cosas han cambiado, el poder acceder a una educación superior, mejores trabajos, han cambiado las prioridades y perspectivas de lo que es vivir y en muchos casos suprimiendo y ampliando o supriendo el tiempo de reproducirse, lo que implica la inversión de las pirámides poblacionales, siendo la población adulta mayor la que está en aumento; “ Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años “ (1). “En Colombia para el año 2013, la población mayor (60 y más años de edad) es de 4.962.491(10.53% del total de la población). De esta población 2.264.214 son hombres y 2.698.277 son mujeres lo que significa que en la vejez hay una proporción de mujeres significativamente mayor a los hombres. (DANE, Proyecciones de Población 2005-2020).”(1)

“Según el Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe) 2015, la cifra de personas mayores de 60 años representó el 11 % de la población colombiana, es decir 5,2 millones de personas; para el año 2020 se estima que ese porcentaje aumente al 12,5 %, que equivaldría a 6,5 millones de personas; y para el 2050 se proyecta en un 23 %, es decir, 14,1 millones de adultos mayores.” “Con más de la mitad de la población adulta mayor en el grupo de 60-69 años (57,2%),(30,2%) en el grupo de 70-79 años y (12,6%) de los de 80 y más”(5)

Este proceso “transición poblacional, inversión de las pirámides poblacionales, control de la fecundidad” que inicio en países de altos ingresos, hoy y a futuro tendrá implicaciones a nivel mundial, con el cambio de dinámicas de vida del ser humano, trae consigo problemáticas, un ejemplo de problemática social puede ser evidenciado en el continente Asiático “china e india”, en donde el mal control de la natalidad para controlar una sobrepoblación hoy tiene como consecuencia que hallan más hombres que mujeres, muchos de estos pobres sin posibilidad de formar una familia lo que implica desprotección en la vejez, y más envejecimiento

poblacional, en india con la preferencia de herederos varones “sobre selección de género masculino, abortos en masa al indagar el sexo antes de nacer”, y la difícil situación social de la mujer que se ve sometida a violencia y desigualdad social.

Esto se ha traducido en más violencia contra la decreciente población femenina, viéndose sometida al rapto, desde niñas para concretar uniones arregladas, y en la mujer joven en edad fértil, también raptada y obligada a ser esclava sexual para una familia o una aldea.

No todas las personas pueden acceder a las oportunidades de carreras y trabajos formales, esto implica pobreza, desprotección y vulnerabilidad en la etapa de vejez. El ritmo de vida cada día más acelerado, y el hecho de que en muchos casos se asuma esta etapa de vida como algo malo o difícil de lidiar, ha aumentado el número de pacientes institucionalizados en hogares geriátricos, ya que es más difícil para sus familias, tener un contacto cercano, asumir los cuidados que implica un adulto mayor, o en muchos casos la soledad, viudez, el abandono, el maltrato entre otras causas las que han atribuido que se incrementen los usuarios de estas instituciones.

Tomando lo anteriormente nombrado, la pregunta es: ¿Qué tiene que ver esto con medicina?; el papel del médico en la sociedad es ser un agente del cambio: reeducando a las familias, los individuos acerca del envejecimiento como una etapa más del ciclo vital y no como algo patológico o negativo. Investigación: la cual ya se hace desde distintas disciplinas como por ejemplo: bioquímicamente y celularmente ¿Qué está implicado en que envejecemos?, neurología y psiquiatría: que cambios comportamentales, anatómicos implica y sus repercusiones, que factores inciden para que se deterioren las funciones cognitivas y que factores participan para que no pase. Desde la visión de la medicina familiar, y la salud pública: como están cambiando las poblaciones, en qué condiciones viven, como están configuradas.

Teniendo en cuenta el contexto anterior, surgen preguntas ¿Qué es un deterioro cognitivo? ¿Se sub clasifica, como se diagnostica, cuáles son sus manifestaciones, existen formas de medirlo diagnosticarlo, cuales son los instrumentos con los que

se cuenta actualmente para el screening o tamizaje del deterioro versus una demencia?, ¿Qué son las redes de apoyo, interactúan acaso con el adulto mayor, existe una relación entre su acompañamiento y el deterioro cognitivo?

La razón del porqué de este estudio es; la población adulta mayor es un grupo poblacional en crecimiento con características particulares y necesidades especiales, los cuales sufren diversos cambios producto del ciclo vital que están viviendo; por esta razón el presente estudio quiere indagar diversos puntos: la distribución y frecuencia del deterioro cognitivo, respecto a variables sociodemográficas, otras como tiempo de institucionalización, estado civil, nivel de estudios, el acompañamiento de las redes de apoyo “tomando las variables de: visitas por parte de familiares, y no familiares”. Además como fue el comportamiento que tuvo la población a estudio en las sub escalas que mide el instrumento mini mental: fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción.

Por diversas dinámicas sociales son cada día más los individuos institucionalizados en hogares geriátricos los cuales están encaminados hacia su cuidado y protección, partiendo de este hecho se hace necesario la identificación de los individuos que cursan tanto con deterioro cognitivo tanto leve, severo, observar que áreas evaluadas por parte del instrumento están más comprometidas por cada hogar geriátrico para así plantear estrategias de trabajo, estimulación, cuidado y así evitar la progresión hacia patologías de alta demanda tanto de cuidados y que el paciente pierda más rápidamente su propia funcionalidad.

Aunque en la parte de investigaciones en salud de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A, se han realizado proyectos aplicado el instrumento del mini mental en poblaciones de adultos mayores institucionalizados, este no se ha tomado para caracterización usando las sub escalas que evalúa dentro de sí tampoco se ha hecho énfasis sobre la influencia que tienen las redes de apoyo, en el contexto de estas situaciones en especial, razón por la cual este sería el vacío y razón de esta investigación, finalmente con el resultado se desea llegar a los hogares donde se tomaron los datos y llegar a una concientización

acerca de que es esta entidad “DCL”, como se diferencia de otras, crear procesos de acercamiento entre las redes de apoyo y el adulto mayor institucionalizado. Además trazar estrategias para el cuidado de las áreas que pudieran verse comprometidas en la evaluación de las sub escalas del instrumento “mini mental”.

### **PREGUNTA PROBLEMA:**

¿Cómo fue la distribución: del deterioro cognitivo en sus distintas versiones en la población a estudio, como fue la relación de este con las variables tanto socio demográficas y sociales de interés; existe algún compromiso en las sub escalas y áreas que evalúa el mini mental?

### **JUSTIFICACIÓN:**

El grupo poblacional de los adultos mayores, es una población con tendencia al aumento por diversas características propias del ciclo vital los hace dependientes de atenciones y cuidados especiales.

Por lo tanto es de vital importancia abordar la temática a estudio identificar tempranamente que en qué áreas que evalúa el instrumento hay mayor compromiso para estos individuos, identificar la distribución del deterioro cognitivo tanto leve, como severo, su relación y comportamiento con las variables tanto socio demográficas, como sociales de interés.

¿Para qué esto?; con la identificación de un problema se podrá plantear una o varias estrategias hacia los hogares geriátricos para lograr un mejor cuidado y estimulación hacia estos individuos y evitar problemas futuros como el desarrollo temprano de más patologías, lograr una mayor implicación por parte de la red de apoyo con el adulto mayor

Finalmente se evitaría con esto mayores impactos económicos, sobrecargas de emocionales y de trabajo para los cuidadores.

Y se abrirían más brechas para la investigación futura en pro de esta población.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar por medio del instrumento “mini mental” Si existen deficiencias en la población a estudio en áreas como: fijación, concentración y calculo, memoria, lenguaje y construcción

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Caracterizar a la población a estudio: por medio del instrumento “mini mental” y sus sub escalas.
  
- ❖ Identificar la frecuencia y distribución del deterioro cognitivo.
  
- ❖ Correlacionar el deterioro cognitivo con variables de la estela social y sociodemográficas de los individuos a estudio

## **MARCO TEORICO:**

Envejecimiento:

Etimológicamente proviene del verbo transitivo e intransitivo “envejecer” y del sufijo miento que indica acto o estado (6). Alteraciones morfológicas y fisiológicas que sufre un ser vivo por el paso del tiempo, implicando un desgaste y pérdida de capacidades (6) proceso

biológico que comporta cambios estructurales y funcionales los cuales no son consecuencia de una enfermedad o accidente.

Lehr (7), Laforest (8), Gómez y Curcio (9) coinciden en tratarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”. “8”

“El envejecimiento es definido por el Websters New Universal Unabridged Dictionary como “la acumulación de cambios en un organismo o un objeto con el tiempo” (19). La Enciclopedia Británica lo define como: “el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo reciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula, un órgano o en la totalidad del organismo durante el período vital completo como adulto de cualquier ser vivo” (20). El Oxford English Dictionary define el envejecimiento como “el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo” (21). Una definición biológica del envejecimiento es “el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo. Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso. Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel (22).” “8”

Edad cronológica: según la ONU desde la edad de 60 años se considera al individuo adulto mayor, y en países desarrollados, este concepto se adopta a partir de los 65 años de edad.

Erikson (1950) plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales. “8”

“Disminución: se relaciona con el deterioro en la función de algunos órganos, con la reducción de la percepción sensorial y de la velocidad de reacción ante los estímulos. Es una época de cambio: la apariencia física se modifica de forma progresiva, aparecen las canas, las arrugas, y cambia la distribución de la grasa corporal; también se observan modificaciones importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales” “8”

“Ancianidad: hace referencia a la etapa que comprende el final de la vida, la cual se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza esta edad por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona una sensible y progresiva baja de la actividad mental. El individuo va perdiendo el interés por las cosas de la vida y va viviendo más en función del pasado, que evoca constantemente ya que el presente y el futuro le ofrecen en realidad muy pocas perspectivas. 8”

“Tercera edad: es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones. Es un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica porque se han alargado las posibilidades de vida y se debe mantener a esas personas. Es también un fenómeno psicológico, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional (38). 8”

“Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe (60), el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (61,62). “8”Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (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 8”

“Envejecimiento activo de la OMS (2002), 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 8”

Basados en los conceptos plantados por los distintos autores referenciados, y abordando las diversas perspectivas, se podría plantear una especie de conclusión, o un punto de consenso; el envejecimiento no es exclusivo de los humanos, es un proceso que implica a todos los seres vivos del planeta, implica el punto más alto del ciclo vital "recta final". Fisiológicamente es la suma y consecuencia de todos los cambios, desgastes, interacciones, exposiciones, que implican un ciclo vital, como se nombró anteriormente es un hecho fisiológico no patológico, el hecho de tomar diversos puntos de vista, permite ampliar la perspectiva respecto a un tópico o temática, sin tener estos puntos de vista, y significados etimológicos, se haría imposible empezar a abarcar el presente tema.

Envejecimiento cerebral:

"El envejecimiento es un resultado de interacción de factores "genéticos, medioambientales, estocásticos"; el cerebro no es ajeno a estos fenómenos, tiene cambios característicos que abren la brecha para la pregunta ¿son cambios menores del envejecimiento? que no deberían influir en su función o ¿estos son precursores de daño neurodegenerativo? "El encéfalo, desde el punto de vista neural, es un órgano pos mitótico, aunque sabemos que en determinadas regiones persisten fenómenos neurogénicos. Como consecuencia de esta característica, cuando las neuronas se pierden por cualquier causa, son difícilmente recuperables, por lo que el número total de neuronas y el peso global del encéfalo disminuye de forma progresiva con el envejecimiento. A partir de los 60 años de edad el cerebro pierde de 2 a 3 g de peso anualmente." "9". Los cambios modifican regiones de sustancia blanca y áreas filogenéticamente evolucionadas, sin embargo estudios de neuroimagen demuestran gran variabilidad entre individuos estudiados. 9".

"durante el envejecimiento con la arborización dendrítica neuronal y la densidad de espinas, sustrato morfológico de los contactos sinápticos. La neuroplasticidad (posibilidad de incrementar el árbol dendrítico, las espinas y los contactos sinápticos) no se pierde con el envejecimiento. Hace más de 30 años se pudo comprobar que la preservación del fenómeno de neuroplasticidad continuaba presente en la corteza del hipocampo de octogenarios y, sin embargo, desaparecía en ancianos con deterioro cognitivo (5)". "Una característica importante de la organización funcional del cerebro es la presencia de un conjunto de ejes de redes neuronales interconectadas y altamente funcionales, como la

ínsula, la corteza cingulada anterior y posterior, la corteza frontal superior y la corteza prefrontal medial. Estos ejes son también la estructura de la base neurocognitiva de redes funcionales, tales como la red de modo por defecto, la red ejecutiva central y la red de prominencia, indispensables para las funciones cognitivas superiores 9"

"La interrupción de la comunicación y conectividad de estas áreas tiene efectos perjudiciales sobre la memoria episódica, funciones ejecutivas mayores. Estudios anatomopatológicos, demuestran acúmulos proteicos anómalos, relacionados con neurodegeneración "Estos acúmulos ocurren tanto en el compartimento intraneuronal o intraglial como extracelular (ovillos neurofibrilares, gránulos de lipofuscina, cuerpos de Marinesco y de Hirano, etc.). Estos hallazgos varían mucho entre individuos con determinadas lesiones cuya presencia está restringida solamente a ciertas áreas cerebrales. Se desconoce qué causa estas lesiones, si son realmente precursoras o iniciadoras de los procesos de neurodegeneración y enfermedad, o si simplemente son el producto de un cerebro envejecido 9".

"concepto decline framework, que hace referencia a los cambios ligados a la edad en la activación neuronal y su interacción con el entorno como elemento potenciador. Los cambios en la activación neuronal ligados al envejecimiento engloban tres aspectos: reclutamiento compensatorio de las regiones prefrontales o de la red ejecutiva, reducción de la lateralización de la activación hemisférica con carácter compensatorio en el córtex prefrontal y, finalmente, el índice neuronal del declinar cognitivo 9"

Edad:

Edad física: es un concepto individual, ya que los cambios físicos y biológicos se dan a distintos ritmos, en cada individuo según los estilos de vida adoptados y otros factores influyentes como: economía, nutrición. Actividad, emociones y estado psicológico, teniendo como logro final la conservación de la funcionalidad y autonomía a pesar de la edad y las patologías.

Edad psicológica: más que un concepto, es una situación propia de cada individuo, la forma como la etapa del ciclo vital, produce cambios en la emocionalidad y puede producir

sentimientos. los cambios repentinos en ningún ser humano son normales, se tiene el concepto de que la vejez es sinónimo de sentimientos como: tristeza enojo o apatía, estos no son influidos por la edad si no por situaciones propias del entorno "pérdida de un ser querido, la jubilación, cambio de papel en el grupo familiar", en cuanto a las áreas de memoria, aprendizaje el cambio normalmente es gradual, para atenuarlo se debe mantener al individuo activo, integrado ocupado, para esto se debe hacer uso de herramientas y estrategias didácticas.

Edad social: la vejez tiene significados diferentes en cada grupo social, está influida por tópicos como: cultura, historia, organización social, las personas, se categorizan socialmente y se encasillan en estereotipos ejemplo: está mal visto que un adulto mayor se enamore en algunas sociedades en otras sociedades se ve al adulto mayor de gran valor social: a quien se le pide consejo, ya que es el ser con mayor tiempo vital y mayores experiencias vitales.

Estadísticas de envejecimiento:

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años "(1).

En Colombia para el año 2013, la población mayor (60 y más años de edad) es de 4.962.491(10.53% del total de la población). De esta población 2.264.214 son hombres y 2.698.277 son mujeres lo que significa que en la vejez hay una proporción de mujeres significativamente mayor a los hombres. (DANE, Proyecciones de Población 2005-2020).(1)

Según el Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe) 2015, la cifra de personas mayores de 60 años representó el 11 % de la población

colombiana, es decir 5,2 millones de personas; para el año 2020 se estima que ese porcentaje aumente al 12,5 %, que equivaldría a 6,5 millones de personas; y para el 2050 se proyecta en un 23 %, es decir, 14,1 millones de adultos mayores.” “Con más de la mitad de la población adulta mayor en el grupo de 60-69 años (57,2%), (30,2%) en el grupo de 70-79 años y (12,6%) de los de 80 y más. (5).

### **Deterioro cognitivo:**

Deterioro:

“Pérdida de una parte o de toda la capacidad física o mental; por ejemplo, la capacidad de ver, caminar o aprender” “empeoramiento del estado de algo, desgaste<sup>10</sup>”

Cognición:

Del latín cognitio, "incluye partículas: con, que significa 'junto' o 'todo', y gnōscō o gnōscere, que significa 'saber' o 'tener noción'." Acción y efecto de conocer, Es una facultad de los seres vivos, en la cual registran e interpretan información que reciben a través del medio y por medio de ella, crean una experiencia. Implica el uso de habilidades mentales como:

- Atención
- Memoria
- Razonamiento
- Sentimiento
- toma de decisiones
- aprendizaje.

cognición; implica el conocimiento alcanzado por medio del ejercicio y uso de las facultades mentales y habilidades como la capacidad mental, que es un sistema físico dinámico no estático, también se define como facultad intelectual; que incluye: percepción, pensamiento, memoria, imaginación, voluntad, también es un proceso evolutivo a largo plazo. 11

“U. Beck, al explicar Cognición, presenta ésta como "pensamientos, imágenes, sueños despiertos y de allí los resultados de tales procesos". La cognición en este caso es el reflejo de una información adquirida, interpretada y utilizada por cada ser humano, que como tal puede ser o no expresada como una representación interna. (Si es procesada o por el contrario, no ha sido percibida y ha pasado de largo hasta llegar a otro "receptor".<sup>11</sup>

“El enfoque empírico sobre la cognición se inició con las escuelas del comportamiento, a partir de 1900, con los conceptos de la teoría del condicionamiento y aprendizaje iniciadas por Pavlov y originadas por la experimentación, en principio dedicada a la psicología experimental, (Wundt, James, Watson.) Lo que dio lugar a una especie de paradigma conductista. (Por ejemplo; alimento: conducta condicionada frente a recompensa o castigo)<sup>11</sup>”.

Según la psicología es un proceso que implica etapas para llegar a un fin:

Percepción: captación de estímulos externos e internos por medio de los sentidos.

Atención: el individuo enfoca sus habilidades en una información que está recibiendo.

Aprendizaje y memoria: adquisición de un conocimiento o la modificación de uno ya anteriormente, adquirido, el segundo concepto implica la capacidad de almacenar, codificar y recuperar esa información.

Lenguaje: ya sea oral, escrito o de señas, permite comunicar el conocimiento adquirido

Razonamiento y resolución de un problema: permite evaluar la información obtenida y facilita la identificación de una solución

Meta cognición: conciencia que el sujeto desarrolla sobre sus propios procesos de aprendizaje.

**Deterioro cognitivo leve:**

El aumento de la esperanza de vida lleva consigo el aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, como demencia y Alzheimer, las cuales implican gran sobrecarga económica para el individuo y el estado, implicando también cambios severos en los estilos de vida de los individuos afectados.

“Según un estudio realizado en población en el Perú, la prevalencia, de demencia es de 6,85% en individuos mayores de 65 años (1); sin embargo un gran número de adultos mayores padecen de estadios pre-demencia no diagnosticados. En la última década se ha intentado identificar los cambios cognitivos, conductuales y biológicos que ocurren durante la llamada fase ‘pre sintomática’ de la demencia. Asimismo, en la enfermedad de Alzheimer (EA) las evidencias apuntan a que el depósito gradual de la ‘carga patológica’ (placas de amiloide y ovillos neurofibrilares) es responsable de la disfunción cognitiva” "12"

Cuando los cambios en la cognición del individuo no involucran ni comprometen, el funcionamiento de las actividades diarias del individuo, se le denomina deterioro cognitivo leve DCL.

El DCL implica alteración en uno o más dominios de la esfera de la cognición, superior a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo pero no lo suficientemente intenso, como para llegar a un proceso de demencia. Según el documento "consenso de deterioro cognitivo leve en el adulto mayor, de la sociedad española de geriatría y gerontología del año 2017" "11"; se propone el termino alteración cognitiva leve "un rendimiento por debajo de lo esperado no implica necesariamente deterioro". El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer (EA) (8). "11"

En 1999, Petersen publica los criterios originales de la Clínica Mayo y lo define como: síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida

diaria (AVD) y sin que se cumplan criterios de demencia. La alteración más notoria en este caso está dirigida hacia la memoria, sin la afectación de otras funciones mentales superiores.

“En el año 2000, la Sociedad Española de Neurología propone criterios para la alteración cognitiva (cualquier queja refrendada por un informador) y el deterioro cognitivo ligero (si se constata, además, una disminución en el rendimiento cognitivo) (10). "11" En el 2011, el National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) reevaluaron los criterios de DCL dentro del espectro de la EA. Coincidiendo con los criterios del Grupo Internacional de Trabajo en DCL, incluyen la posible existencia de alteraciones en las AVD que no precisan de ayuda/supervisión de tercera persona y que permiten al sujeto realizar una vida independiente en la sociedad (12). 11"

“Los aspectos relacionados con la estabilidad de deterioro cognitivo han arrojado diversos datos en base a los criterios utilizados y al tiempo de seguimiento. Algunos estudios indican que entre el 15 y el 41 % de pacientes evolucionan a demencia en un seguimiento de 1 año (19). En un estudio a 4 años de seguimiento el grado de progresión anual se establece en el 11 % (20). Los resultados de estabilidad también dependen de la edad del grupo estudiado; así, en un estudio longitudinal de 8 años y de edades entre 62-64 años, se observó que en el 45 % de los pacientes la situación era de tipo inestable (21).11"

El envejecimiento tiene diversas implicaciones, en todos los ámbitos desde la esfera personal del individuo, implicando cambios psicológicos, comportamentales, hasta los campos biológicos. Así mismo la edad es un concepto propio de cada cultura, y el “estar y sentirse viejo” es relativo de cada individuo.

Los compromisos que tiene el envejecimiento sobre órganos como el cerebro, son un terreno sin una última palabra, concepto o teoría, la fisiología del envejecimiento es un terreno que aún se explora y abren más y más brechas para la investigación, envejecer

implica un desgaste un trabajo de más lo que implica neuroplasticidad por parte de áreas cerebrales modificarse para que siga trabajando y funcionando el sistema.

Se podría notar inicialmente que para lograr un envejecimiento exitosos se deben forjar hábitos en todo el ciclo vital, ¿Cómo así?: hacer un deporte, comer sano, aprender cosas nuevas cada día, tener buenos hábitos de vida, evitar exposiciones perjudiciales para la propia humanidad, esta para que; lograr neuroplasticidad hacer que el cerebro reclute áreas y trabaje con todo su potencial, con esto se evitaría el desarrollo de patologías que llegarían a un envejecimiento tórpido, una institucionalización temprana y finalmente impacto económicos, y personales en el individuo.

Factores de riesgo:

Al ser un proceso heterogéneo, y difícil establecimiento de historia natural de la enfermedad, es complejo establecer por parte de los estudios los diversos factores de riesgo inmersos en la etiopatogenia, aun hoy no tienen suficiente sensibilidad ni especificidad, para ser usados como marcadores de diagnóstico, aún se encuentra la duda si estos con los mismos para DCL y EA. 9

Factores demográficos: la edad es uno de los factores de riesgo más importantes, se duplica cada 5 años hasta los 85, la influencia del género aun no es clara, algunos estudios no han podido establecer diferencias y asociación, las opiniones respecto al género son dicotómicas.9

Factores genéticos: el gen apolipoproteína E, es el único que se ha relacionado con el desarrollo de EA, pero no se ha podido encontrar asociación al DCL, en algunos estudios se ha encontrado una asociación hasta de 10 veces en casos versus los controles.

Factores cardiovasculares: diversos estudios han encontrado asociación fuerte entre estas y el desarrollo de DCL, muchos de estos son modificables, enfermedades como diabetes mellitus, altos niveles de glucemia, la deficiencia y/o resistencia se han asociado a incremento del riesgo así mismo también se ha visto implicada la amiloidogenesis, con elevación de APP y BACE1, “La insulina puede competir con A $\beta$  por la enzima degradadora de insulina (IDE) impidiendo el aclaramiento cerebral de la A $\beta$ , pudiendo ser otro mecanismo de asociación. La formación de productos finales de glicación no enzimática (AGE) se encuentran presentes en las placas amiloideas y los ovillos neurofibrilares contienen receptores AGE”. En edades medias la HTA, influye con el desarrollo del DCL, En edades avanzadas pasa lo contrario haciendo que incluso sea un factor protector, la dislipidemia se ha visto relacionada con la presencia de alteración cognitiva en las edades avanzadas, pacientes con fibrilación auricular, tienen mal rendimiento cognitivo y funcional, y este esta mayormente influido con la presencia de micro infartos silentes. Los dos extremos tanto el sobrepeso como el bajo peso se han visto relacionados con el desarrollo de DCL, pero no se ha demostrado que la pérdida de peso sea un factor protector para esta entidad.9

Factores sensoriales: los mecanismos que podrían relacionar estos con el DCL aún no están claros, todos estos pueden impactar el entorno del individuo, “La asociación entre deterioro de la función olfatoria y deterioro cognitivo puede reflejar la vulnerabilidad del

bulbo para el asentamiento de lesiones específicas (, e incluso su relación con la mortalidad".9

Estilos de vida: la relación entre actividad física y el progreso o detención del DCL aún es controvertida, igualmente se ha encontrado una relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo del DCL, la relación entre el desarrollo del DCL con el alcoholismo aun no es clara ni concluyente, ya que no se conoce bajo que cantidad o frecuencia de consumo es el detonante para desarrollarlo. Un bajo nivel educativo, se ha visto relacionado con el riesgo a desarrollar DCL, la actividad intelectual influye en los sustratos y necesidades de sustancia gris y neurotransmisora, respecto al contacto social también es controvertido, se ha detectado que el grado de satisfacción y calidad de compañía es importante en la prevención del DCL. "El International Working Group Criteria for Mild Cognitive Impairment considera, como factor de riesgo independiente, el padecer depresión en las edades medias de la vida."9

Cifras:

El DCL es un trastorno heterogéneo, aunque tenga características comunes, no se puede hacer una generalización acerca de la historia natural de la "enfermedad", ya que avanza de manera distinta en cada individuo; " La prevalencia de DCL se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años (8). Un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de DCL de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para mayores de 85 años (9). En términos de incidencia, las cifras publicadas varían de 5,1 a 13,7 por 1 000 personas-año" Dentro de los casos que sobrevivieron luego de 10 años de seguimiento, 27% desarrollaron demencia (23% EA)"12"

"Los estudios de DCL en América Latina son escasos. Un estudio puerta a puerta en la ciudad argentina de Córdoba ha encontrado una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años (17). Otro estudio poblacional en la ciudad colombiana de Medellín halló una prevalencia de DCL tipo amnésico de 9,7% (18). Un tercer estudio chileno comunica el seguimiento de 36 pacientes con DCL, adicionales, 50%(10 casos) de los pacientes que permanecían como DCL estables en el tiempo progresaron a EA (19)."12

"Otro estudio en pacientes hospitalizados, aplicando la prueba de Pfeiffer, encontró que más de la mitad presentó algún grado de deterioro cognitivo, diferenciándose en leve, moderado y severo, con 10%, 12% y 24% de los casos estudiados, respectivamente (22). Ello evidencia la elevada frecuencia del deterioro cognitivo que se sobrepone a otras patologías en pacientes hospitalizados y que muchas veces es infravalorado tanto por familiares como por el personal de salud." "12"

El DCL es un estado intermedio entre cognición normal y demencia. No existe un evento fijo que determine el punto de inicio de la fase asintomática a la fase sintomática de la pre-demencia (2), o de la fase pre demencia sintomática al inicio de la demencia(3). "12"

Tabla 1. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en estudios que aplican criterios de Mayo.

Autor	Localidad	Población	Muestra	Criterio psicométrico	Prevalencia	Tipo de estudio
<b>Europa</b>						
Ritchie, 2001 (23)	Montpellier, Francia	NP	833*	NP	> 60 años: 3,2%	Longitudinal
Larrieu, 2002 (24)	Gironde, Francia	Comunidad	1265	1,5 DE	≥65 años: 2,8%	Longitudinal
Hänninen, 2002 (25)	Kuopio, Finlandia	Comunidad	806	1,5 DE	≥60 años: 5,3%	Transversal
Busse, 2003 (11)	Leipzig, Alemania	Comunidad	1045*	1 DE	≥75 años: 3,1% (a)	Longitudinal
Tognoni, 2005 (26)	Tuscania, Italia	Comunidad (r)	2366	NP	≥65 años: 4,9% (a)	Transversal
Consejería de Sanidad, 2005 (27)	Murcia, España	Comunidad (u y r)	1074	NP	> 64 años: 4,0%	Transversal
Zanetti, 2006 (28)	Milán, Italia	Comunidad	400	1 DE (u y no-a)	≥75 años: 16,3%	Longitudinal
<b>América</b>						
Fisk, 2003 (29)	Varios, Canadá	Comunidad (u y r)	1790	NP	≥75 años: 1% (c) ≥75 años: 3% (a)	Longitudinal
López, 2003 (30)	Varios, EE.UU.	Comunidad	2470*	1,5 DE	≥65 años: 18,8%	Transversal**
Ganguli, 2004 (6)	Pensilvania, EEUU.	Comunidad (r)	1681	1 DE	> 60 años: 2,9% (a)	Longitudinal
Manly, 2005 (31)	Nueva York, EE.UU.	Comunidad	1325*	1,5 DE	≥65 años: 28,3%	Longitudinal
Mías, 2007 (17)	Córdoba, Argentina	Comunidad	418	1 DE	≥50 años: 13,6%	Transversal
Henao-Arboleda, 2008 (18)	Medellín, Colombia	Comunidad	848	1,5 DE	> 60 años: 9,7% (a)	Transversal
Knopman, 2009 (14)	Minnesota, EE.UU.	Comunidad	2050	NP	≥70 años: 16,0%	Transversal
<b>Asia</b>						
Das, 2007 (32)	Kalkata, India	Comunidad	960	1,5 DE	≥50 años: 14,9%	Transversal
<b>Oceanía</b>						
Kumar, 2005 (33)	Canberra, Queanbeyan, Australia	NP	2551	NP	60-64 años: 3,7% (a)	Transversal**

(u)=Población urbana; (r)=Población rural; (\*)=Muestra de sujetos no dementes; (\*\*) =Corte transversal en una investigación longitudinal en curso; (a)=Aplicado para los tipos de DCL amnésico; (b)=Aplicado para los tipos de DCL multidominio y no amnésico; (c) = Aplicando definición estrictamente a los criterios de Mayo; (d) = Aplicando definición modificada, no considerando la queja subjetiva de memoria como criterio; (no-a)=Aplicado para los tipos de DCL no amnésico; (m)=Aplicado para los tipos de DCL múltiple.

"12"

La función cognitiva es el resultado del trabajo sinérgico de áreas específicas:

"percepción, atención, habilidad viso-espacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo". Las cuales sufren cambios o un cierto grado deterioro a causa del envejecimiento.

Partes de la memoria que permanecen relativamente estables:

Memoria semántica: nos habla de hechos y conocimiento acerca del mundo circundante, permanece estable en su gran parte ya que es información que se está usando todo el tiempo, las fallas están en la recuperación de información de información específica como un nombre.

Memoria de procedimiento:

Se relaciona con las habilidades y hábitos, en el caso del adulto mayor le implica más tiempo aprender una tarea nueva, pero es posible el aprendizaje de nuevas tareas.

Funciones que se afectan con el envejecimiento:

Memoria de trabajo:

Comprender tener y manipular información mientras procesa varias tareas al mismo tiempo "retener una lista de palabras para ordenarlas de manera alfabética, incluye velocidad de trabajo, memoria y aprendizaje verbal y viso espacial, se afecta más la cognición viso-espacial que la verbal".

Memoria episódica:

Memoria de los hechos de la vida, experiencias, esta al igual que la memoria de trabajo se ven afectadas por el envejecimiento.

Memoria prospectiva:

Implica la capacidad para recordar la ejecución de una acción a futuro "citas, medicación". se afecta la habilidad de recordar información nueva y hacer

interferencia acerca de la misma se afecta más la memoria a largo plazo, la habilidad de focalizar la atención y realización de tareas simples "atención sostenida"; respecto al lenguaje: no se altera la capacidad de denominar objetos, definición de palabras, reconocer definiciones correctas, corrección de palabras o frases incorrectas, el adulto mayor crea una tendencia a usar explicaciones y descripciones más largas a comparación de una persona joven;

Habilidades espaciales: hace referencia a la capacidad de manejo del espacio corporal, extra corporal, manejo de ciertas partes corporales, actividades visio-constructivas "En el test de Wechsler, evidencia dificultad para actividades como: ordenar figuras, símbolos, dígitos, construcción de figuras tridimensionales, se observa en esta etapa dificultad para el reconocimiento facial y aprendizaje espacial, localización espacial memoria de localización táctil."

Funciones ejecutivas:

Habilidades que se relacionan con: planificación "discursiva, gestual, verbal", organización, solución de problemas, las cuales también se ven comprometidas con su funcionamiento normal conforme se va envejeciendo.

### **Clasificación:**

"El DCL supera lo esperable para una edad determinada, pero sin llegar a cumplir criterios de demencia, ya que la funcionalidad está preservada, según criterios del "International Working Group on Mild Cognitive Impairment, publicados en 2001" implica: 12

- Problemas de memoria corroborados por un informante
- Déficit de memoria identificado por medio de evaluación neuropsicológica "(1,5 desviaciones estándar (DE) por debajo de lo esperado para edad y escolaridad);"
- Preservación de la función cognitiva general
- Conservación de las actividades de la vida diaria
- Ausencia de demencia

Algunos investigadores no consideran las actividades de la vida diaria dentro de los criterios diagnósticos; "National Institute on Aging-Alzheimer's Association (NIA-AA), propone al DCL como un síndrome definido por criterios clínicos, cognitivos y funcionales". Se deben tener en cuenta otras causas subyacentes que puedan estar causando el deterioro, se deben tener en cuenta datos clínicos y paraclínicos como:

“biomarcadores (beta-amiloide 42, tau/tau fosforilado en líquido cefalorraquídeo (LCR) e imágenes cerebrales)”.<sup>12</sup>

El DCL debe diferenciarse del deterioro de memoria asociado con la edad. “*National Institute of Mental Health* (NIMH) de Estados Unidos propuso criterios diagnósticos para el DMAE”:

- Edad mayor de 50 años
- Existencia de queja subjetiva de pérdida de memoria, la cual es gradual sin empeoramiento brusco, se refleja en la dificultad para recordar elementos conocidos, como por ejemplo los nombres.
- “rendimiento en las pruebas de memoria de por lo menos 1 DE por debajo del promedio establecido para adultos jóvenes en la prueba estandarizada de memoria secundaria (memoria reciente);”
- Conservación de las otras funciones intelectuales
- No criterios para demencia o cualquier otra condición médica que pueda incidir en el déficit cognitivo.

El DMAE, hace referencia a exclusivamente cambios en la memoria de adultos mayores comparado con sujetos jóvenes; “la Asociación Internacional de Psicogeriatría y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusieron el término de deterioro cognitivo asociado a edad (DCAE) para caracterizar a sujetos de la tercera edad con una gama más amplia de trastornos cognitivos ya no limitados a deficiencias en la memoria”.

Clasificación del deterioro cognitivo leve:

Petersen lo ha clasificado en los siguientes subtipos:

- “DCL amnésico “DCL-a”: cursa con un deterioro significativo de la memoria, pero no cumple con criterios de demencia. “El déficit de memoria se ubica hasta 1,5 DE por debajo de la línea de normalidad ajustada para edad y escolaridad.” Actualmente se considera como precursor de la ENDEFERMEDAD DE ALZEHEIMER.”<sup>12</sup>
- “DCL, con déficits cognitivos múltiples o DCL multidominio: paciente con molestias, y una funcionalidad que refleja deficiencias en múltiples dominios cognitivos y conductuales comprometiendo, lenguaje, las funciones ejecutivas, viso-constructivas, o viso-espaciales Incluye pacientes con deterioro cognitivo entre 0,5 a 1 DE por debajo de la línea de normalidad ajustada para edad y escolaridad. Su progreso puede conllevar a E.A O DEMENCIA VASCULAR D.V.”<sup>12</sup>
- “DCL no amnésico de dominio único, o DCL monodominio no amnésico “DCL-mnoa”: presenta un deterioro aislado, de algún dominio cognitivo, distinto a la memoria como: lenguaje, funcionamiento ejecutivo o habilidades viso-espaciales, puede haber progreso a otros síndromes, como afasia

progresiva primaria, demencia fronto temporal, demencia con cuerpos de Lewy, DV, o enfermedad de Parkinson. Se considera que el DCL-mnoa es un estado prodrómico del grupo de demencias no Alzheimer. 12”

“Petersen encuentra al DCL-a como el más frecuente (44,54). Otros investigadores han señalado el siguiente orden de frecuencia: DCL-mult, DCL-a, y DCL-mnoa (55), observándose una mayor proporción de los subtipos DCLmult y DCL-mnoa entre individuos con mayor nivel educativo (55,56). López y col., a partir del seguimiento de pacientes con DCL plantean la existencia de dos síndromes clínicos, una forma amnésica y otra con un déficit cognitivo más amplio no amnésico, siendo este último el subtipo que se presentaría con mayor frecuencia “12”

### **Cuadro clínico:**

Estos individuos manifiestan principalmente deterioro de memoria, más que todo memoria episódica el individuo es consciente de su deficiencia, a comparación de la EA "Estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado que el compromiso en memoria episódica es predictivo de EA en los próximos 1 a 7 años de la evaluación inicial" 12. Los primeros cambios considerados como patológicos suceden a nivel de memoria de largo plazo. Otras molestias cognitivas: trastornos del lenguaje (dificultad para encontrar la palabra correcta), dificultad en mantener atención (concentrarse en una conversación), habilidades viso espaciales (desorientación en entornos familiares).13

Presencia de síntomas psicológicos y conductuales: alteraciones en conducta, afecto, síntomas psicóticos. Estos son prodrómicos a una demencia EA, disminuye la calidad de vida, exacerba las alteraciones funcionales, aumenta el desgaste del cuidador.12

"En el Cardiovascular Health Study (CHS) se encontró que 4,7% de pacientes con DCL tenía delusiones, 2,5% alucinaciones, 14,7% agitación/agresión y 26,3% humor depresivo, basados en el Neuropsychiatric Inventory (NPI) (116). Östing y Skoog encontraron que hasta un 3% de individuos no dementes mayores de 85 años de edad tenía SPC, y la psicosis fue predictiva de conversión a demencia"12

Pacientes con depresión simulan un cuadro clínico de DCL-mult, las deficiencias cognitivas pueden persistir luego de tratar la depresión, estudios

longitudinales han demostrado que la presencia de humor depresivo es un factor predisponente a EA.<sup>12</sup>

"En un ensayo clínico con 1 010 pacientes con DCL, el 59% presentó síntomas conductuales, y la depresión fue el más prevalente, seguido por irritabilidad, ansiedad, agresión y apatía; asimismo, se observó un mayor deterioro cognitivo estadísticamente significativo en aquellos que presentaron SPC respecto a quienes no los presentaron (122). Estudios basados en la comunidad han observado un rango similar de SPC entre pacientes con DCL y EA, aunque con una mayor frecuencia y severidad en EA"<sup>12</sup>

Estudios de cohortes han demostrado que la depresión y ansiedad están asociados con el riesgo a desarrollar DCL y progresión a EA.

### **EVALUACION CLINICA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE:**

Déficits pre existentes "sensorial, pérdida de la agudeza visual o auditiva, déficit motor", dificultan el diagnóstico de DCL; al evaluar a estos pacientes se debe identificar condiciones médicas tratables, determinar el estado basal para hacer un seguimiento objetivo, su seguimiento y evaluación, es similar a la de pacientes con sospecha de demencia "neuroimágenes cerebrales, paraclínicos, evaluar déficit vitamínico, función renal hepática, hemograma, identificar los fármacos que consume, descartar enfermedades de base", "identificar cualquier condición que pueda influir en el rendimiento cognitivo", luego de esto el individuo debe ser sometido a una evaluación neuropsicológica, si cumple con criterios para un DCL, se debe llevar a cabo un seguimiento y aplicar las pruebas de manera anual.

### **ALGUNAS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS:**

EVALUACION BASAL DE INTELIGENCIA:

"Puede incluir el subtest Vocabulario del Wechsler Adult Intelligence Scale- III (WAIS-III) (130) o el Wechsler Test of Adult Reading (131)".<sup>12</sup>

#### ATENCIÓN:

Se evalúa la atención auditiva solicitando al paciente que repita una serie de Dígitos, la atención visual puede incluir recordar y correlacionar figuras, se recomiendan pruebas cortas y simples para lograr atención sostenida "Trail-Making Test-A".<sup>12</sup>

#### MEMORIA:

Su evaluación da lugar a la variabilidad, desde estímulos cortos, hasta una larga lista de palabras, nombres y figuras visuales complejas, usando dos sistemas al tiempo "visión-audición", figuras versus palabras. Se debe identificar si la falla de memoria se produce en un estadio en particular del proceso de aprendizaje: codificación, retención, recuerdo.

Si disminuye la atención disminuye la capacidad para codificar, recordar información. La evaluación de la memoria verbal "incluye tareas con listas de palabras, como el Rey Auditory Verbal Learning Test (135) o el California Verbal Learning Test"<sup>12</sup> la memoria no verbal requiere reconocimiento o reproducción de figuras geométricas o fotografías de rostros.<sup>12</sup>

#### LENGUAJE:

Se evalúa desde el inicio de la evaluación; frecuencia, prosodia, dificultad para encontrar la palabra requerida. "La denominación por confrontación puede ser evaluada con el Boston Naming Test, La velocidad del recuerdo de palabras con el Controlled Oral Word Association Test." "<sup>12</sup> requiere que el individuo produzca palabras en respuesta a letras o categorías "animales, frutas", bajo condiciones de tiempo.

## **FUNCIONES ESPACIALES Y CONSTRUCCIONALES:**

La función viso- espacial incluye tareas que requieren construcción o copia de figuras con dimensión, con esto pueden identificar deficiencias visuales, se puede evaluar con tareas simples como la prueba del dibujo del reloj y el cubo. Al estar alterada, puede haber trastornos en la planificación y ejecución motora, pruebas aplicadas: "WAIS-III Block Design Test (130) y el Rey Osterreith Complex Figure (141)." "12"

## **HUMOR:**

Evaluar esta área es crítico, ya que un trastorno emocional de base puede causar o exacerbar problemas cognitivos, para evaluar esta área se aplican escalas como: "Beck Depresión Inventory-II (142), o la Geriatric Depression Scale (143), aunque también se puede realizar el Neuropsychiatric Inventory (144)." "12"

## **DIAGNOSTICO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE**

El diagnostico se apoya en de gran manera en la parte clínica:

Historia clínica detallada: teniendo en cuenta la forma de comienzo, identificando las funciones cognitivas posiblemente afectadas, tener en cuenta las quejas acerca de la condición por parte del afectado existen condiciones de base, el deficit fue previamente adquirido.

Entrevista con los familiares: reconfirmación de los cambios comportamentales por parte del pariente cercano, permiten una mayor consistencia y redirigir el diagnostico, se puede realizar de manera informal o haciendo uso de cuestionarios estandarizados.

evaluación del estado psicométrico por medio de pruebas psicométricas: evaluación cognitiva objetiva o por medio de estas herramientas estandarizadas las cuales

cuentan con puntajes para la estatificación, diferenciación entre un envejecimiento normal, una demencia, o un trastorno psicoactivo los cuestionarios vienen de diversas clases y para poblaciones específicas, por ejemplo: personas con estudios y sin estudios, permiten también la caracterización de esta población, la evaluación de cada función, los cambios en la personalidad y conducta.

Evaluación del estado funcional: permite el diagnóstico diferencial entre DCL y una demencia, permite la evaluación del impacto de estas entidades en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, actualmente en el contexto del DCL se ha aceptado una alteración leve en las actividades de la vida diaria, se debe tener en cuenta que la funcionalidad nos habla de un elemento pronóstico para evaluar la condición de una persona hacia una demencia. La limitación y falta de conciencia acerca del deterioro funcional por parte del individuo es un evento prodrómico de la demencia.

la evaluación de este tópico se puede realizar por medio de instrumentos como: "escala de Blessed, el cuestionario de actividad funcional (Functional Activity Questionnaire, FAQ) , la escala de Lawton y Brody [26], la escala Bayer (Bayer ADL) la entrevista para el deterioro en las actividades de la vida diaria en la demencia (Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia, IDDD) [55] o el test del informador (IQCODE, TIN) [25,35]."<sup>13</sup>

### **EVALUACION DE SINTOMAS NEUROPSIQUIATRICOS:**

Importante para: diagnóstico diferencial, caracterización de los mismos, y predecir un pronóstico, respecto al curso del DCL, los más frecuentes son: trastornos del estado del ánimo, la depresión, puede preceder en muchos casos al deterioro cognitivo, y en si ser un factor de riesgo para la demencia. Otros: ansiedad, irritabilidad, apatía, pueden estar en contexto o no de una depresion. " un estudio sobre depresión hallo que era tan frecuente en el DCL amnésico (35%) como en el tipo de múltiples dominios (36%). Hay muchos instrumentos con los que realizar la evaluación psicopatológica: el Neuropsychiatric, Inventory (NPI), la Geriatric

Depression Scale (GDS), la Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS no cog) entre otros."<sup>13</sup>

### **INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN:**

los instrumentos para la exploración neuropsicológica y más en el contexto del DCL deben cumplir con poder evaluar de manera integral las funciones cognitivas, y de paso ser capaz de detectar las alteración tanto máximas como mínimas, que sea accesible, tanto para el evaluador y desarrollable para el implicado, por esta razón existe una gran gama de test en la literatura ya desarrollados y avalados para su aplicación y que sirven como coadyuvantes para lograr encaminar un posible diagnóstico, o detección de una condición algunos de los test usados son:

- Test de los siete minutos
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
- Test del reloj
- Prueba cognitiva de Leganés (PCL)
- Memory Impairment Screen de Buschke (MIS), versión española
- Euro test.
- Test de las fotos.
- Test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer "13"

**Mini-Mental State Examination:** "instrumento que se aplicó en el estudio"

Desarrollado por folstein et al, para evaluar el estado cognoscitivo en 1975 se publica el primer artículo sobre el MMSE en la ciudad de New York, USA se usa por

primera vez en el hospital westchester y johns hopkins baltimore, se diseñó para hacer screening de demencia y seguimiento en el tiempo de la misma.

1975: folstein, 1979: lobo MMSE 35, 1999: lobo MMSE30

una de las pruebas más ampliamente utilizadas, ya que es ampliamente conocida y es fácil su aplicación, desarrollo, tabulación, y estandarización permite la detección de una demencia de manera inicial. Pero tiene limitaciones: el examinado debe cumplir con ciertos requisitos como: saber operaciones matemáticas básicas, tener la competencia de la lecto escritura, el examinador debe tener cierta destreza para poder aplicar la prueba, tiene una sensibilidad y una especificidad limitadas y no tiene un tiempo límite de aplicación.

El MMSE es un test de screening desarrollado por Folstein et al. en 1975. Dentro de las escalas cognitivas-conductuales. Depende altamente del lenguaje, se puede efectuar rápidamente según la habilidad y entrenamiento de quien lo aplique, este no tiene un límite de tiempo, y permite correcciones, evalúa el estado cognoscitivo, permite detección tanto de demencia como delirium. Evalúa características esenciales como: orientación temporoespacial, memoria, nominación repetición y comprensión, lectura escritura y dibujo,

Los test cognitivos breves, son útiles para hacer cribado y detección de situaciones en particular, en este caso deterioro cognitivo y demencia, estas deben ser validadas y cumplir unas características psicométricas, aunque cuenta con limitaciones el mini-mental, es uno de los más conocidos y utilizados

Es económico, práctico y ya al familiarizarse con él es fácilmente aplicable

Es un instrumento de screening o de identificación de alteraciones cognitivas, permite la comparación de grupos, y se aplica en corto tiempo,

El Mini-Mental está formado por un conjunto de ítems que forman un test que mide orientación (personal, espacial y temporal), memoria a corto y a largo plazo (fijación y recuerdo diferido), atención, lenguaje (expresión verbal y escrita, comprensión verbal y escrita) praxias, habilidades viso constructivas. Permite evaluar de manera rápida la sospecha de déficit cognitivo, sin embargo no debe utilizarse como una evaluación clínica completa del estado mental ya que no permite estudiar de manera detallada la función cognitiva alterada ni conocer la causa del déficit.

La prueba se aplica en un lugar como y sin distracciones, no hay un tiempo límite así que no hay necesidad de presionar al examinado, Existen varias versiones con puntajes distintos una de 30 y otra de 35 puntos “en el caso del estudio se tomó la de punto de corte máximo.”

El mini-mental, frecuentemente se aplica a personas con Alzheimer e individuos que tengan inicios de deterioro cognitivo, permite su seguimiento en el tiempo comparar el grado de deterioro, se aplica de manera especial en población adulta mayor

En la totalidad del test la puntuación máxima que se puede obtener es de 30 puntos. La puntuación final es la suma de las puntuaciones de los diferentes sub apartados y en función de cuántos números obtenga, así interpretaremos el final de la evaluación siendo entre 30 y 27= Sin Deterioro; Entre 26 y 25= Dudoso o Posible Deterioro; Entre 24 y 10 = Demencia Leve a Moderada; Entre 9 y 6 = Demencia Moderada a Severa y Menos de 6 = Demencia Severa.

Es de resaltar que estas pruebas, no definen como tal un diagnóstico, son un coadyuvante que permite hacer la identificación de un problema o deficiencia, permite hacer un seguimiento y en si es un orientativo para llegar a un diagnóstico clínico.

Limitaciones del mini mental:

Al igual que cualquier prueba tiene inconvenientes, como:

Poca especificidad: para la evaluación de la demencia solo hay 3 ítems, que hacen referencia a la recuperación de recuerdos, es poco específico para síndrome frontales, falta de estandarización respecto a su versión original, ya que en muchos casos se ha acomodado para la comodidad del examinador.

Analfabetismo: la prueba requiere leer y escribir esto se dificulta en pacientes analfabetos o que en si no han aprendido estas actividades al igual que en la parte del calculo

Utilidad diagnostica limitada: Poco sensible en pacientes de menor nivel académico

Por las limitaciones que se han presentado con los test, se ha abierto el camino para la creación

De nuevos instrumentos para hacer screening, haciendo uso también de las tecnologías ya que se disminuyen los errores Humanos y es fácilmente

Consta de 30 ítems divididos en 5 áreas, evalúa diversas áreas:

- orientación temporo- espacial: 10 ítems
- memoria: 6 ítems
- capacidad de atencion/concentración: 5 ítems
- lenguaje: 8 ítems
- praxia constructiva: 1 ítem "dibujar"

**MINI EXAMEN - COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....	Edad.....
Ocupación.....	Escolaridad.....
Examinado por.....	Fecha.....
<b>ORIENTACIÓN</b>	
• Dígame el día..... fecha..... Mes..... Estación..... Año.....	5
• Dígame el hospital (o lugar).....	
Planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....	5

permite al individuo tener conocimiento sobre si mismo, su relación con el espacio, y del tiempo en que se desenvuelve, orientación auto psíquica y alopsíquica

**FIJACIÓN**

- Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)

— 5  
— 3

Busca enfocar la atención, aprehender datos y evocarlos en corto plazo

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)

**CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO**

- Si tiene 30 ptas. Y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando?
- Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás

— 3  
— 5  
— 3

el individuo debe realizar 5 sustracciones consecutivas en serie de 3, se puede facilitar el contexto "si tengo 30 papas y le quito 3 cuantas le quedan" este item esta influido por el nivel de escolaridad, aptitud matematica

se debe ser lo mas objetivo posible.

**MEMORIA**

- ¿Recuerda las tres palabras de antes?

— 3

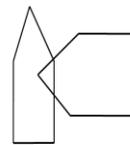
memoria de evocacion; busca que el paciente traiga a la esfera de la conciencia, datos almacenados tiempo atras, se puede animar y motivar al entrevistado pero sin facilitar la respuesta

**LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?
- ¿Que son un perro y un gato?
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
- Escriba una frase

— 5  
— 2  
— 1  
— 2  
— 3  
— 1  
— 1  
— 1

• Copie este dibujo \_\_1



Puntuación máxima 35.  
Punto de corte Adulto no geriátricos 24  
Adulto geriátrico 20

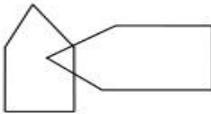
APLICACIÓN DEL TEST

Valora diversos ítems:

nominación: indaga la capacidad de reconocer y nombrar objetos comunes, repetición: valora ,la capacidad que tiene para repetir una frase con cierta complicación articulatoria,

"tres tristes tigres comían trigo en un trigal". Comprensión: evalúa la capacidad del individuo para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja, "tome el papel con la mano derecha, dóblelo, póngalo de nuevo sobre la mesa". Lectura: evalúa la capacidad para leer y comprender una frase sencilla, escritura: evalúa la capacidad para escribir una frase coherente, evalúa la capacidad viso espacial y de construcción.

**MINI EXAMEN  
COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....	Edad.....	
Ocupación.....	Escolaridad.....	
Examinado por.....	Fecha.....	
<b>ORIENTACIÓN</b>		
• Dígame el día.....fecha .....	Mes.....	Estación.....Año.....
		___5
• Dígame el hospital (o lugar).....		
planta.....ciudad.....	Provincia.....	Nación.....
		___5
<b>FIJACIÓN</b>		
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)		___3
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>		
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando ?		___5
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás		___3
<b>MEMORIA</b>		
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?		___3
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>		
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj		___2
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros		___1
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde ?		___2
• ¿Que son un perro y un gato ?		___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa		___1
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS		___1
• Escriba una frase		___1
• Copie este dibujo ___1		
		
		<b>Puntuación máxima 35.</b> <b>Punto de corte Adulto no geriátricos 24</b> <b>Adulto geriátrico 20</b>

Intervenciones terapéuticas:

El DCL es una entidad que da pie para diversos tipos de intervenciones. “Morley, en su editorial en *JAMDA (Mild Cognitive Impairment - A Treatable Condition)* (103), llamaba la atención” de no solo indentificar la condicion si no buscar al ternativas terapéuticas, que actuaran sobre factores de riesgo y medidas no solo farmacológicas si no tambien no farmacológicas. 9

Medidas no farmacológicas:

Se refiere a una intervención no química, sustentada, aplicable, al paciente y/o cuidador, aplicada para buscar un beneficio significativo. Las cuales van en por de mejorar la calidad de vida de la persona involucrada y afectada por una entidad en su cognicion.

Se debe hacer una evaluacion clinica e indagar acerca de las preferencias y aficiones, esto en por de hacer actividades que gusten al individuo y asi poder usar al máximo sus habilidades y asi desarrollar un programa personalizado. 9

Estimulación cognitiva: se realizan operaciones, dirigidas a la evocación, relacion y procesamiento.

Entrenamiento cognitivo: refuerzo de operaciones cognitivas específicas.

Rehabilitación cognitiva: aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas, de forma personalizada, para mantener o recuperar capacidad funcional o social.

Reminiscencia: “Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias

Del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas, etc.)”

Musicoterapia: ampliamente recomendada, trabaja diversas áreas, como la emocional, comportamental, y en si todas las áreas cognitivas.

Apoyo y psicoterapia: hace parte de la corriente cognitivo-conductual, empodera al paciente en la toma de decisiones, planificación del futuro, mejora autoestima y autoconocimiento, manejo emocional y afrontamiento frente al proceso del deterioro.

Intervenciones sensoriales: usa estímulos dirigidos a los cinco sentidos, para favorecer operaciones cognitivas, mejorar la afectividad, y/o la conducta.

Ejercicio físico: potencia la movilidad, aporta al sistema cardiovascular, evita la aparición de problemas que hagan más proclive el deterioro.

Arteterapia: elaboración de actividades artísticas, dirigidas de acuerdo a las posibilidades de cada individuo.

Orientación a la realidad: la persona se hace consciente de su situación, en tiempo espacio y persona.

Nuevas tecnologías: se ha intentado hacer uso de las nuevas tecnologías para la estimulación al igual que se han creado programas para este fin: “Programas como Grador, Smart Braino lmentia disponen de un apoyo empírico discreto, pendientes aún de demostrar efectividad plena en situaciones de DCL con estudios que los avalen”9

Otras terapias: uso de terapias no invasivas como: magnetoterapia transcraneal, al igual que varias de las anteriores están en estudio para ver su efectividad.

## Intervenciones farmacológicas:

El DCL es una entidad heterogénea (degeneración vascular, psiquiátrica, patología no neurológica) que puede cursar con sintomatología de tipo afectiva y conductual, al ser de etiología variable así mismo sería el tratamiento, se debe identificar y personalizar cada caso descubriendo su etiología y así proponer un tratamiento.

Como se plantea en el artículo del consenso del DCL, si la etiología claramente es cardiovascular, se puede hacer una asociación directa con el riesgo a EA se realiza una intervención multidominio: "(dieta, ejercicio, entrenamiento cognitivo y control de FRV), que se realizó en el *Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER)*" 9

## Control de factores de riesgo cardio, cerebro,vascular:

- Control de HTA, DM, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, consumo de SPA
- Mantener un ritmo sinusal, anticoagulación en casos de fibrilación auricular
- Uso de antiagregantes en el contexto de evitar AIT, ictus isquémico no cardioembólico
- Se recomienda el uso de la dieta mediterránea, con consumo de aceite de oliva extravirgen

En el caso de suplementos vitamínicos aun esta en estudio si son beneficiosos en este contexto, el consumo de ácidos omega 3 podría actuar como neuroprotector, ya que tiene efecto antitrombótico, antiinflamatorio, antiaterogénico, se ha demostrado buena eficacia en casos de quejas de memoria o deterioro de la misma, mejora el uso de dominios, implicando menos atrofia cerebral.9

"Fortasyn Connect® es una combinación de ácidos grasos omega-3, ácidos grasos, uridina, colina, vitaminas C, E, B6 y B12, selenio y ácido fólico que favorece la integridad sináptica. En los ensayos clínicos de los pacientes con EA leve, esta combinación demostró una mejora significativa en la memoria verbal, pero no en cognición global o en rendimiento funcional (118). Tiene la consideración de alimento dietético destinado a uso médico especializado (ADUME)"9

Citicolina: "Se trata de un intermediario de la biosíntesis de fosfatidilcolina, componente de la membrana celular. En relación con su uso para deterioro cognitivo vascular leve y demencia vascular, una revisión Cochrane en la que se incluyeron 14 estudios no mostró que hubiese evidencia de un efecto beneficioso sobre la atención, pero sí se observó un efecto positivo en la memoria y la conducta, al menos a corto y medio plazo (119). En un estudio reciente en

pacientes con patología cerebrovascular, tras un primer ictus, se apreciaron mejoras en cognición y calidad de vida a medio plazo (120).”

egb 761gingko biloba: “Contiene un 22-27 % de Ginkgo flavona glicósidos, un 5-7 % de terpeno lactonas, que comprende, un 2,8-3,4 % de ginkgólidos A, B y C, un 2,6-3,2 % de bilobárido y menos de 5 ppm de ácidos ginkgólicos (sustancias que reducirían la tolerabilidad).”<sup>9</sup>, permite la neuro protección, por estabilización mitocondrial, es antioxidante, tiene buenas propiedades y efecto sobre la microcirculación, tiene efectos sobre la conducta y funciones ejecutivas, es un medicamento que ya ha sido aprobado para este uso en varios países, además tiene buen patrón de tolerancia por parte del usuario, la dosis recomendada es de 240 mg/día.

#### OTROS:

- Prevenir iatrogenia, polifarmacia en lo posible, restringir el uso de fármacos con potencial anticolinérgico.
- Intervenciones sobre los órganos de los sentidos: uso de lentes, audífonos, cirugías oculares correctivas.
- Evitar la exposición a ambientes contaminados, y a sustancias químicas que podrían ser perjudiciales para la salud como insecticidas y organofosforados
- Realizar ejercicio físico aeróbico.
- Mantenerse tanto cognitivamente activo como culturalmente
- Mantener las relaciones sociales, reducir el estrés y prevenir la depresión.

#### Red de apoyo:

La red de apoyo, es un sistema de soporte para los individuos en las cuales se llevan a cabo acciones por medio de las cuales un individuo se siente soportado y seguro, no solo implica la provisión material, sino también apoyo emocional y cuidado. Y en sí serían un soporte de vida, según Aristóteles, el hombre es un animal social, esto nos indica que va en contra de la naturaleza el aislamiento y la soledad.

Son redes de contacto en las cuales el individuo interactúa, crea una identidad, costumbres y recibe apoyo, ayuda y consejo.

Son preventivas ante problemas que aquejan a un individuo, preventivas en el sentido que son un soporte y dan cohesión, esto evita que el individuo se aisle, y desarrolle problemas conductuales y emocionales.

“Maguire (1980) se refirió a las “redes” como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.”

“Gottlieb (1983) estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos.”

“Las redes sociales para Pearlin (1985), refieren a toda la gente con la cual un individuo debe tener contacto o algún tipo de intercambio.”

“House y Kahn (1985), dicen que las redes sociales son estructuras identificables a través de la densidad y homogeneidad lo que representa una forma de relaciones sociales.”

“Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional”

Redes primarias: conformadas por el grupo familiar, amigos y vecinos

Redes secundarias: con el grupo externo al círculo familiar: un grupo recreativo, un grupo de adultos mayores, grupos de estudio.

Redes institucionales “terciarias”: están dadas por organizaciones del sector público, como el sector judicial y legislativo, redes de salud; proveen servicios asistenciales en pro del cuidado de la salud y la seguridad.

Como se nombró anteriormente los seres humanos al igual que otras especies necesitamos de otros para poder coexistir, las redes de apoyo son fundamentales en todas las etapas de la vida, y son esenciales para desarrollar aspectos como el lenguaje, la personalidad, las preferencias, la red de apoyo permite conocerse estructurarse y encontrar una identidad propia.

No es exclusiva del adulto mayor, se necesitan en cada parte del ciclo vital y mucho más en los extremos de la vida, donde los seres humanos somos mas vulnerables, tanto emocional como físicamente.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **Tipo de investigación:**

El presente proyecto investigativo es de tipo retrospectivo, cuantitativo, descriptivo, transversal que identificara, si existe una relación entre el puntaje obtenido de la aplicación de la escala psicométrica mini-mental con alguna de las variables de la

estela social de los individuos que fue encuestados, durante el periodo enero- marzo del 2018 de los hogares geriátricos “HOGAR DULCE ATARDECER, HOGAR LA TERNURA DE MIS ABUELOS, HOGAR FUNDACION CAMINO A LA LUZ, HOGAR JUAN PABLO II, HOGAR TENJO, HOGAR CAJICA”, así mismo se hará una caracterización por medio de las sub escalas que nos presenta el instrumento minimal, para así identificar cómo se comporta la población institucionalizada respecto a los cambios a nivel cognitivo que implica el ciclo vital “envejecimiento”, en cada uno de los hogares encuestados

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios De Inclusión:

- Haber sido participante de la investigación
- Tener evidencia por medio del instrumento recolectado que hizo parte del trabajo realizado
- Puntaje de la escala psicométrica “mini mental”
- Datos de las variables obtenidas del estudio a interés

Criterios de exclusión:

- Datos estadísticos externos al estudio a interés
- Datos de otras variables obtenidas que no son de interés, en el presente estudio
- Datos de la escala barthel
- Individuo fuera de la investigación
- Que no halla evidencia física que fue participante del proyecto

### **Muestra**

Datos estadísticos obtenidos de los pacientes que participaron del estudio: “CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON LA VALORACIÓN FUNCIONAL Y REDES DE APOYO EN HOGARES GERIATRICOS EN EL PERIODO DEL 2018”, los cuales participaron de manera voluntaria en el

estudio siendo sometidos a los instrumentos mini mental, escala barthel, encuesta propia del grupo investigador

### Recolección De Datos:

Se analizara la base de datos ya creada del estudio a interés, para identificar a cada individuo se comparara con los instrumentos obtenidos del estudio, y así mismo se creara una base de datos nueva respecto a estos datos, para que sea pertinente para la presente investigación, donde se tomaran las variables que se consideren pertinentes para el desarrollo del proyecto.

## ANÁLISIS

Operalización de las variables a trabajar:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	MEDICION DE LA VARIABLE	RESULTADO DE LA MEDICION
<b>EDAD</b>	TIEMPO QUE INDICA CUANTO HA VIVIDO EL INDIVIDUO Y EN QUE PARTE DEL CICLO VITAL ESTA	INTERVALOS	1-55-60 2-60-64 3-65-74 4-75-84 5-85-94 6-94-104 7-105 Y MAS AÑOS
<b>SEXO</b>	CONDICION DE GENERO Y BIOLOGICA QUE DISTINGUE HOMBRES DE MUJERES	NOMINAL	A FEMENINO B MASCULINO
<b>ESCOLARIDAD</b>	NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO	ORDINAL	A PRIMARIA B.BACHILLERAT O C.PROFESIONAL D.POSGRADO E. EDUCACION SUPERIOR INCOMPLETA F. PRIMARIA INCOMPLETA

			G.BACHILLERAT O INCOMPLETO H. NINGUNA
<b>ESTADO CIVIL</b>	ELECCION POR PARTE DEL INDIVIDUO RESPECTO A SU ORGANIZACIÓN SOCIAL	NOMINAL	A.CASADO B.UNION LIBRE C. SOLTERO D.SEPARADO E.VIUDO
<b>VISITA FAMILIAR</b>	EVIDENCIA DE LA PRESENCIA Y DEL CONTACTO CON EL CIRCULO FAMILIAR	DE RAZON	1. 0 NINGUNA 2.1-4 VISISTAS POR AÑO 3. 5-8 VISITAS POR AÑO 4.12 A MAS VISITAS POR AÑO
<b>VISITA CONOCIDOS</b>	VISITAS POR PERSONAS QUE NO HACEN PARTE DEL CIRCULO FAMILIAR	DE RAZON	1. 0 NINGUNA 2.1-4 VISISTAS POR AÑO 3. 5-8 VISITAS POR AÑO 4.12 A MAS VISITAS POR AÑO
<b>LLAMADAS POR PARTE DEL GRUPO FAMILIAR</b>	CONTACTO TELEFONICO POR PARTE DEL GRUPO FAMILIAR CON EL ENCUESTADO	DE RAZON	1. 0 NINGUNA 2.1-5 POR AÑO 3. 6 O MAS POR AÑO
<b>SALIDAS DEL GERIATRICO</b>	SALIDAS LLEVADAS A CABO FUERA DEL HOGAR GERIATRICO POR PARTE DEL GRUPO FAMILIAR	DE RAZON	A. NINGUNO B.1 VEZ C VARIAS VECES
<b>PRESENTES ALIMENTARIOS O LUDICO</b>	PRESENCIA DE PRESENTES DADOS POR PARTE DEL GRUPO FAMILIAR AL ECUESTADO	NOMINAL	A SI B.NO
<b>PRESENCIA DE ENFERMEDAD</b>	CONDION ORGNICA Y BIOLOGICA QUE AQUEJA AL ENCUESTADO	NOMINAL	A.SI. CUAL B. NO

<b>TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACION</b>	TIEMPO EN QUE EL INDIVIDUO HACE PARTE DEL HOGAR GERIATRICO	INTERVALO	1 < A UN AÑO 2> A UN AÑO
<b>PUNTAJE MEC</b>	PUNTAJE OBTENIDO PRODUCTO DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO MINIMENTAL	CUANTITATIVA RAZON	1 < 14 DETERIORO GRAVE 2 14-18 DETERIORO MODERADO 3 19-23 DETERIORO LEVE 4 24-29 DEFICIT DISCRETO 5 > 30 NORMALIDAD
<b>ORIENTACION</b>	CAPACIDAD DEL INDIVIDUO DE UBICARSE EN LAS TRES ESFERAS DE TIEMPO ESPACIO, LUGAR , TIEMPO	CUANTITATIVA RAZON	PUNTAJE QUE PROPONE LA ENCUESTA DE 0 A 10
<b>FIJACION</b>	BUSCA ENFOCAR LA ATENCION, APREHENDER DATOS Y EVOCARLOS EN CORTO PLAZO	CUANTITATIVA RAZON	PUNTAJE QUE PROPONE LA ENCUESTA DE 0 A 3
<b>CONCENTRACION Y CALCULO</b>	CAPACIDAD DEL INDIVIDUO PARA EN FOCARSE EN UNA TAREA APTITUD DEL INDIVIDUO PARA REALIZAR DIVERSAS OPERACIONES ARITMETICAS QUE SE LE PIDAN	CUANTITATIVA RAZON	PUNTAJE QUE PROPONE LA ENCUESTA DE 0 A 8
<b>MEMORIA DE EVOCACION</b>	BUSCA QUE EL PACIENTE TRAIGA A LA ESFERA DE LA CONCIENCIA,	CUANTITATIVA RAZON	PUNTAJE QUE PROPONE LA ENCUESTA DE 0 A 3

<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCION</b>	<b>DATOS ALMACENADOS TIEMPO ATRÁS</b>	<b>CUANTITATIV A RAZON</b>	<b>PUNTAJE QUE PROPONE LA ENCUESTA DE 0 A 12</b>
	<p>ITEM QUE IMPLICA VARIAS ACIVIDADES POR PARTE DEL INDIVIDUO COMO LA NOMINACION, RECONOCIMIENTO COMPRESION Y REALIZACION DE UNA SERIE DE TAREAS REQUERIDA CAPACIDAD LECTO ESCRITORA Y DE CONSTRUCCION</p>		

### **RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Para hacer el análisis de esta investigación se hará uso del programa estadístico SPSS 25, ya que su entorno, es tanto amable, fácil y propicio para llevar a cabo el objetivo, además permite la operalización de las variables, sin cambiar los datos de la base madre de datos. Y permite la exportación de los mismos a otros entornos como Excel.

\*BASE DE DATOS MIA.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	HOGAR GERIATRICO	NOMBRE	GENERO	EDAD	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	PATOLOGIAS	INSTITUCIONALIZACION	VISITAS FAMILIARES	VISITAS FAMILIARES	ACTIVIDAD DESFUE RADELH	REGALOS
1	J.P.SEGUNDO	ANA ELVIA BELLO	B	5,00	B	C	A.HTA.FCARDIACA.FRENAL.CRONICA.CATARATAS.VE...	2,00	4,00	3,00	C	A
2	J.P.SEGUNDO	PAULINA AMAYA	B	4,00	B	E	AI.EPOC.HERNIA.UMBILICAL.FALLA.CARDIACA.HTA.ES...	2,00	3,00	3,00	C	A
3	J.P.SEGUNDO	EVANGELINA MAYORCA	B	4,00	A	E	AI.DIABETES.HTA.AC.V	2,00	4,00	1,00	C	A
4	J.P.SEGUNDO	GARMEN CECILIA CORREA	B	4,00	C	E	AI.OSTEOPOROSIS.PROTESIS.DE.CADERA.DMT2.HTA	2,00	4,00	2,00	A	A
5	J.P.SEGUNDO	ALEJANDRA GUTIERREZ PICO	B	4,00	C	C	AI.ARTROSIS.DMT2.HTA.OSTEOPOROSIS.SINUSITIS	2,00	2,00	2,00	C	A
6	J.P.SEGUNDO	AMANDA PRIETO	B	4,00	D	A	AI.HTA.DEMENCIA.SENIL.EPOC.AC.V.MIGRAÑA.GASTRI...	2,00	4,00	3,00	C	A
7	J.P.SEGUNDO	GRACIELA ROZO	B	5,00	F	E	AI.HTA.CATARATAS.AC.V.ARTRITIS	2,00	3,00	3,00	C	A
8	J.P.SEGUNDO	CLARA GUTIERREZ	B	3,00	B	C	AI.INSUFICIENCIA.RENAL.CRONICA.HIPERTIROIDISMO.H...	2,00	3,00	1,00	C	A
9	J.P.SEGUNDO	MARIA ESTER RODRIGUEZ SANCHEZ	B	5,00	H	C	AI.HTA.DM.DE.GENERACION.CEREBELOSA.INSUFICIEN...	2,00	2,00	1,00	C	A
10	J.P.SEGUNDO	FLORENTINA NIÑO	B	7,00	B	E	AI.HIPOTIROIDISMO.EPOC.HTA.DM	2,00	1,00	1,00	A	A
11	J.P.SEGUNDO	MARIA LEON	B	5,00	F	C	AI.HTA.OSTEOPOROSIS	2,00	3,00	2,00	B	A
12	J.P.SEGUNDO	JOSE ISAIAS TOCANCIPA MARTINEZ	A	5,00	E	D	AI.PARKINSON.ALZHEIMER.DEMENCIA.SERNIL.ARTRITIS...	2,00	4,00	1,00	A	A
13	J.P.SEGUNDO	EDUIGUES MENDEZ	B	4,00	H	E	AI.HTA.FALLA.CARDIACA	2,00	4,00	4,00	C	A
14	J.P.SEGUNDO	EFIGIA ESPITIA CASTRO	B	4,00	H	E	AI.HTA.FALLA.CARDIACA	2,00	3,00	1,00	A	A
15	J.P.SEGUNDO	ISABEL RAMOS	B	6,00	A	C	AI.EPOC.HTA.FALLA.CARDIACA	2,00	4,00	1,00	A	A
16	J.P.SEGUNDO	CECILIA TOCANCIPA MARTINEZ	B	4,00	A	C	AI.HTA.FALLA.CARDIACA.ARTRROSIS.OSTEOPOROSIS.H...	2,00	4,00	1,00	C	A
17	J.P.SEGUNDO	GRISIELDA CUEVAS	B	5,00	C	C	AI.ARTROSIS.REEMPLAZO.DE.CADERA	2,00	4,00	1,00	C	A
18	J.P.SEGUNDO	JOSEFA DEL CARMEN	B	4,00	F	C	AI.DM.E.CORONARIA.ARTRITIS.ARTRROSIS.HTA	2,00	2,00	1,00	A	A
19	J.P.SEGUNDO	ANA BETULIA RODRIGUEZ	B	5,00	G	C	AI.INSUFICIENCIA.VENOSA	2,00	1,00	4,00	C	A
20	J.P.SEGUNDO	ROSA ELVIRA GUZMAN	B	5,00	A	A	AI.SINDROME.METABOLICO.ARTRROSIS	2,00	3,00	1,00	A	A
21	LA.TERNURA.DE.MI.A...	MARIA LUISA CAMELO	B	6,00	H	C	AI.EPOC.OSTEOARTROSIS.GENERALIZADA.DEMENCIA...	1,00	4,00	1,00	C	A
22	LA.TERNURA.DE.MI.A...	BLANCA VASQUEZ	B	6,00	C	E	AI.HTA.HIPOTIROIDISMO.DEMENCIA.SENIL.CA.ENDOM...	1,00	4,00	4,00	C	A
23	LA.TERNURA.DE.MI.A...	MARIA RUEDA URIBE	B	4,00	A	C	AI.AC.V.HTA.DEMENCIA.SENIL	2,00	4,00	1,00	C	A
24	LA.TERNURA.DE.MI.A...	JAMIE MARTINEZ	A	4,00	H	C	AI.ESQUIZOFRENIA.RESIDUAL.PARQUINSON.ANSIEDA...	2,00	4,00	1,00	C	A
25	LA.TERNURA.DE.MI.A...	ELVIRA BALLESTEROS	B	5,00	F	E	AI.ULCERA.VARIOSA.NAVI	1,00	4,00	1,00	A	A
26	LA.TERNURA.DE.MI.A...	CLEOFILA VELASQUEZ	B	3,00	G	C	AI.ARTROSIS.REUMATOIDEA.SECUELAS.DE.POLIOME...	2,00	4,00	4,00	C	A
27	LA.TERNURA.DE.MI.A...	LEONOR MEDINA	B	5,00	B	C	AI.GLAUCOMA.HERNIA.DISCAL.ARTRITIS	2,00	4,00	4,00	C	A

\*BASE DE DATOS MIA.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida
1	HOGAR GERI...	Cadena	60	0	HOGAR	{A u0Q...	Ninguno	16	Izquierda	Nominal
2	NOMBRE	Cadena	60	0	NOMBRE DE CUESTADO	Ninguno	Ninguno	28	Izquierda	Nominal
3	GENERO	Cadena	60	0	GENERO	{A t0P...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal
4	EDAD	Número	8	2	EDAD DEL ENCUESTADO	{1,00 55-60...	Ninguno	8	Izquierda	Escala
5	ESTUDIOS	Cadena	60	0	NIVEL DE ESTUDIOS	{A 000...	Ninguno	8	Izquierda	Ordinal
6	ESTADOCIVIL	Cadena	60	0	CUAL ES SU ESTADO CIVIL	{A 000...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal
7	PATOLOGIAS	Cadena	60	0	SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD	{A 000...	Ninguno	39	Izquierda	Nominal
8	INSTITUCIO...	Número	40	2	CUANTO TIEMPO LLEVA INSTITUCIONALIZADO	{1,00 MEN...	Ninguno	8	Derecha	Escala
9	VISITASFA...	Número	40	2	RECIBE VISITAS POR PARTE DE SUS FAMILIARES	{1,00 0 NIN...	Ninguno	8	Derecha	Escala
10	VISITASNO...	Número	40	2	RECIBE VISITAS POR PARTE DE PERSONAS QUE NO SEAN SUS FAMILIARES	{1,00 0 NIN...	Ninguno	8	Derecha	Escala
11	ACTIVIDADE...	Cadena	40	0	CUANTAS VECES AL AÑO ES LLEVADO POR SUS FAMILIARES O CONOCIDOS FUERA DEL GERIATRICO PARA REALIZAR...	{A NINGUN...	Ninguno	8	Izquierda	Ordinal
12	REGALOS	Cadena	40	0	CONSULME REGALOS ALIMENTARIOS O LUDICOS DENTRO O FUERA DEL HOGAR POR PARTE DE FAMILIAR O CONOCIDO	{A 000...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal
13	LAMADAS	Número	40	2	RECIDE LLAMADAS TELEFONICAS POR PARTE DE SU FAMILIA	{1,00 0 NIN...	Ninguno	8	Izquierda	Escala
14	PUNTAJEMEC	Número	40	2	RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO	{1,00 <14 ...	Ninguno	8	Izquierda	Escala
15	ORIENTACION	Número	8	2	ORIENTACION	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Escala
16	FUACION	Número	8	2	FUACION	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Escala
17	CONCENTR...	Número	8	2	CONCENTRACION Y CALCULO	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Escala
18	MEMORIA	Número	8	2	MEMORIA	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Escala
19	ENLUAJAJE	Número	8	2	LENGUAJE Y CONSTRUCCION	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Escala
20	TOTALMEC	Número	8	2	PUNTAJE MEC	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Escala

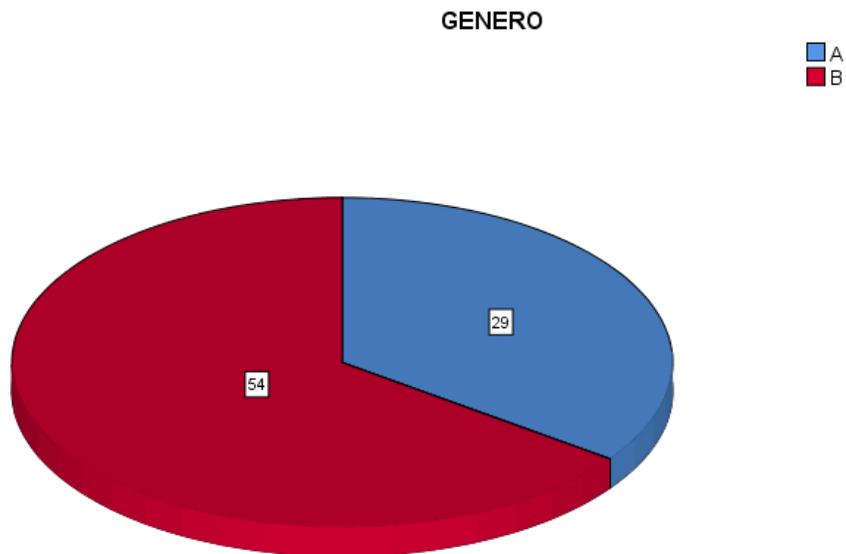
En la presente investigación se tomaron hogares geriátricos de localidad de barrios unidos: HOGAR DULCE ATARDECER, HOGAR LA TERNURA DE MIS ABUELOS, FUNDACION CAMINO A LA LUZ, HOGAR JUAN PABLO, a nivel de municipios aledaños se tomaron a estudio dos hogares, municipio de Cajica con el geriátrico HOGAR MADRE TERESA y el municipio de Tenjo con el HOGAR LOS PINERAS, al final contemplando los criterios de inclusión y exclusión dio una muestra de 83 individuos.

## Frecuencia de Genero de los encuestados

		GENERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A	29	34,9	34,9	34,9
	B	54	65,1	65,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

### Estadísticos

GENERO		
N	Válido	83
	Perdidos	0



Se evidencia que en la población institucionalizada encuestada, la población que prevalece respecto a género son las mujeres, 65,1% de mujeres versus 34.9% de hombres

## Estadísticos

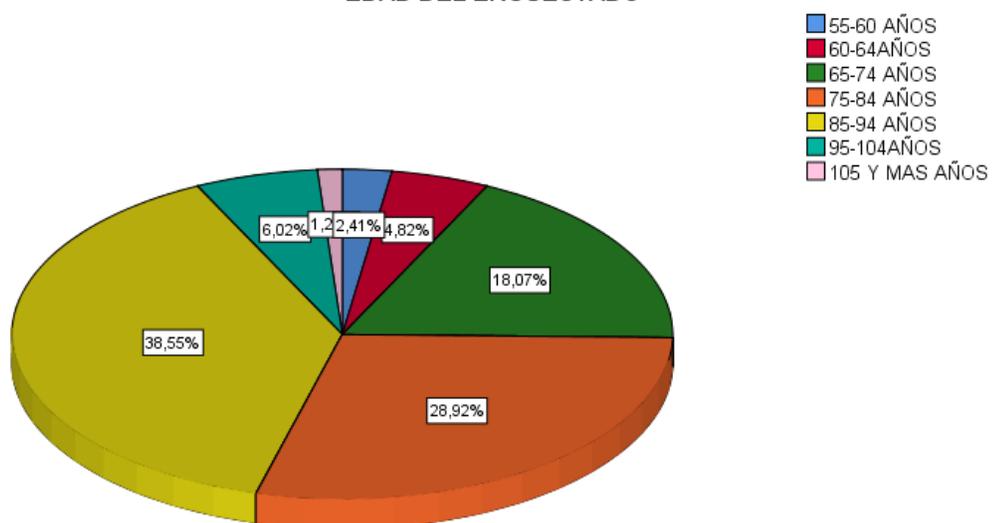
### EDAD DEL ENCUESTADO

N	Válido	83
	Perdidos	0
Media		4,1928
Mediana		4,0000
Moda		5,00

### EDAD DEL ENCUESTADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	55-60 AÑOS	2	2,4	2,4	2,4
	60-64 AÑOS	4	4,8	4,8	7,2
	65-74 AÑOS	15	18,1	18,1	25,3
	75-84 AÑOS	24	28,9	28,9	54,2
	85-94 AÑOS	32	38,6	38,6	92,8
	95-104 AÑOS	5	6,0	6,0	98,8
	105 Y MAS AÑOS	1	1,2	1,2	100,0
Total		83	100,0	100,0	

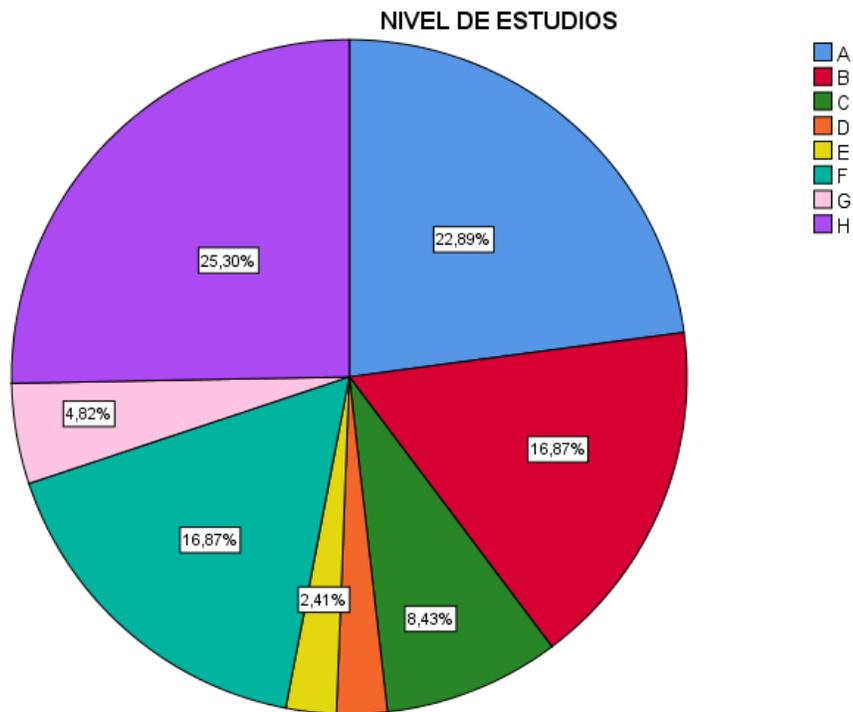
### EDAD DEL ENCUESTADO



Los rangos de edad que más se repiten en este caso serían de 85-94 años 38.55% y 75-94 años en un 28.92%

### NIVEL DE ESTUDIOS

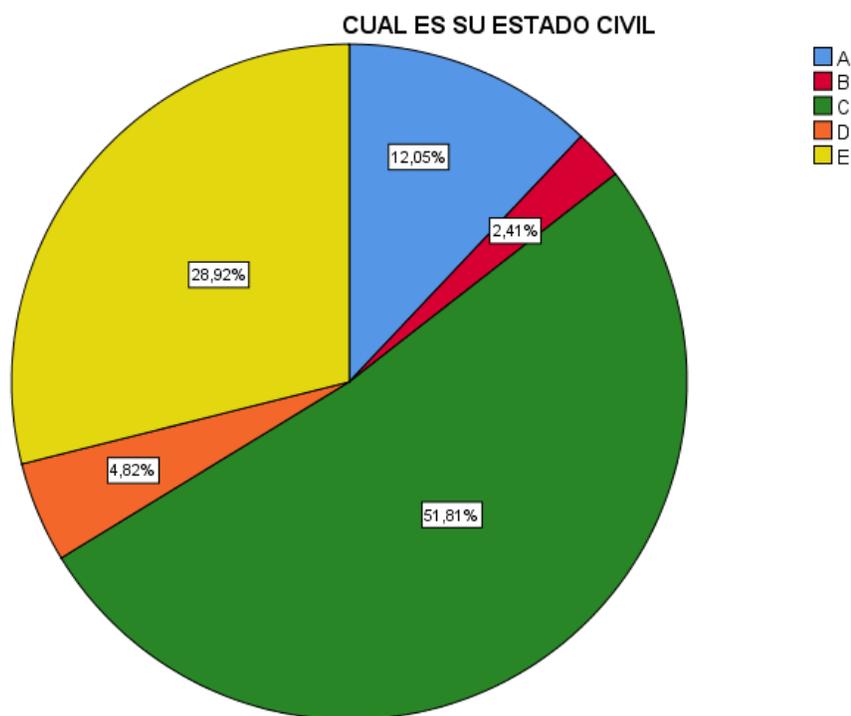
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A	19	22,9	22,9	22,9
	B	14	16,9	16,9	39,8
	C	7	8,4	8,4	48,2
	D	2	2,4	2,4	50,6
	E	2	2,4	2,4	53,0
	F	14	16,9	16,9	69,9
	G	4	4,8	4,8	74,7
	H	21	25,3	25,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	



Respecto al nivel de estudios, la mayoría de la población se encuentra dentro de la clasificación H ningún nivel de instrucción representada en un 25.30% y en la clasificación A primaria representada en un 22.89%, siendo menos frecuente la instrucción en otros niveles educativos más superiores. Esto estaría directamente relacionado con el desarrollo proclive de DCL este menor sea la estimulación cognitiva mayor riesgo se corre de padecer DCL.

### QUAL ES SU ESTADO CIVIL

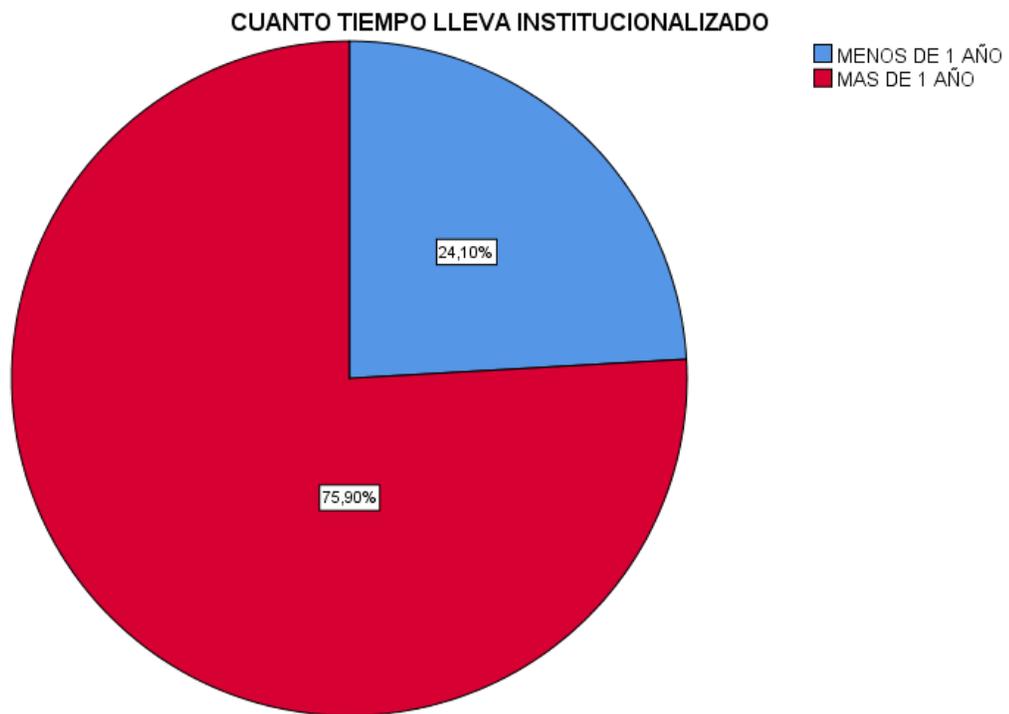
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A	10	12,0	12,0	12,0
	B	2	2,4	2,4	14,5
	C	43	51,8	51,8	66,3
	D	4	4,8	4,8	71,1
	E	24	28,9	28,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	



Respecto al estado civil, la mayoría de la población se representa en la clasificación C soltero con un 58.81% y en la clasificación E viudez representada en un 28.92%

### CUANTO TIEMPO LLEVA INSTITUCIONALIZADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MENOS DE 1 AÑO	20	24,1	24,1	24,1
	MAS DE 1 AÑO	63	75,9	75,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

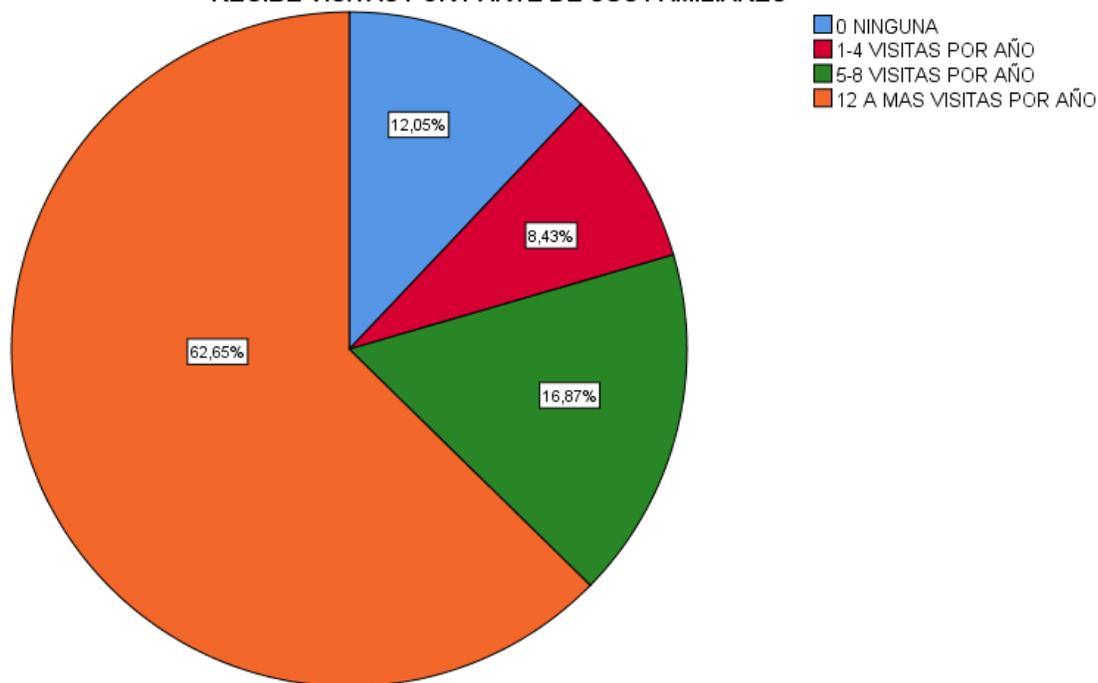


El 75.90% de la población lleva un mayor tiempo de institucionalización, lo que se relaciona de manera directa con el creciente fenómeno de la institucionalización temprana del adulto mayor.

### RECIBE VISITAS POR PARTE DE SUS FAMILIARES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 NINGUNA	10	12,0	12,0	12,0
	1-4 VISITAS POR AÑO	7	8,4	8,4	20,5
	5-8 VISITAS POR AÑO	14	16,9	16,9	37,3
	12 A MAS VISITAS POR AÑO	52	62,7	62,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

### RECIBE VISITAS POR PARTE DE SUS FAMILIARES



El 62.65% de la población a estudio recibe un acompañamiento frecuente por parte del grupo familiar lo que implica ser un factor protector contra el desarrollo de DCL.

### Tabla cruzada HOGAR\*RECIBE VISITAS POR PARTE DE SUS FAMILIARES

Recuento

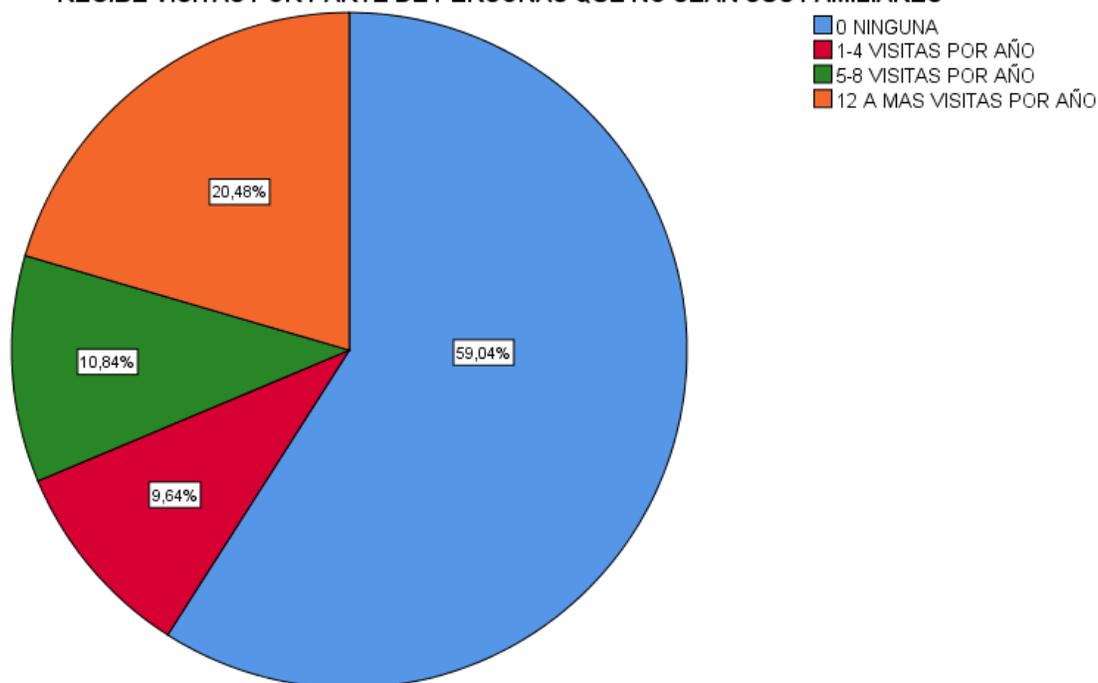
		RECIBE VISITAS POR PARTE DE SUS FAMILIARES				Total
		0 NINGUNA	1-4 VISITAS POR AÑO	5-8 VISITAS POR AÑO	12 A MAS VISITAS POR AÑO	
HOGAR	DULCE ATARDECER	0	0	2	11	13
R	F/CAMINO A LA LUZ	2	1	2	7	12
	HIGAR TENJO	0	0	0	1	1
	HOGAR CAJICA	1	3	0	9	13
	HOGAR TENJO	5	0	4	6	15
	J.P SEGUNDO	1	2	5	7	15
	JPSEGUNDO	1	1	1	4	7
	LA TERNURA DE MI ABUELOS	0	0	0	7	7
Total		10	7	14	52	83

Lo que se puede evidenciar es que la mayoría de los hogares tienen acompañamiento por parte de la red de apoyo familiar los hogares donde hubo mayor acompañamiento fueron: hogar dulce atardecer con 11 tendencias a recibir de 12 a más visitas anuales, seguido del hogar cajica con 9, tenjo con 6 juan pablo segundo y la ternura de mis abuelos con 7.

#### RECIBE VISITAS POR PARTE DE PERSONAS QUE NO SEAN SUS FAMILIARES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 NINGUNA	49	59,0	59,0	59,0
	1-4 VISITAS POR AÑO	8	9,6	9,6	68,7
	5-8 VISITAS POR AÑO	9	10,8	10,8	79,5
	12 A MAS VISITAS POR AÑO	17	20,5	20,5	100,0
Total		83	100,0	100,0	

**RECIBE VISITAS POR PARTE DE PERSONAS QUE NO SEAN SUS FAMILIARES**



Contrastado con lo anterior en este caso el 59.04% de la población tiene ausencia de acompañamiento por parte de otra red distinta a la familiar, las redes que más acompañan en estos casos al adulto mayor son las familiares e institucionales.

**Tabla cruzada HOGAR\*RECIBE VISITAS POR PARTE DE SUS FAMILIARES**

Recuento

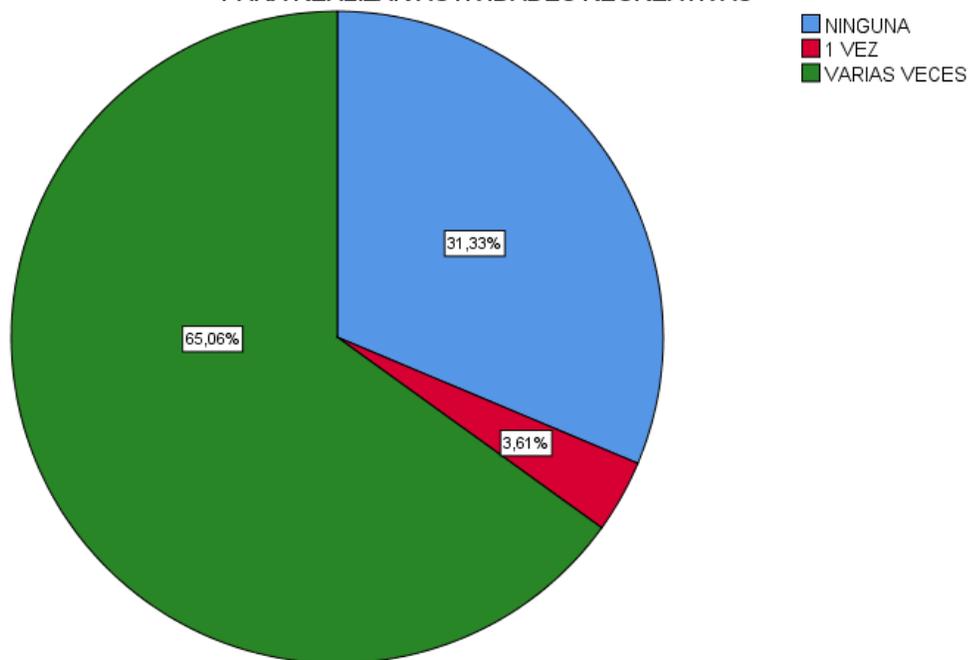
		RECIBE VISITAS POR PARTE DE SUS FAMILIARES				Total
		0 NINGUNA	1-4 VISITAS POR AÑO	5-8 VISITAS POR AÑO	12 A MAS VISITAS POR AÑO	
HOGAR R	DULCE ATARDECER	0	0	2	11	13
	F/CAMINO A LA LUZ	2	1	2	7	12
	HIGAR TENJO	0	0	0	1	1
	HOGAR CAJICA	1	3	0	9	13
	HOGAR TENJO	5	0	4	6	15
	J.P SEGUNDO	1	2	5	7	15
	JPSEGUNDO	1	1	1	4	7

LA TERNURA DE MI ABUELOS	0	0	0	7	7
Total	10	7	14	52	83

**CUANTAS VECES AL AÑO ES LLEVADO POR SUS FAMILIARES O CONOCIDOS FUERA DEL GERIATRICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA	26	31,3	31,3	31,3
	1 VEZ	3	3,6	3,6	34,9
	VARIAS VECES	54	65,1	65,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**CUANTAS VECES AL AÑO ES LLEVADO POR SUS FAMILIARES O CONOCIDOS FUERA DEL GERIATRICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS**

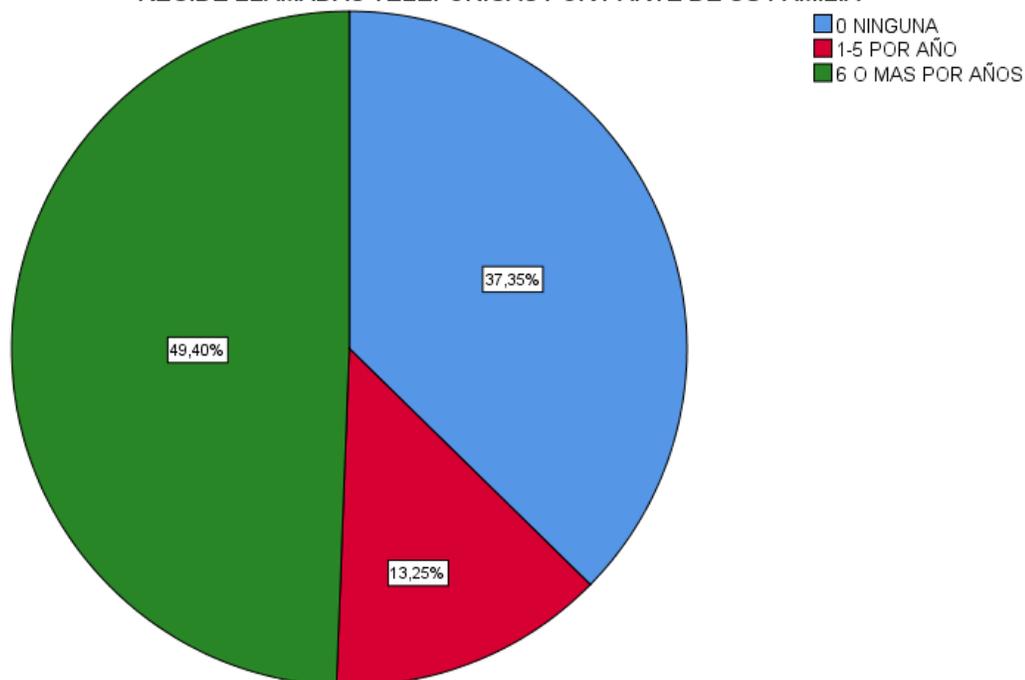


El acompañamiento que tiene esta población con actividades fuera del hogar se representa en un 65.06%, esto se relaciona de manera directa con la evitación al aislamiento social, y la reintegración del adulto mayor con la vida social y el entorno familiar.

### RECIDE LLAMADAS TELEFONICAS POR PARTE DE SU FAMILIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 NINGUNA	31	37,3	37,3	37,3
	1-5 POR AÑO	11	13,3	13,3	50,6
	6 O MAS POR AÑOS	41	49,4	49,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

### RECIDE LLAMADAS TELEFONICAS POR PARTE DE SU FAMILIA



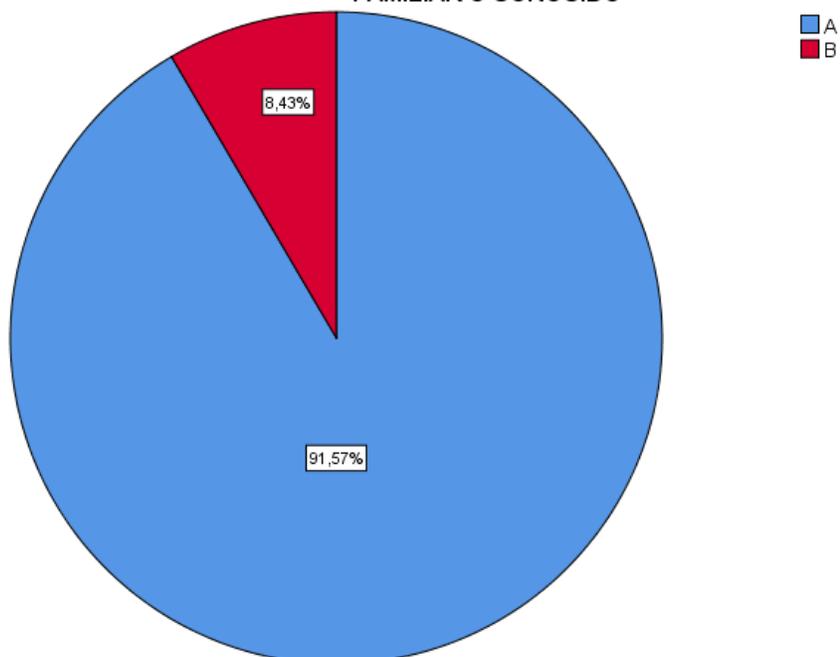
El acompañamiento de las redes de apoyo también está representado con el acompañamiento por medio de llamadas representado en un 49.40% los cuales reciben > a 6 llamadas anuales.

### CONSULME REGALOS ALIMENTARIOS O LUDICOS DENTRO O FUERA DEL HOGAR POR PARTE DE FAMILIAR O CONOCIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	A	76	91,6	91,6	91,6
	B	7	8,4	8,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

**CONSULME REGALOS ALIMENTARIOS O LUDICOS DENTRO O FUERA DEL HOGAR POR PARTE DE FAMILIAR O CONOCIDO**

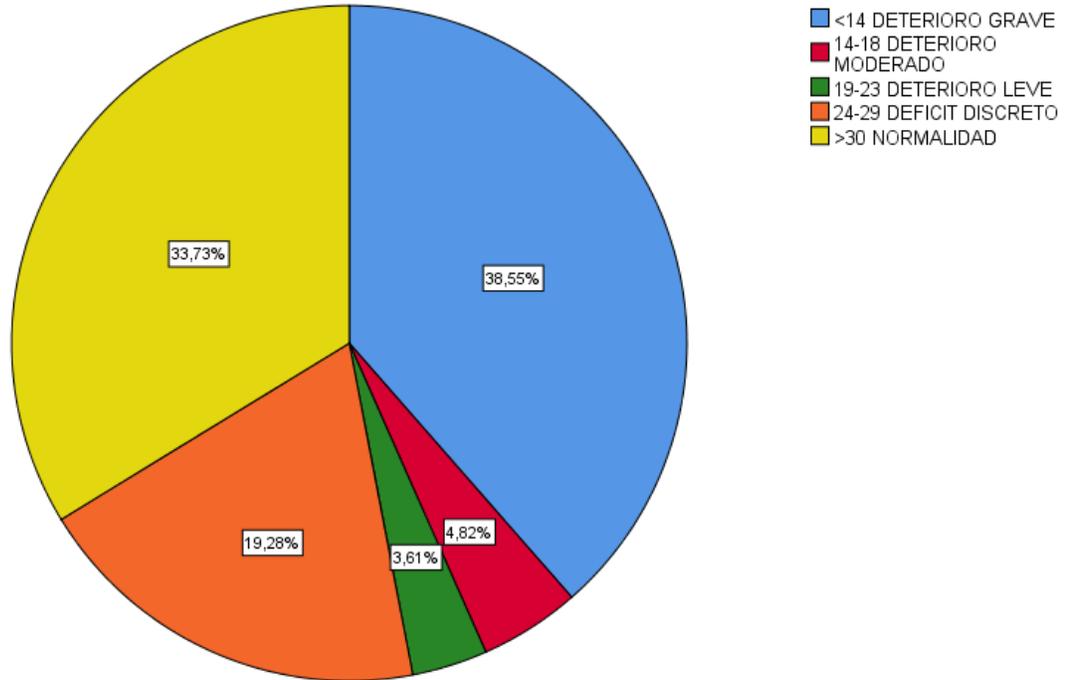


También se observa un acompañamiento por parte de las redes de apoyo representado en muestras materiales de afecto el 91.57% de esta población recibe esta clase de muestras.

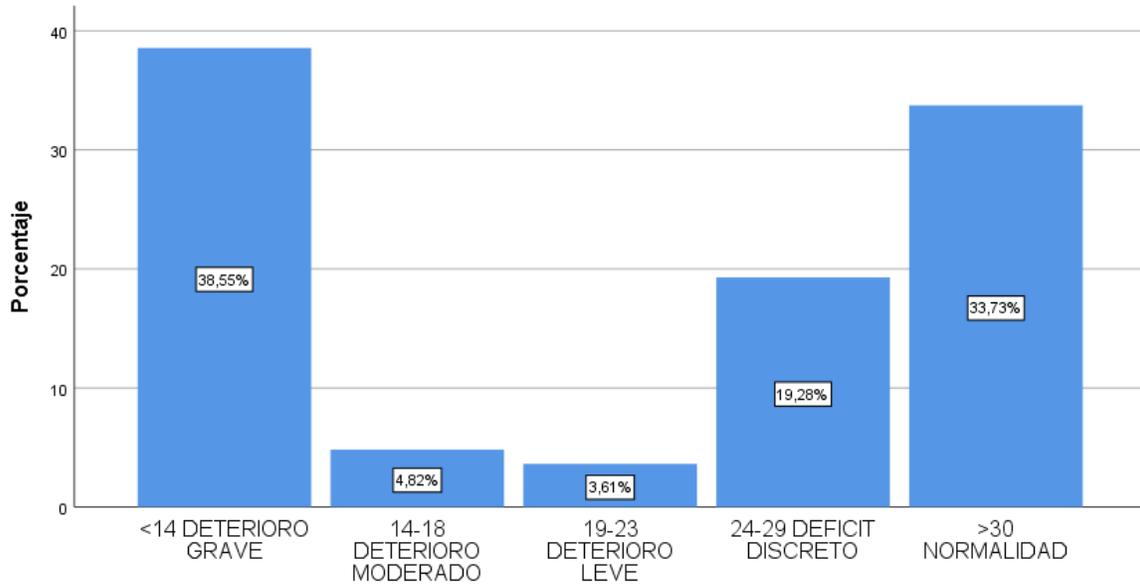
**RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<14 DETERIORO GRAVE	32	38,6	38,6	38,6
	14-18 DETERIORO MODERADO	4	4,8	4,8	43,4
	19-23 DETERIORO LEVE	3	3,6	3,6	47,0
	24-29 DEFICIT DISCRETO	16	19,3	19,3	66,3
	>30 NORMALIDAD	28	33,7	33,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO



RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO



RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO

RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido <14 DETERIORO GRAVE	32	38,6	38,6	38,6

14-18 DETERIORO MODERADO	4	4,8	4,8	43,4
19-23 DETERIORO LEVE	3	3,6	3,6	47,0
24-29 DEFICIT DISCRETO	16	19,3	19,3	66,3
>30 NORMALIDAD	28	33,7	33,7	100,0
Total	83	100,0	100,0	

### Tabla cruzada HOGAR\*RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO

Recuento

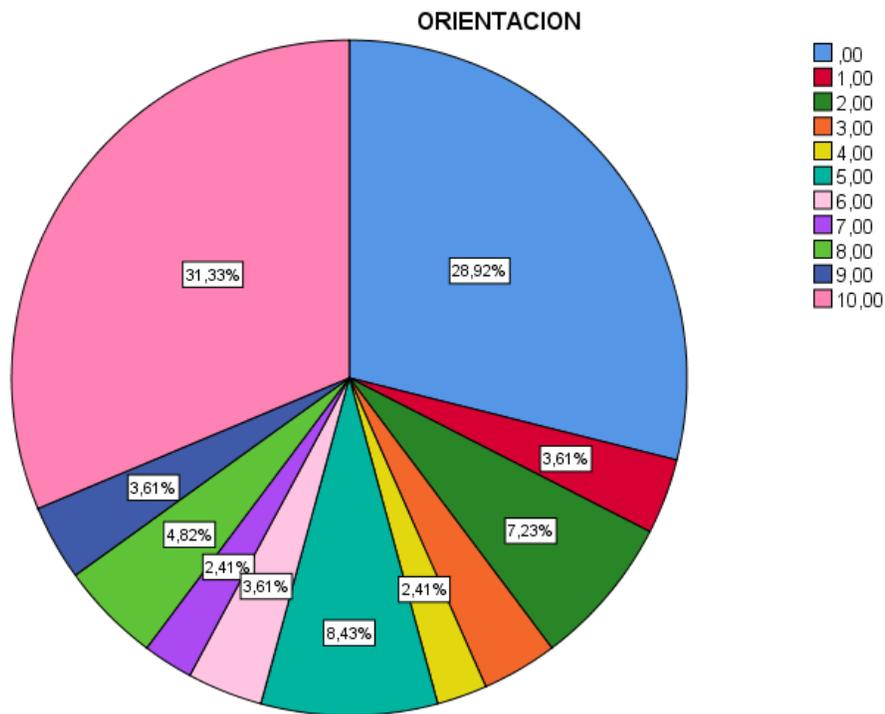
		RANGO DE MEC EN EL QUE ESTA EL ENCUESTADO					Total
		<14 DETERIOR O GRAVE	14-18 DETERIOR O MODERAD O	19-23 DETERIOR O LEVE	24-29 DEFICIT DISCRETO	>30 NORMALI DAD	
HOGAR	DULCE	4	1	1	4	3	13
R	ATARDECER	6	0	0	4	2	12
	F/CAMINO A LA LUZ	0	0	0	1	0	1
	HIGAR TENJO	7	0	2	1	3	13
	HOGAR CAJICA	7	1	0	3	4	15
	HOGAR TENJO	4	1	0	1	9	15
	J.P SEGUNDO	1	1	0	1	4	7
	JPSEGUNDO	3	0	0	1	3	7
	LA TERNURA DE MI ABUELOS	32	4	3	16	28	83
Total							

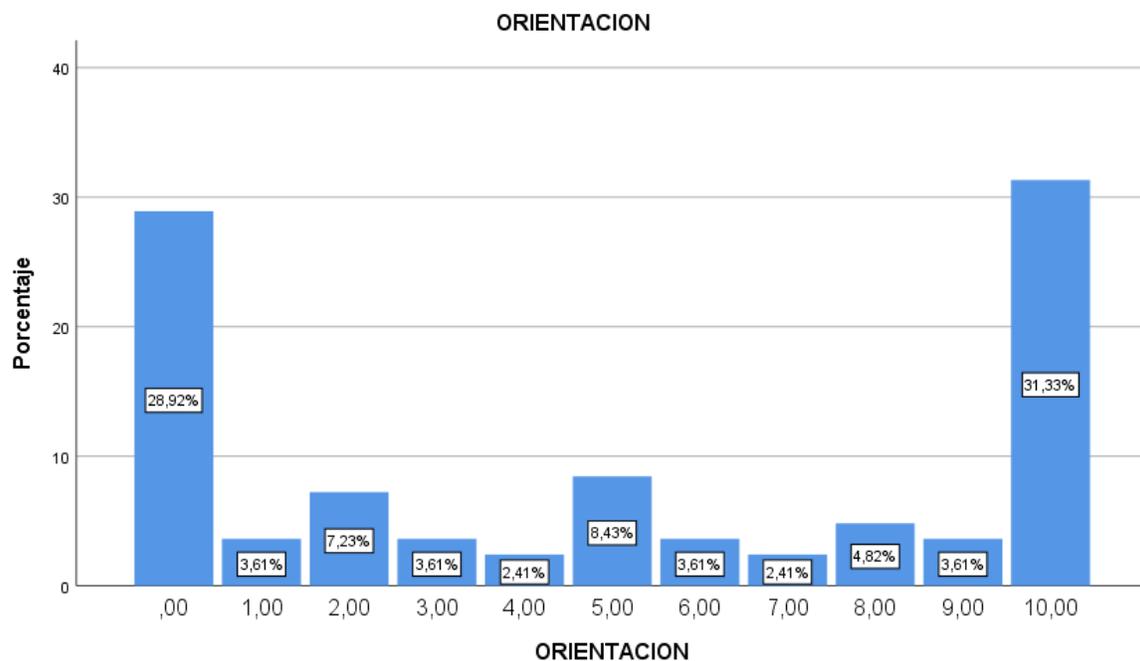
El 38.55% de la población a estudio, se encuentran dentro del ítem de DC grave, El 33.73% se encuentran dentro del rango de normalidad, el 4.82% de la población está en rangos de 14-18 lo que indica déficit moderado, el 19.28 % se encuentra dentro del ítem déficit discreto. Aunque una gran parte de la población a estudio está dentro del rango de normalidad, no se puede ignorar que una gran parte algún grado deterioro, lo que nos indica que es necesario llevar intervenciones para evitar la progresión y consecuencias de este fenómeno dentro de la población.

Se puede apreciar en la tabla cruzada que los hogares donde más se repite la tendencia a estar en el rango 1<14 deficit grave son: CAJICA Y TENJO, el hogar que tuvo más tendencia a estas en rango 5.>30 normalidad fue el hogar JPSEGUNDO.

### ORIENTACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	24	28,9	28,9	28,9
	1,00	3	3,6	3,6	32,5
	2,00	6	7,2	7,2	39,8
	3,00	3	3,6	3,6	43,4
	4,00	2	2,4	2,4	45,8
	5,00	7	8,4	8,4	54,2
	6,00	3	3,6	3,6	57,8
	7,00	2	2,4	2,4	60,2
	8,00	4	4,8	4,8	65,1
	9,00	3	3,6	3,6	68,7
	10,00	26	31,3	31,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	





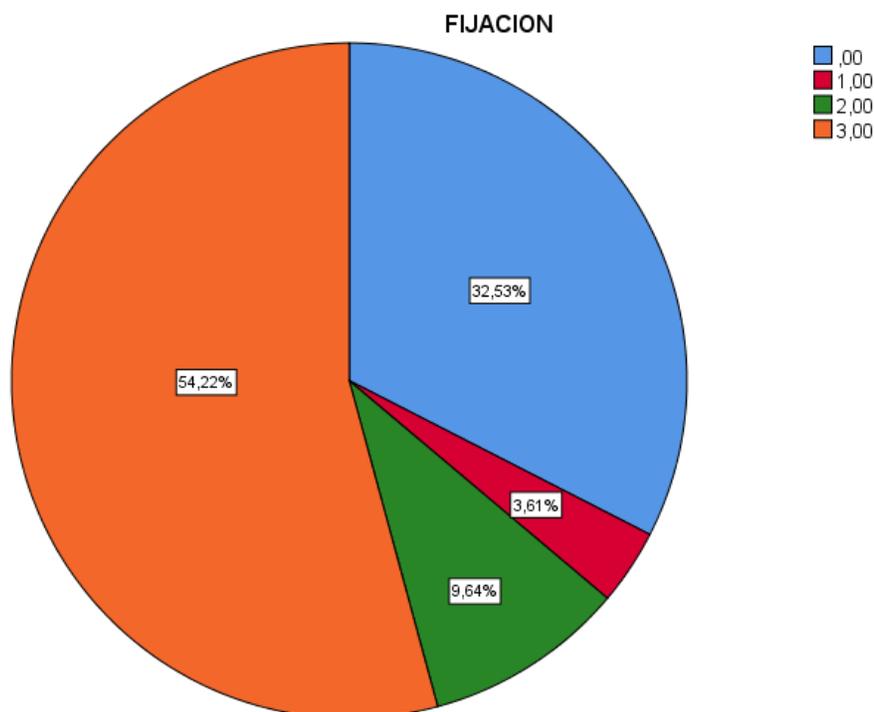
**Tabla cruzada HOGAR\*ORIENTACION**

Recuento		ORIENTACION											Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	
HOGAR	DULCE	2	0	2	2	0	4	0	0	2	1	0	13
	ATARDECER												
	F/CAMINO A LA LUZ	6	0	0	0	0	2	1	0	0	1	2	12
	HIGAR TENJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	HOGAR CAJICA	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	13
	HOGAR TENJO	5	2	0	0	1	0	0	0	0	0	7	15
	J.P SEGUNDO	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	9	15
	JPSEGUNDO	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	2	7
	LA TERNURA DE MI ABUELOS	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	7
<b>Total</b>		24	3	6	3	2	7	3	2	4	3	26	83

El 31.33% de la población encuestada pudo alcanzar el nivel más alto de la puntuación, contrastada contra el 28.92% los cuales estaban en el punto más bajo de la puntuación, esto indica que aunque la gran mayoría de la población está en el nivel más alto es necesaria la intervención con el resto de esta población ya que es un gran porcentaje el que se encuentra en los puntajes más bajos.

Respecto a la tabla cruzada nos indica que los hogares con tendencias repetidas a estar en la calificación más alta de 10 puntos que es lo máximo que nos propone el ítem, son los hogares Juan Pablo Segundo y el hogar del municipio de Tenjo, tendencia de 7 y 9 el hogar que estuvo en la tendencia más baja de la escala con puntaje 0 fue el hogar de Cajicá.

FIJACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	27	32,5	32,5	32,5
	1,00	3	3,6	3,6	36,1
	2,00	8	9,6	9,6	45,8
	3,00	45	54,2	54,2	100,0
	Total	83	100,0	100,0	



### Tabla cruzada HOGAR\*FIJACION

Recuento

		FIJACION				Total
		,00	1,00	2,00	3,00	
HOGAR	DULCE ATARDECER	4	0	2	7	13
	F/CAMINO A LA LUZ	7	1	1	3	12
	HIGAR TENJO	0	0	0	1	1
	HOGAR CAJICA	8	0	1	4	13
	HOGAR TENJO	5	0	2	8	15
	J.P SEGUNDO	3	0	1	11	15
	JPSEGUNDO	0	0	1	6	7
	LA TERNURA DE MI ABUELOS	0	2	0	5	7
Total		27	3	8	45	83

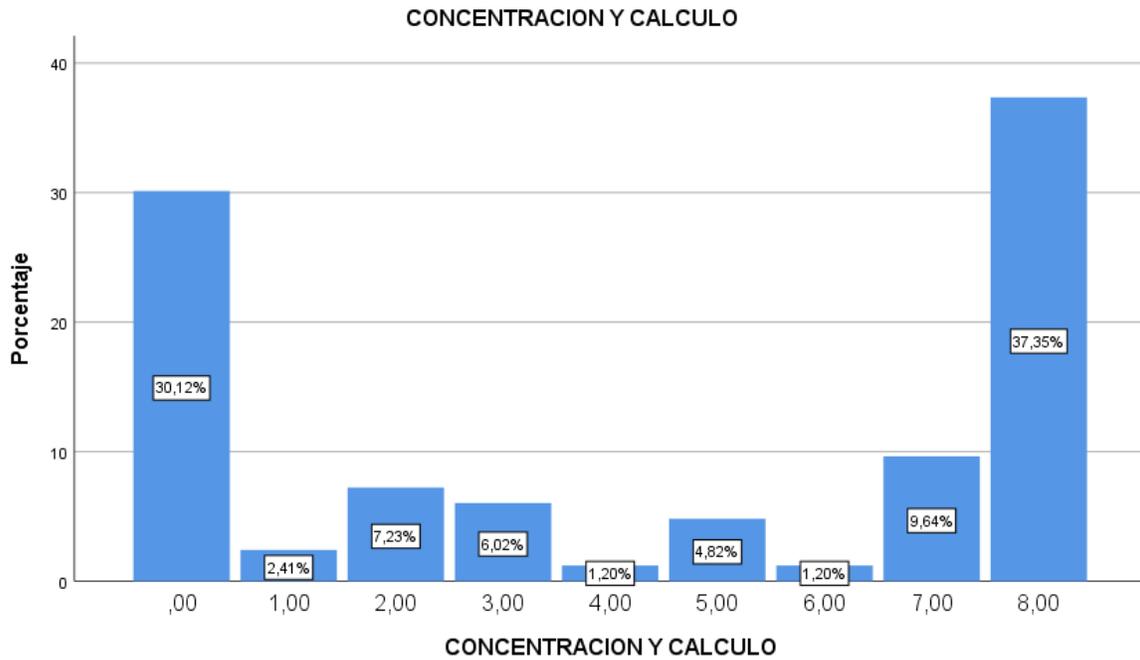
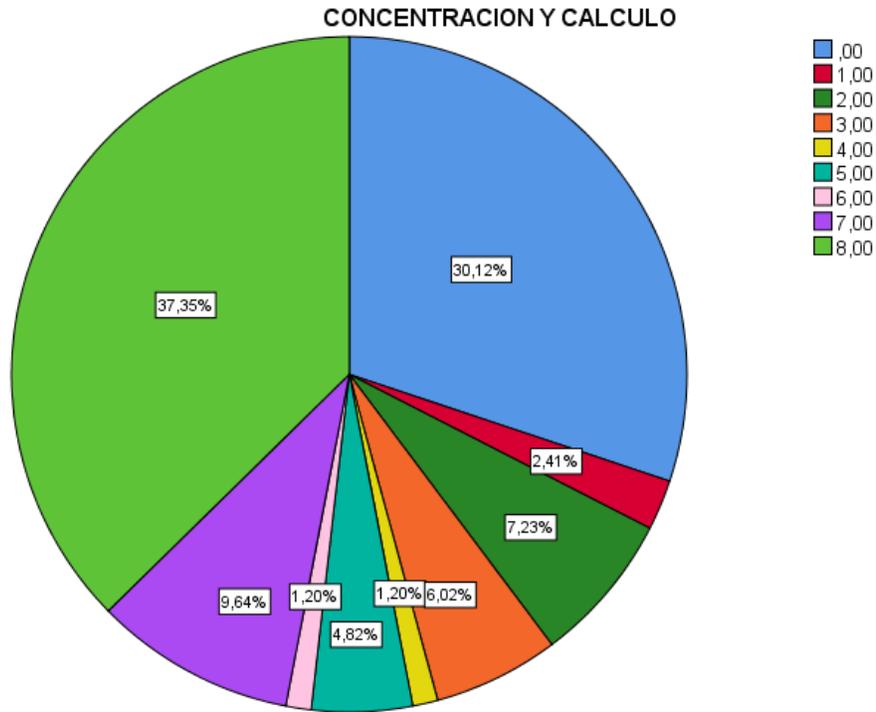
El 52.22% de esta población se encuentra en el nivel más alto de la sub escala lo que implica que pueden aprehender y evocar recuerdos a corto plazo. Pero aun así un gran porcentaje de la población representada en un 32.53% están en el nivel más bajo.

Respecto al ítem fijación, los hogares que estaban en la tendencia más alta fueron: hogar tenjo 8, hogar juan pablo segundo con 11 y 6 , hogar dulce atardecer con 7, hogar la ternura de mis abuelos con 5, el hogar que estuvo en la parte parte más baja de la lista puntuación de 0 puntos con tendencia a repetir de 8 fue el hogar de Cajicá

### CONCENTRACION Y CALCULO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	25	30,1	30,1	30,1
	1,00	2	2,4	2,4	32,5
	2,00	6	7,2	7,2	39,8
	3,00	5	6,0	6,0	45,8
	4,00	1	1,2	1,2	47,0
	5,00	4	4,8	4,8	51,8
	6,00	1	1,2	1,2	53,0
	7,00	8	9,6	9,6	62,7

8,00	31	37,3	37,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	



### Tabla cruzada HOGAR\*CONCENTRACION Y CALCULO

Recuento

		CONCENTRACION Y CALCULO									Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	
HOGAR	DULCE ATARDECER	4	0	1	1	0	2	0	1	4	13
	F/CAMINO A LA LUZ	5	1	0	0	0	0	1	0	5	12
	HOGAR TENJO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	HOGAR CAJICA	7	0	0	0	1	1	0	3	1	13
	HOGAR TENJO	6	0	1	1	0	0	0	2	5	15
	J.P SEGUNDO	3	0	1	2	0	0	0	0	9	15
	JPSEGUNDO	0	0	2	0	0	0	0	1	4	7
	LA TERNURA DE MI ABUELOS	0	1	1	1	0	1	0	0	3	7
Total		25	2	6	5	1	4	1	8	31	83

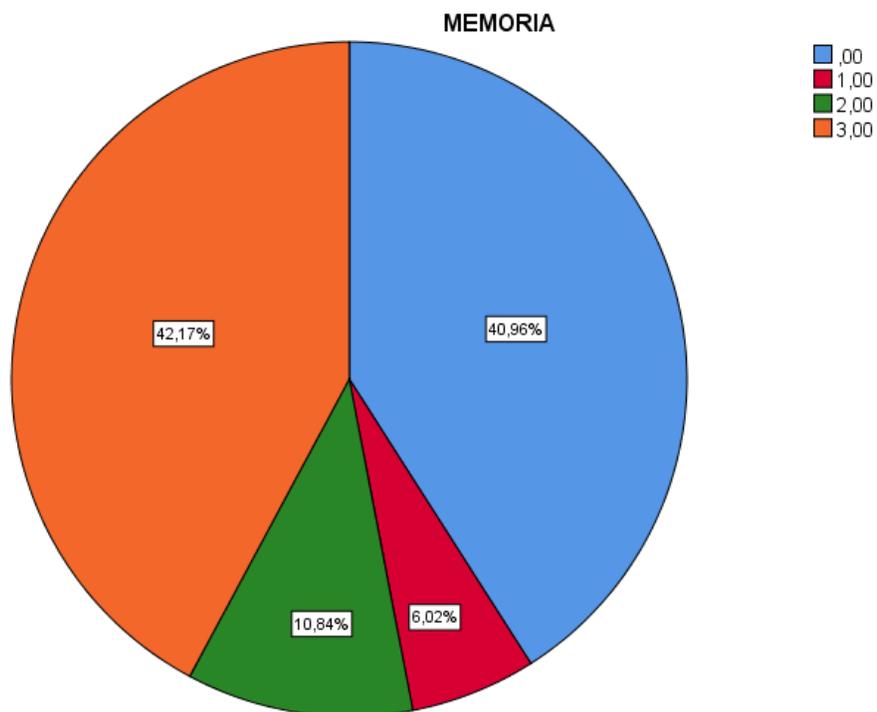
En este caso se repite la tendencia, ya que la mayor parte de la población está representada en ambos extremos de la escala 37.35% en el punto más alto 8 puntos, y el 30.12% está en el nivel más bajo de la escala que es el 0, las intervenciones son más que necesarias en este caso ya que un gran porcentaje de la población tiene deficiencias en estas áreas.

El hogar que tuvo mayor tendencia a estar en la puntuación más alta de la escala fue Juan Pablo Segundo con 9 participantes con 8 puntos, el hogar que más repitió a tendencia a estar en la puntuación más baja de la escala con 0 puntos fue el hogar de Cajicá con tendencia de 7.

### MEMORIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	34	41,0	41,0	41,0
	1,00	5	6,0	6,0	47,0
	2,00	9	10,8	10,8	57,8
	3,00	35	42,2	42,2	100,0

Total	83	100,0	100,0
-------	----	-------	-------



**Tabla cruzada HOGAR\*MEMORIA**

Recuento

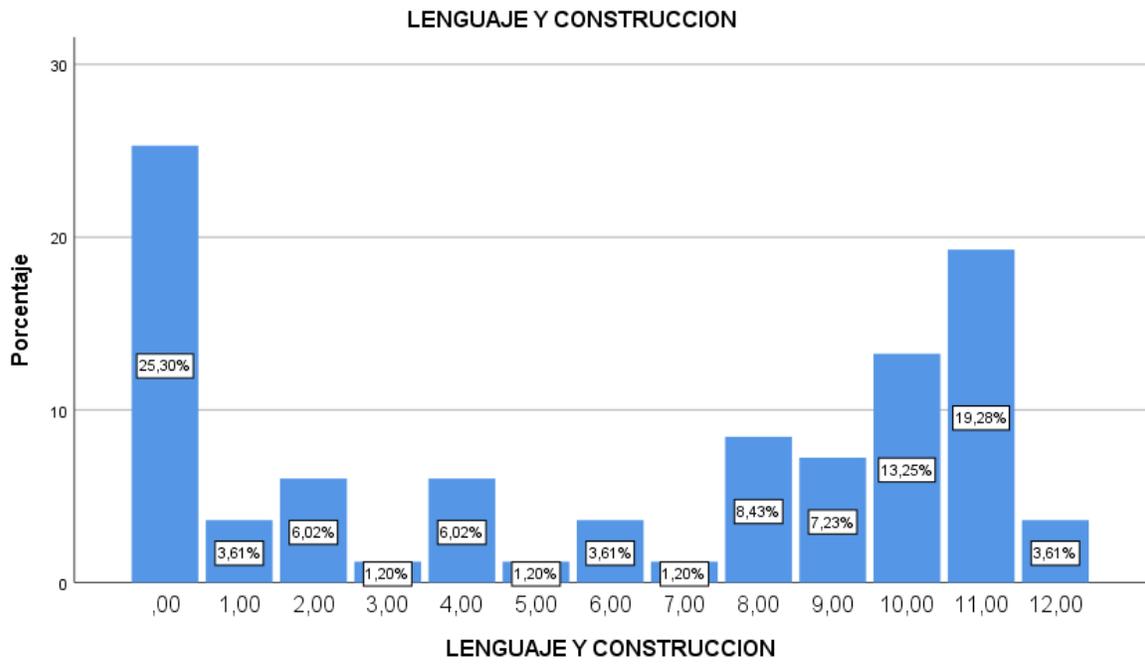
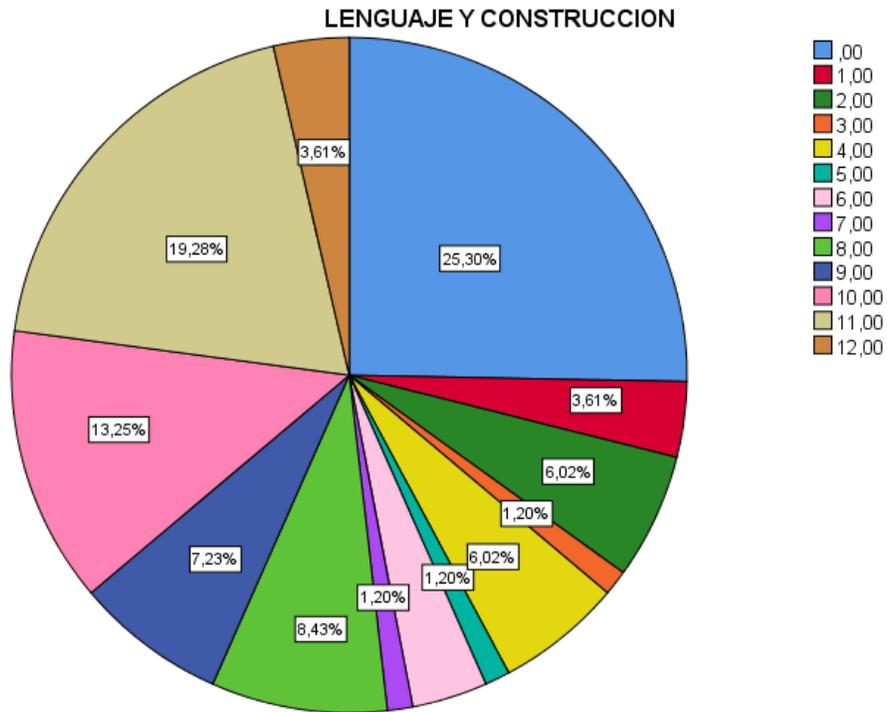
		MEMORIA				Total
		,00	1,00	2,00	3,00	
HOGAR	DULCE ATARDECER	4	1	1	7	13
	F/CAMINO A LA LUZ	7	0	1	4	12
	HIGAR TENJO	0	0	0	1	1
	HOGAR CAJICA	8	0	0	5	13
	HOGAR TENJO	6	1	3	5	15
	J.P SEGUNDO	5	2	0	8	15
	JPSEGUNDO	1	1	4	1	7
	LA TERNURA DE MI ABUELOS	3	0	0	4	7
<b>Total</b>		<b>34</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>35</b>	<b>83</b>

En este t3pico podemos ver que la gran mayor3a de la poblaci3n, representada en un 42.17% est3 en el punto m3s alto de la subes cala, lo que implica que la posibilidad de evocar recuerdos, implica que las actividades y el acompa1amiento a estos pacientes esta representado en n3meros positivos, pero as3 mismo se observa una gran contraparte representada en un 40.96% lo cuales est3n en los niveles m3s bajos de la escala, lo que indica que se deben hacer m3s actividades e intervenciones para mejorar la neuroplasticidad y trabajo de memoria con estos individuos, tanto para evitar la progresi3n como para evitar el empeoramiento en este t3pico.

En el caso de puntual se observa dicotom3a hacia los extremos de la encuesta, sin embargo respecto a tendencias repetidas el hogar de cajica estuvo 8 veces en la parte mas baja de encuesta con 0 puntos, los hogares que estuvieron en las tendencias de puntaje mas alto fueron: hogar juan pablo segundo con 8 participantes y le sigue hogar dulce atardecer con 7 respectivamente.

#### LENGUAJE Y CONSTRUCCION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v3lido	Porcentaje acumulado
V3lido	,00	21	25,3	25,3	25,3
	1,00	3	3,6	3,6	28,9
	2,00	5	6,0	6,0	34,9
	3,00	1	1,2	1,2	36,1
	4,00	5	6,0	6,0	42,2
	5,00	1	1,2	1,2	43,4
	6,00	3	3,6	3,6	47,0
	7,00	1	1,2	1,2	48,2
	8,00	7	8,4	8,4	56,6
	9,00	6	7,2	7,2	63,9
	10,00	11	13,3	13,3	77,1
	11,00	16	19,3	19,3	96,4
	12,00	3	3,6	3,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	



## Fundacion

Tabla cruzada HOGAR\* LENGUAJE Y CONSTRUCCION

Recuento		LENGUAJE Y CONSTRUCCION													Total
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	
HOGAR	DULCE ATARDECER	1	0	2	0	1	0	0	1	2	1	3	0	2	13
	F/CAMINO A LA LUZ	6	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	12
	HIGAR TENJO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	HOGAR CAJICA	7	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	13
	HOGAR TENJO	4	0	2	0	2	1	1	0	2	1	0	2	0	15
	J.P.SEGUNDO	2	1	0	1	1	0	0	0	0	3	7	0	0	15
	J.P.SEGUNDO	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	2	0	7
	LA TERNURA DE MI ABUELOS	0	2	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	7	
Total		21	3	5	1	5	1	3	1	7	6	11	16	3	83

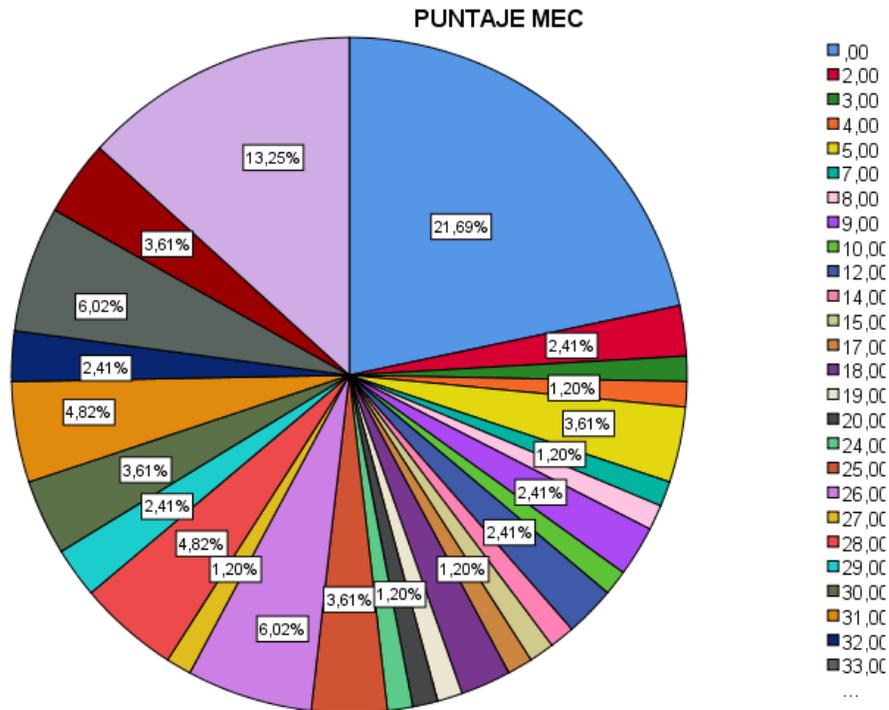
En este caso se puede observar una gran diversidad y heterogeneidad respecto a la distribución de la población gran parte de la población sacó los puntajes más altos: 13.25% de la población sacó 10 puntos, el 19.28% representa a los que sacaron 11 puntos y únicamente el 3.61% sacó el puntaje más alto de la escala que es 12, así mismo existe un gran contraparte con un 25.30% que se encuentra en el nivel más bajo, esto tiene grandes implicaciones en la vida cotidiana de los individuos ya que el no poder comunicarse, y estar en riesgo de ver comprometida la parte de las habilidades motrices, hace que es individuo se aisle desarrollando síntomas depresivos, así mismo lo podría hacer dependiente de un cuidador, lo que indica esto es el riesgo potencial a desarrollar no solo DCL, si no también otras patologías relacionadas con trastornos del ánimo y comportamentales, lo que también a largo plazo implicaría mayor sobrecarga laboral y emocional para cuidadores, familiares y mayores impactos económicos y en el sistema de salud.

Respecto a la tendencia de mejor puntaje el hogar Juan Pablo Segundo se encuentra en uno de los lugares más altos con 11 puntos y repetición de 7, los hogares que estuvieron en los lugares más bajos según la encuesta fueron Fundación Camino a la Luz, con 6 repeticiones en el 0 y el hogar Cajicá con 7 tendencias también en el punto 0.

## PUNTAJE MEC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	18	21,7	21,7	21,7
	2,00	2	2,4	2,4	24,1
	3,00	1	1,2	1,2	25,3
	4,00	1	1,2	1,2	26,5

5,00	3	3,6	3,6	30,1
7,00	1	1,2	1,2	31,3
8,00	1	1,2	1,2	32,5
9,00	2	2,4	2,4	34,9
10,00	1	1,2	1,2	36,1
12,00	2	2,4	2,4	38,6
14,00	1	1,2	1,2	39,8
15,00	1	1,2	1,2	41,0
17,00	1	1,2	1,2	42,2
18,00	2	2,4	2,4	44,6
19,00	1	1,2	1,2	45,8
20,00	1	1,2	1,2	47,0
24,00	1	1,2	1,2	48,2
25,00	3	3,6	3,6	51,8
26,00	5	6,0	6,0	57,8
27,00	1	1,2	1,2	59,0
28,00	4	4,8	4,8	63,9
29,00	2	2,4	2,4	66,3
30,00	3	3,6	3,6	69,9
31,00	4	4,8	4,8	74,7
32,00	2	2,4	2,4	77,1
33,00	5	6,0	6,0	83,1
34,00	3	3,6	3,6	86,7
35,00	11	13,3	13,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	



### Estadísticos

## DISCUSIÓN

La población de adultos mayores, es un grupo creciente en la sociedad, esto es debido a la dinámica cambiante de las poblaciones, haciendo que los individuos cambien sus objetivos vitales, partiendo el esquema natural de crecer y reproducirse, esto implica que el individuo no forme una red de apoyo basada en hijos o pareja, y cree otros lazos que pueden o no estar presentes en otros momentos del ciclo vital.

De no crear lazos y redes de apoyo futuro el individuo queda desprotegido y debido a su propia condición, se hace vulnerable, y necesitado de cuidado lo que implica que busque cuidado en redes institucionales como las que aportan los hogares especializados en el cuidado de esta población.

Otros factores que aportan a que haya más adultos institucionalizados es la forma en que en muchas sociedades se observa el envejecimiento, en muchas como algo

negativo y anclado al significado patológico, algo negativo. Lo que implica que adulto mayor se convierta en una carga por así decirlo para sus familia los cuales no se comprometen con el cuidado, delegándolo a alguien más, en este caso un cuidador, en un hogar.

También está el caso en que el individuo se reduce así mismo, por la parte del ciclo vital que está viviendo, ya que lo asume como algo malo, y no solamente lleva a su institucionalización si no a que sea proclive a cambios conductuales, el propio DCL y enfermedades neurodegenerativas.

Muchos son los factores que están llevando a que las poblaciones de adultos mayores sean crecientes y que sean institucionalizados en estos lugares, que ya en si también tienen una mala connotación social en muchos casos, ya que también muchos cuidadores no son lo suficientemente diestros y pacientes para lidiar con el adulto mayor lo que hace que el problema, del aislamiento y los sentimientos de tristeza, humor depresivo, y el riesgo a desarrollar más enfermedades crezca mucho más.

Que hallan lugares especiales para el cuidado de esta población no es malo, pero estos deben ser si o de calidad, con personas de calidad humana que entiendan que es algo tan simple como el envejecimiento, y el desgaste que con lleva al edad los cambios que implica en todos sus ámbitos, estos lugares deben estar dispuestos no solamente a atender las necesidades básicas del individuo si no también a tener cronogramas de actividades para mantener al adulto mayor integrado y activo con esto se evita enormemente la posibilidad a desarrollar o progresar a enfermedades más delicadas, que impliquen mayores consecuencias económicas y sobrecarga en el cuidador.

En nuestro recorrido por los hogares geriátricos, observamos que hay lugares donde claramente si se hacen actividades para mantener al individuo cognitivamente activo, pero no en todos los lugares se hacen de manera regular y estricta, un caso que nos llamó mucho la atención fue el caso del hogar Juan Pablo Segundo, donde claramente se siguen actividades por horarios, estrictos lo cual hizo difícil la obtención de los datos, y el pul de actividades era bastante florido, desde un juego de mesa, hasta la educación continuada en el área de sistemas. Es claro que no todos los adultos mayores pueden acceder a lugares como este ya que implica diversas condiciones entre ellas las monetarias, entonces ¿qué hacer? Trabajar de una manera más eficiente con lo que se tiene, la red de apoyo familiar, no es solamente que dejen al adulto mayor para que alguien más lo cuide, si la familia quiere que un adulto mayor se interne en un lugar de estos debería comprometerse con involucrarse en actividades que no sean solo visitas, sería algo así como hacer una especie de retroceso como en un jardín de niños, donde a los padres se los involucra si o si en actividades como salidas reuniones y demás, esto hace que no se pierda el vínculo familiar, y que el individuo se vuelva a sentir parte del grupo familiar, parte de la sociedad.

El sistema de salud debe tomar su parte en estas instituciones no es solamente si tienen lo relativamente básico para funcionar, como el poder acceder a la visita de un médico domiciliario, como se nombró anteriormente debería haber un seguimiento más cercano, como están funcionando que le ofrecen al adulto mayor fuera de lo básico, como pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de esta persona.

En el estudio claramente se evidencio que si hay una presencia de la red de apoyo familiar en una gran parte de la población, pero también hay una contraparte que no tienen acompañamiento familiar, que no se percibe este tipo de acompañamiento. "llamadas, visitas etc."

Respecto la escala mini mental y sus ítems hubo comportamientos similares manejando extremos, donde había un excelente comportamiento evidenciado en puntajes altos, en el rango de normalidad, pero este estudio no solo quería ver a los que les iba mejor quería indagar como comportaba la población respecto a una situación dada, esto implica que no solamente la atención está puesta en los que les fue muy bien, si no que se va a hacer no solamente por los que están bien si no también los que podrían estar mejor.

El estudio quería una evidencia de una situación y como estaba la población, a partir de esto plantear y ahora, que se va a hacer, ya existe una semilla de incertidumbre respecto a una situación, ahora el punto de partida el llegar inicialmente a los hogares encuestados demostrarles lo que se pudo evidenciar y así plantear estrategias de cambio.

El papel ahora por cumplir fuera de lo anteriormente nombrado es ser un agente de cambio un agente educativo de lo que está haciendo en los adultos mayores estar en ambientes donde ya se les cuida pero puede hacerse mejor, mostrar con evidencias el papel que tienen las actividades que ya se realizan y el impacto que están teniendo en la población encuestada y lo que se debe hacer para que estén mejor y ofrecer una mejor calidad de vida.

## **CONCLUSIONES**

1. se observó que en los hogares donde se hacían más actividades y se estimulaba, al paciente cognitivamente, tuvieron mejor rendimiento respecto a la prueba psicométrica, aplicada y sus subescalas "MINI-MENTAL".
2. se observó que había interacción de la red de apoyo familiar con el paciente institucionalizado en la gran mayoría de los hogares
3. de los dos géneros el más institucionalizado en este caso fue el género femenino, el estado civil que más predominó fue la soltería y la viudez, lo que implica que el paciente debe ser más apoyado para evitar el Desarrollo de aislamiento y humor de tipo depresivo.
4. se identificó que la gran mayoría de la población a estudio no tenían ningún tipo de estudios, lo cual da pie para que se mantenga al paciente estimulado cognitivamente, enseñándole nuevas actividades ya de no hacerlo, Puede desarrollarse mayor tendencia al desarrollo precipitado de DCL, EA , demencias entre otros padecimientos.
5. es necesario llegar a los hogares con esta información animar a los que hacen actividades y mantienen al adulto mayor, integrado y activo a que lo sigan haciendo, ya que los resultados son positivos, y así mismo no olvidar a los hogares, con actividades limitadas y poco organizadas para demostrar la importancia y el impacto que estas pueden tener sobre el paciente adulto mayor.

## **ANEXOS**

### **Carta de autorización de uso de datos**

Facultad de medicina  
Área de investigación

Asunto:

declaración autorización del uso de datos del trabajo de investigación “CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON LA VALORACIÓN FUNCIONAL Y REDES DE APOYO EN HOGARES GERIATRICOS EN EL PERIODO DEL 2018”

Doctores(as), pertenecientes a las áreas: facultad de medicina e investigación, nosotros los integrantes: LAURA KATHERINE CAMACHO LLANOS, JOSE EDUARDO QUIROZ HIGUERA. Del trabajo de investigación “CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON LA VALORACIÓN FUNCIONAL Y REDES DE APOYO EN HOGARES GERIATRICOS EN EL PERIODO DEL 2018”.

Por medio del presente documento, autorizamos el uso de los datos, a nuestra compañera la estudiante MARY NADEZHDA NATHALIE AMAYA CRUZ, quien por causas adversas e inherentes, no pudo acompañarnos en la culminación y presentación del proyecto anteriormente nombrado, en el pasado semestre 2018-02.

Gracias por su atención y colaboración.



---

**José Eduardo Quiroz Higuera**  
C.C. No. 1030617702 de Bogotá  
Correo: [jquiroz@udca.edu.co](mailto:jquiroz@udca.edu.co)  
Telefono Cel: 3227583208



---

**Laura Katherine Camacho Llanos**  
C.C. No. 1016055577 de Bogotá  
Correo: [lacamacho@udca.edu.co](mailto:lacamacho@udca.edu.co)  
Telefono Cel: 3016593887

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON LA VALORACIÓN FUNCIONAL  
Y REDES DE APOYO EN HOGARES GERIÁTRICOS CONVENIO UDCA EN EL PERIODO DE ENERO –**

**MARZO DEL 2018**

En el presente documento se solicita, constata y autoriza su decisión de participar libre y voluntariamente en este estudio que busca por medio de la aplicación de una encuesta dirigida en términos claros y fáciles de comprender, conocer aspectos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, número de hijos, apoyo intrafamiliar, tiempo de jubilación, ingresos económicos, estrato socioeconómico, presencia de alguna enfermedad, aplicación de una escala psicométrica breve para evaluar su estado cognitivo (Mini mental Folstein) y su tipo de funcionalidad según la escala de Barthel

Cabe aclarar que la presente investigación no busca ninguna clase de beneficio económico, solo académico para los investigadores, para la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. y para todo aquel que desee profundizar en aspectos como la funcionalidad del adulto mayor en hogares geriátricos estudiados en Bogotá, Cajica y Tenjo y su relación con la redes de apoyo y caracterizaciones individuales de identificación, familiares, ocupacionales, socioeconómicos, personales y de salud.

Dicha información suministrada por usted será confidencial y no se divulgará ante ningún medio de comunicación.

Agradecemos su participación.

Nombre completo:

Firma:

cc:

---

## ENCUESTA

**CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON LA VALORACIÓN FUNCIONAL  
Y REDES DE APOYO EN HOGARES GERIÁTRICOS CONVENIO UDCA EN EL PERIODO DE ENERO –  
MARZO DEL 2018**

Las siguientes preguntas permitirán identificar variables que pueden estar relacionadas con el grado de funcionalidad de la población a estudio.

**Seleccione su respuesta con una X**

**1. ¿Cuál es su edad?**

- A. 55 -60 AÑOS
- B. 60-64 AÑOS
- C. 65-74 AÑOS
- D. 75 – 84 AÑOS
- E. 85 – 94 AÑOS
- F. 95 – 104 AÑOS
- G. 105 y más AÑOS

**2. ¿Cuál es su sexo?**

- A. Masculino
- B. Femenino

**3. ¿Cuál es su nivel de estudios?**

- A. Primaria
- B. Bachillerato
- C. Profesional

- D. posgrado
- E. Educación superior incompleta
- F. Primaria incompleta
- G. Bachillerato incompleta
- H. Ninguna

**4. ¿Cuál es su estado civil?**

- A. Casado
- B. Unión libre
- C. Soltero
- D. Separado
- E. Viudo

**5. ¿Padece usted alguna enfermedad?**

- A. SI. \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- B. NO \_\_\_\_\_

**6. ¿Cuántos hijos tiene usted?**

- A. Ninguno
- B. Uno o dos hijos
- C. Tres o mas

**7. ¿Está usted pensionado?**

- A. SI
- B. NO

**8. Si a la pregunta anterior respondió si ¿Cuánto tiempo lleva usted pensionado? Si su respuesta fue no, pase a la pregunta número 9**

- A. Menos de 5 años
- B. De 6 a 10 años

C. Más de 10 años

**9. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece usted?**

A. Estrato 1

B. Estrato 2

C. Estrato 3

D. Estrato 4

E. Estrato 5

F. Estrato 6

**10. ¿Qué tiempo lleva institucionalizado en el geriátrico?**

A. menos de 1 años

B. más de 1 año

**11. ¿Cuántas visitas recibe usted por sus familiares, estando el hogar geriátrico?**

A. Ninguna

B. De 1 a 4 visitas por año

C. De 5 a 8 visitas por año

D. De 12 a más visitas por año

**12. ¿Cuántas visitas recibe usted por personas que no se han familiares, estando en el hogar geriátrico?**

A. Ninguna

B. De 1 a 4 visitas por año

C. De 5 a 8 visitas por año

D. De 12 a más visitas por año

**13. ¿Cuántas veces al año es llevado por sus familiares o conocidos fuera del geriátrico para realizar actividades recreativas?**

- A. Ninguno
- B. 1 vez
- C. Varias veces

**14. ¿Consume regalos alimentarios o de tipo lúdico dentro o fuera del geriátrico, entregado por su familiar o conocido?**

- A. SI
- B. NO

**15. ¿Recibe llamadas por parte de su familia? ¿Cuántas por mes?**

- A. ninguna
- B. de 1 a 5 por año
- C. 6 o más por año

**16. ¿Quién cubre los gastos de su estadía en el hogar?**

- A. ninguno
- B. familiar
- C. conocido
- D. otros

Si ha escogido otros, identifique quien: \_\_\_\_\_

**17. ¿pagan oportunamente la estadía?**

- A. SI

B. NO

**18. ¿asiste a citas médicas?**

A. SI

B. NO

**19. Si a la pregunta anterior respondió si ¿Cuándo tiene cita médica, quien lo acompaña?, si su respuesta fue no, pase a la pregunta numero 20**

A. familiar

B. conocido

C. cuidador

**20. ¿De qué temas habla con su familiar o conocido?**

A. política

B. problemas familiares

C. salud

D. literatura

E. farándula

F. temas familiares sin incluir problemas

G. religión

H. económico

I. ninguna de las anteriores

J. otros temas

Si ha escogido otros temas, identifique que tipo de tema: \_\_\_\_\_

**21. ¿Cuántas veces realiza ejercicio en la semana?**

- A. Ninguna vez
- B. Una vez por semana
- C. Dos veces por semana
- D. Tres veces por semana
- E. Cuatro o más veces por semana
- F. No sabe, no responde

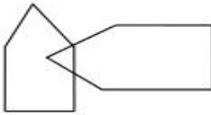
**22. ¿Qué tipo de ejercicio realiza?**

- A. Ninguno
- B. Ejercicios aeróbicos
- C. Ejercicios de flexibilidad
- D. Ejercicios de fuerza y resistencia

Agradecemos su colaboración y atención

## Instrumento aplicado:

### MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....	Edad.....
Ocupación.....	Escolaridad.....
Examinado por.....	Fecha.....
<b>ORIENTACIÓN</b>	
• Dígame el día..... fecha ..... Mes..... Estación..... Año.....	___5
• Dígame el hospital (o lugar).....	
planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....	___5
<b>FIJACIÓN</b>	
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)	___3
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?	___5
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás	___3
<b>MEMORIA</b>	
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?	___3
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>	
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj	___2
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros	___1
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde ?	___2
• ¿Que son un perro y un gato ?	___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa	___1
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS	___1
• Escriba una frase	___1
• Copie este dibujo___1	
	
<b>Puntuación máxima 35. Punto de corte Adulto no geriátricos 24 Adulto geriátrico 20</b>	

## FUENTES BIBLIOGRAFICAS

- 1, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
2. <https://eacnur.org/blog/los-problemas-los-se-enfrentan-las-mujeres-indias/>
3. <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/china-y-la-india-lidian-con-las-consecuencias-de-tener-demasiados-hombres-nid2127799>
4. <https://www.mederi.com.co/sites/default/files/files/1Envejecimiento%20en%20Colombia%20y%20en%20el%20mundo%20Laura%20Pabon%20Alvarado.pdf>
- 5 <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Adulto-mayor-vida-y-dignidad.aspx>
6. <https://definiciona.com/envejecimiento/>
7. Camargo-Hernández, Katherine del Consuelo, & Laguado-Jaimes, Elveny. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 19(2), 163-170. <https://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>
8. ALVARADO GARCIA, Alejandra María y SALAZAR MAYA, Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [online]. 2014, vol.25, n.2 [citado 2019-04-27], pp.57-62. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1134-928X. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
9. **ARRIOLA MANCHOLA, E. Y LÓPEZ TRIGO, J. A.** Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor (Arriola Manchola & López Trigo, 2017) Arriola Manchola, E., & López Trigo, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
10. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/deterioro>
11. [http://cmap.upb.edu.co/rid=1204129145046\\_1169029526\\_15492/cgn01.pdf](http://cmap.upb.edu.co/rid=1204129145046_1169029526_15492/cgn01.pdf)

12. Custodio, Nilton, Herrera, Eder, Lira, David, Montesinos, Rosa, Linares, Julio, & Bendejú, Liliana. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Recuperado en 28 de abril de 2019, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025)

5832012000400009&lng=es&tlng=es.

**13. Instrumentos de valoración en el deterioro cognitivo leve.** Instrumentos de valoración en el deterioro cognitivo leve M.D. Claver-Martín Mesa 2. *Psicometría en la tercera edad*. 10 ... ADL) [23], la entrevista para el deterioro en las actividades de la vida diaria en la demencia ... de los instrumentos de valoración Las pruebas neuropsicológicas no diagnostican [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0000/0000\\_09\\_16.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0000/0000_09_16.pdf)

**14.** Camargo-Hernández, Katherine del Consuelo, & Laguado-Jaimes, Elveny. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 19(2), 163-170. <https://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>

15. Camacho Llanos Laura Katherine & Higuera Quiroz José. CARACTERIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON LA VALORACIÓN FUNCIONAL Y REDES DE APOYO EN HOGARES GERIÁTRICOS EN EL PERIODO DEL 2018.

16. cerón oscar mauricio; cortés sandra patricia; garzón moreno wendy; sierra amaya luisa; **parra segura cristian camilo**. FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE DETERIORO COGNITIVO EN LOS HOGARES GERONTOLÓGICOS DE LA LOCALIDAD DE BARRIOS UNIDOS POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE MINIMENTAL TEST EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN EL PERIODO 2017-1.

**17. Evaluación y seguimiento del estado cognitivo y afectivo de una muestra de personas mayores institucionalizadas 7 1. Introducción En el momento actual, estamos asistiendo a un progresivo envejecimiento poblacional, debido a la caída de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida.** [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11669/BaloGarcia\\_Aranzazu\\_TD\\_2013.pdf?...](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11669/BaloGarcia_Aranzazu_TD_2013.pdf?...)

18. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/escala-mini-lobo.html>.

19. Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia Rasch analysis of the Mini Mental State Examination (MMSE) in older adults in Antioquia, Colombia Diego Fernando Rojas-Gualdrón1,2 ORCID - Alejandra Segura C.2 SCHOLAR - Doris Cardona A. SCHOLAR- [www.scielo.org.co/pdf/cesp/v10n2/2011-3080-cesp-10-02-00017.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v10n2/2011-3080-cesp-10-02-00017.pdf)

20. <https://www.teocupa.com/instrumentos-de-valoracion-parte-ii-valoracion-del-estado-cognitivo>

21. <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp18.pdf>





