



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Departamento de Enfermería

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada” POLISAL

Seminario de graduación para optar al título de Licenciatura en Enfermería en
Cuidados Críticos

Tema: Adulto mayor

Tema delimitado: Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya.

Integrantes:

- Br. Ninoska de los Ángeles Osorio Blanco
- Br. Raquel Abigail Sandino Escobar

Tutor:

MSc. William Barquero

Managua, Nicaragua

Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya.

Dedicatoria

A Dios por concederme la paciencia y perseverancia para culminar esta etapa en mi formación académica; por su misericordia al darme lo necesario para seguir adelante día a día.

A mi madre, Dominga Blanco Urbina por su amor y apoyo incondicional en cada palabra de aliento y preocupación a lo largo de este proyecto.

Por último, pero no menos importante a la docente Msc. Elizabeth Hernández por su interés y esmero al impartir sus clases y fomentar en nosotras el deseo de mejorar la atención al adulto mayor.

Ninoska de los Ángeles Osorio Blanco

Le dedico este trabajo a Dios Padre, por todas las bendiciones brindadas y las oportunidades que me ha regalado, por el regalo de la vida.

A mi mamá Verónica del Carmen Escobar Selva y mi papá Miguel Ángel Sandino Gutiérrez, por todo el apoyo incondicional que me han dado y el esfuerzo hecho para que pudiera cumplir mis metas.

A aquellos docentes que estuvieron y ya no están en este mi proceso universitario porque sin ellos no habríamos comprendido que se necesita disciplina para continuar, pero también para saber cuándo detenernos.

Raquel Abigail Sandino Escobar

Agradecimientos

Nos gustaría presentar nuestros agradecimientos a muchas personas a lo largo de nuestras vidas, pero ahora agradecemos con especial énfasis.

A los adultos mayores que fueron parte de este estudio y a sus familias que nos dieron la oportunidad de ingresar en sus hogares y nos mostraron parte de su vida sin ocultarnos sus dificultades con el fin de completar nuestra valoración.

A las 3 docentes que nos cedieron parte de su tiempo en más de una ocasión, Msc. Elizabeth Hernández, Msc. Carla Mejía y Lic. Nubia Narváez quienes no solo aportaron con la lectura crítica y retroalimentación al examinar nuestro trabajo, sino que orientaron nuestro camino hacia el pensamiento crítico y nos ayudaron a clarificar nuestro enfoque en la búsqueda de lo que realmente deseamos comunicar.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua, por haber sido el alma mater que nos brindó las herramientas necesarias para poder adquirir conocimientos científicos, técnicos y prácticos para crecer como profesional de la salud bajo valores éticos y morales en la atención a quienes los necesitan.

A nuestros padres, por brindarnos la oportunidad de formación con su enorme sacrificio, por el apoyo brindado a lo largo de nuestra vida, por creer en nosotros y darnos palabras de aliento durante este proceso.

A todas las personas que han aportado consejos, conocimientos y experiencia a lo largo de este proceso.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud “Luis Felipe Moncada”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DOCENTE

En calidad de tutor de la investigación que lleva por título “Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya” y cuyas autoras son: Ninoska de los Ángeles Osorio Blanco y Raquel Abigail Sandino Escobar, quienes han cumplido con la entrega periódica de los adelantos de trabajo de acuerdo al *Reglamento de régimen académico estudiantil, modalidades de graduación* (2017). Ya se han integrado las recomendaciones del jurado calificador.

Se extiende la presente, que les acredita para la entrega del documento empastado, según orientaciones del Departamento de Enfermería.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 04 días del mes de marzo del 2021.

MSc. William Genderson Barquero Morales
Departamento de Enfermería
POLISAL, UNAN - Managua

Resumen

En Nicaragua la demencia y las características clínicas que, de esta, se desglosan en conjunto al deterioro neurocognitivo que conllevan, se atañe simplemente a un final inevitable para los adultos mayores, ignorándose los grados de severidad y el avance en el deterioro de las funciones superiores. En el barrio Germán Pomares Ordoñez en Masaya, los ancianos presentan características clínicas asociada a demencias, dicha clínica ocasiona problemas que en el manejo de la condición del adulto mayor cuando son ignoradas por el familiar agravando la condición de salud del adulto mayor, favoreciendo un aumento en la velocidad del deterioro neurocognitivo. Objetivo evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia. Estudio de tipo cuantitativo, de corte transversal descriptivo. Con una muestra de 20 adultos mayores. Haciendo uso de la aplicación de instrumentos: Índice de Barthel, test de reloj, el Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL, la guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial y la lista de chequeo de las características clínicas de demencia creada específicamente para esta investigación. Como tal, se puede identificar un deterioro neurocognitivo que va de leve a moderado y grave en el 75% de los sujetos que interfiere en las actividades básicas de la vida diaria en un 70% en los rangos de dependencia moderada, severa y total. Se recomienda: aplicar en los adultos mayores sospechosos de demencias los instrumentos planteados en este estudio para la determinación del estado neurocognitivo del adulto mayor y su afectación en la calidad de vida.

Palabras claves: Deterioro neurocognitivo, Adulto mayor, Demencia, Funciones ejecutivas, Estado funcional, Características clínicas.

Índice de contenido

1. Introducción	1
1.1. Antecedentes	2
1.2. Planteamiento del problema.....	5
1.2.1. Caracterización del problema	5
1.2.2. Delimitación del problema	6
1.2.3. Formulación del problema.....	7
2. Justificación.....	8
3. Objetivos de investigación	9
3.1. Objetivo general.....	9
3.2. Objetivos específicos	9
4. Desarrollo del subtema.....	10
4.1. Diseño metodológico	10
4.1.1. Enfoque de la investigación.....	10
4.1.2. Tipo de estudio	10
4.1.3. Área de estudio	11
4.1.4. Universo, muestra y muestreo	12
4.1.5. Criterios de inclusión y exclusión	12
4.1.6. Variables de estudio	13
4.1.7. Técnicas e instrumentos	20
4.1.8. Validación de instrumentos	24
4.1.9. Método de recolección de la información	24
4.1.10. Plan de tabulación.....	25
4.1.11. Consentimiento informado	25
4.1.12. Presentación de la información	26
4.2. Marco teórico	27
4.2.1. Datos sociales y su relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia	27
4.2.2. Funcionamiento global físico actual y su relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia.....	33

4.2.3.	Funciones ejecutivas y su relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia.....	36
4.2.4.	Estado de la memoria, el lenguaje y aprendizaje en relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia.....	45
4.3.	Análisis de resultados	51
4.3.1.	Datos sociales en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya	51
4.3.2.	Funcionamiento global físico actual en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya....	68
4.3.3.	Estado de las funciones ejecutivas en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya....	73
4.3.4.	Estado de la memoria, el lenguaje y el aprendizaje en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya.....	79
5.	Conclusiones	88
6.	Recomendaciones.....	90
7.	Referencias	92
8.	Anexos.....	100
a.	Cronograma de trabajo.....	101
b.	Presupuesto	103
c.	Instrumentos.....	104
d.	Tablas.....	118
g.	Consentimiento informado	128
e.	Carta firmada por el líder comunitario.....	130
f.	Cartas de validación de expertos	131
h.	Fotos tomadas	140

Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> Área comprendida por el barrio Germán Pomares Ordoñez. Fuente: Google Maps.	11
<i>Figura 2</i> Relación entre género y rango de edad. Fuente: Tabla 8.....	51
<i>Figura 3</i> Relación entre género y rango de escolaridad. Fuente: Tabla 9.....	53
<i>Figura 4</i> Estado civil con relación al rango de edad. Fuente: Tabla 10.....	54
<i>Figura 5</i> Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por la enfermedad de Parkinson según género y rango de edad. Fuente: Tabla 11.....	55
<i>Figura 6</i> Características clínicas de la demencia por enfermedad de Parkinson. Fuente: Tabla 12.	56
<i>Figura 7</i> Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia tipo Alzheimer según género y rango de edad. Fuente: Tabla 13.....	57
<i>Figura 8</i> Resultados de las características clínicas de demencia tipo Alzheimer. Fuente: Tabla 14.	58
<i>Figura 9</i> Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia vascular según género y rango de edad. Fuente: Tabla 15.	59
<i>Figura 10</i> Características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy. Fuente: Tabla 16.....	60
<i>Figura 11</i> Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy según género y rango de edad. Fuente: Tabla 17.	61
<i>Figura 12</i> Evaluación de la lista de chequeo de las características clínicas de demencia por enfermedad de Huntington por género y rango de escolaridad. Fuente: Tabla 18.....	62
<i>Figura 13</i> Características clínicas alteradas en la demencia por enfermedad de Huntington. Fuente: Tabla 19.	63
<i>Figura 14</i> Evaluación de las características clínicas de demencia frontotemporal según género y rango de edad. Fuente: Tabla 20.....	64
<i>Figura 15</i> Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por enfermedad de Priones según género y rango de edad. Fuente: Tabla 21.....	65
<i>Figura 16</i> Resultados positivos de la lista de chequeo de las características clínicas de demencias según rango de escolaridad. Fuente: Tabla 22.....	66
<i>Figura 17</i> Resultados de Desplazarse según el Índice de Barthel con relación a las características clínicas de demencia por Parkinson, por cuerpos de Lewy y Vascular. Fuente: Tabla 23.	68
<i>Figura 18</i> Resultados positivos para las características clínicas de demencia vascular. Fuente: Tabla 24.....	69
<i>Figura 19</i> Resultados de control de heces y orina según el Índice de Barthel con relación a las características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy y Vascular. Fuente: Tabla 25.	70

<i>Figura 20 Resultados del Índice de Barthel en adultos mayores positivos en características clínicas de demencia por enfermedad de Parkinson. Fuente: Tabla 26.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 21 Resultados positivos de las funciones ejecutivas según las características clínicas de las demencias en la lista de chequeo. Fuente: Tabla 27.</i>	<i>73</i>
<i>Figura 22 Resultados del test de reloj a orden según rango de edad y escolaridad. Fuente: Tabla 28.</i>	<i>75</i>
<i>Figura 23 Resultados del test de reloj a copia según rango de edad y escolaridad. Fuente: Tabla 29.</i>	<i>76</i>
<i>Figura 24 Resultados de la guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial según rango de edad. Fuente: Tabla 30.....</i>	<i>77</i>
<i>Figura 25 Resultados de las características clínicas de demencia por enfermedad de Priones. Fuente: Tabla 31.</i>	<i>79</i>
<i>Figura 26 Resultados de la evaluación de memoria del examen cognoscitivo mini mental según rango de edad. Fuente: Tabla 32.....</i>	<i>81</i>
<i>Figura 27 Características clínicas alteradas relacionadas al lenguaje en la demencia frontotemporal. Fuente: Tabla 33.....</i>	<i>82</i>
<i>Figura 28 Resultados de construcción de frases y escritura del examen cognoscitivo mini mental según edad y rango de escolaridad. Fuente: Tabla 34.</i>	<i>83</i>
<i>Figura 29 Porcentaje de alteraciones de memoria y lenguaje en base al examen cognoscitivo mini mental según escolaridad. Fuente: Tabla 35.</i>	<i>85</i>
<i>Figura 30 Resultados del examen cognoscitivo mini mental según rango de edad y escolarización. Fuente: Tabla 36.</i>	<i>86</i>

1. Introducción

El deterioro neurocognitivo se presenta como una pérdida de las capacidades mentales y falla de las conexiones neuronales en el adulto mayor por diversas razones. Un problema que se puede iniciar por una patología específica que afecte el sistema nervioso, como consecuencia de una enfermedad no relacionada al cerebro que se fue diseminando o simplemente por la edad, la comúnmente relacionada a la senilidad.

En Nicaragua la demencia y el deterioro neurocognitivo que este conlleva se atañe simplemente a un final inevitable para los adultos mayores, ignorándose los grados de severidad y el avance en el deterioro de las funciones superiores. Las alteraciones en los dominios cognitivos afectan el comportamiento, el entorno social y la calidad de vida del adulto mayor que sin ningún tipo de acometida se aumenta el avance progresivo de la enfermedad y tiene como resultado el aislamiento, la depresión, dependencia y muerte en el adulto mayor que es incapaz de adaptarse a la pérdida de sus capacidades funcionales.

La presente investigación se desarrolla sobre la línea del adulto mayor. Siguiendo el eje I. Desarrollo social acápite K. Adultos/as mayores sección 2. Impulsar un programa dirigido al envejecimiento saludable de la población, visitando a las familias para orientar sobre el cuidado de las personas mayores y capacitando a los miembros de la red comunitaria sobre la importancia de la actividad física, alimentación, prevención de enfermedades y apoyo al cuidador del adulto mayor. Así mismo se sitúa en pro de la meta 3.4 que plantea: para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. Especificada en el objetivo 3 de desarrollo sostenible salud y bienestar.

1.1. Antecedentes

Un primer trabajo corresponde a Machado (2016), quien realizó el estudio “Estado cognitivo de los adultos mayores de 50 años ingresados en los servicios de medicina interna, cirugía y ortopedia”, tesis para optar al título de especialista en Medicina Interna, en Managua, Nicaragua del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez en el cual se enfoca en conocer el estado cognitivo del adulto mayor, con el fin de evaluar a pacientes ingresados para crear consciencia de su realidad e intervenir oportunamente para mejorar la calidad de vida en los pacientes y familiares. Se utilizó la técnica de encuesta apoyado con test, el tipo de muestreo es a conveniencia, la muestra está constituida por setenta pacientes ingresados por diversas patologías no neurológicas, este estudio demostró que el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo identificados en la mayoría de estudios anteriores fue superado por los identificados en el estudio con un 37.5%. Este trabajo se relaciona con la investigación planteada, porque aborda el estado cognitivo de paciente adulto mayor predominante en los dominios de atención y memoria, vitales para la determinación del deterioro neurocognitivo.

Un segundo trabajo pertenece a Altamirano, Flores & Martínez (2017), quienes realizaron “Evaluación del grado de autonomía física y cognitiva en actividades de la vida diaria en los adultos mayores” enfocado en la región del pacifico de Nicaragua en el cual aborda el grado de autonomía física y cognitiva en las actividades avanzadas de la vida diaria con el fin de evaluar la influencia que ejercen las alteraciones visuales sobre la autonomía del anciano, en el que se utilizó la técnica de encuesta apoyado con test siendo evaluaciones estandarizadas internacionalmente, el tipo de estudio es cuantitativo, este está constituido por un muestro en 8 hogares con un total de 259 personas, en el que se demostró que el 52.6% son dependientes al sufrir un mayor deterioro psicomotor, tanto funcional como cognitivo que están presente en los adultos mayores por el proceso degenerativo. Este trabajo es pertinente con la investigación presente, al abordar el grado cognitivo en adulto mayor relacionado con la disminución de las capacidades funcionales debido al deterioro físico relacionado a la edad.

Un tercer trabajo realizado por Barrera (2017) llamado “Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor” enfocado en provincia de Tungurahua, Cantón Pelileo, Ecuador, que tiene como objetivo conocer el nivel de influencia del deterioro cognitivo en la calidad de vida del adulto mayor, el tipo de estudio es cuantitativo, el muestreo está constituido

con 35 adultos mayores de los cuales 29 son mujeres y 6 hombres. En el que se muestra los niveles de deterioro discreto en el 51% en los adultos mayores, el deterioro cognitivo leve se encuentra en un 29%, el deterioro cognitivo moderado se presenta en un 17%, y de manera normal el 3%, principalmente manifestado como un deterioro en la memoria a corto plazo y en orientación espacial. En cual se vincula con esta investigación planteada, porque aborda el estado del deterioro cognitivo de paciente adulto mayor predominante en los dominios de memoria y visoespacial, vitales para la determinación del deterioro neurocognitivo.

Un cuarto estudio de Camargo y Laguado (2017) con el tema “Capacidades cognitivas generales en adultos mayores” en Ixtlahuaca, México Con el objetivo de describir las capacidades cognitivas generales de los adultos mayores en complemento con la entrevista a profundidad, y así tener un conocimiento de las necesidades que manifiestan. Estudio cuantitativo con diseño descriptivo, con un diseño de triangulación concurrente, con una población de 24 y una muestra de 7 adultos mayores. Se utilizó el muestreo no probabilístico de tipo intencional, y se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental). Tras un exhaustivo análisis determino que un 41,7% de los adultos mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo grave y requieren intervenciones de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva. La correspondencia entre estudio y esta investigación radica en la evaluación por grado del deterioro en adultos específicamente en los aspectos de lenguaje y habilidades visoespaciales a tomar en cuenta.

Un quinto trabajo de Chuquipul e Izaguirre (2018) titulado “Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, Villa Los Reyes” en Lima, Perú. Se trata de una investigación de campo en un hogar de ancianos cuyo objetivo es determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor. De tipo cuantitativo y el diseño correlacional de corte transversal, la población fue de 120 y la muestra de 50 adultos mayores, el instrumento utilizado fue la encuesta, Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL y el SF36. El estudio concluyo que no existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, en su mayoría de los adultos mayores tiene deterioro cognitivo moderado y calidad de vida promedio. Este trabajo es pertinente con la investigación actual al abordar los aspectos funcionales y psicomotores.

El sexto estudio realizado por Lastra (2019) abarcando el tema “Estado cognitivo de los adultos mayores” proveniente de centro de salud el tejtar, Ibarra, Ecuador que como objetivo implica

determinar el estado cognitivo de los adultos mayores por medio de la aplicación de un test de valoración cognitiva, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, el muestreo constituye 80 personas adultos mayores en donde se evidenció al 66.3% no tenía deterioro, por otro lado, el 25% tenía déficit leve y el 8.8% tenía un deterioro cognitivo leve. El que se relaciona con el trabajo diseñado debido a que interpreta el estado cognitivo el cual es vital para la determinación del deterioro neurocognitivo.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Caracterización del problema

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), especifica la demencia como un trastorno neurocognitivo mayor que es único entre las categorías de estudio, puesto que son síndromes cuya patología subyacente, puede en principio determinarse por características clínicas específicas que se relacionan a la disfunción o deterioro de los dominios cognitivos: atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades motoras y reconocimiento social. Aspectos que dirigen y afectan todo el contorno ambiental del ser humano y al verse afectados alteran el comportamiento en los ámbitos físico, mental, emocional, familiar y social.

Por lo tanto, la situación del adulto mayor se vuelve una pérdida neurocognitiva que afecta a su vez el control emocional y el comportamiento social para el adulto mayor, siendo sumamente progresiva y un problema que se presenta como una prioridad de salud pública a nivel internacional, Alzheimer's Disease International (2015) estimó:

El número de personas que sufren demencia es de 35.6 millones, se prevé que esta cifra se duplicaría cada 20 años, 65.7 millones en 2030, 115.4 millones en 2050. El número total de nuevos casos de demencia en todo el mundo es de casi 7.7 millones, lo cual implica un nuevo caso cada cuatro segundos. Donde a nivel de país aún son necesarias políticas y planes para la atención de la demencia, legislaciones y temas de ética con este tipo de pacientes diagnosticados y no diagnosticados.

Dada la inmensa carga de la demencia sobre las personas que ostentan las características de esta condición y sus cuidadores, los desafíos que enfrentan son considerables. En la última década, se ha observado un creciente reconocimiento de la escala del problema y de la necesidad de tomar medidas que incluyan: la necesidad de un enfoque coordinado multisectorial; la necesidad de proveer servicios sociales y de salud accesibles, económicos y de buena calidad, que a la vez cumplan con los requerimientos y expectativas de las personas con características clínicas de demencia y sus familiares.

1.2.2. Delimitación del problema

Nicaragua está en el margen para aprovechar el llamado bono demográfico, el informe Estado de la Región estipula el 2035 como el último año para sacar provecho de la población de edad productiva. Lo que anterior significa que para el 2035 las personas de 60 años habrán duplicado entrando en la fase avanzada del envejecimiento poblacional. Una situación más que real donde los adultos mayores han pasado de ser de un 7.8% en el 2015 a un 20% finalizando la década y, sin embargo, el aumento esta población no tiene una respuesta optimista en cuanto al mantenimiento de la salud, bienestar social de los adultos mayores y apoyo a los cuidadores que conviven con esta condición en el núcleo familiar.

El abordaje brindado a los adultos mayores y estas patologías relacionadas al deterioro neurocognitivo, por la falta de centros de atención especializados en el país, servicios sociales y programas de salud, que únicamente se centran en enfermedades crónicas, pero no mentalmente degenerativas ha ocasionado que en el barrio Germán Pomares Ordoñez de la ciudad de Masaya (20 adultos mayores en el rango de 60 a 92 años) en ambos géneros, presenten características clínicas asociadas a demencias como lo son alteraciones en el habla, la respuesta a órdenes, la memoria y la realización de acciones simples, problemas que en su manejo son ignoradas y tratadas como usual y cotidiano en la familia agravando la condición de salud del adulto mayor, favoreciendo un aumento en la velocidad del deterioro neurocognitivo y repercutiendo en la calidad de vida.

1.2.3. Formulación del problema

¿Cuál es el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya?

Sistematización del problema

¿Cuáles son las características sociales en el adulto mayor con características clínicas de demencia?

¿Cuál es el funcionamiento global físico actual en el adulto mayor con características clínicas de demencia?

¿Cuál es el estado de las funciones ejecutivas en el adulto mayor con características clínicas de demencia?

¿Cuál es el estado del lenguaje, aprendizaje y memoria en el adulto mayor con características clínicas de demencia?

2. Justificación

El deterioro neurocognitivo se muestra con variadas afectaciones neurológicas y la principal causa se especifica con el diagnóstico de la enfermedad Alzheimer y como consecuencia las alteraciones en la memoria, habla y estado emocional, las de que reciben la mayor atención como origen de la dependencia en los adultos mayores (Barrera, 2017; Benavides-Caro, 2017; Calderón y Rodríguez, 2014; Gomáriz, 2016).

Los factores que se asocian al deterioro cognoscitivo y funcional han sido estudiados con considerado esmero, sin embargo, las razones por las que los problemas avanzan diferente en cada persona son temas que se pueden debatir tanto como las particularidades de cada caso (Maldonado, 2017; Salazar, 2018; Tumbaco y León, 2017). Así cada evaluación se centraliza en lo que estima necesario según el problema situacional de lo que le rodea. Mientras unos exponen la condición motriz, autonomía física y funciones ejecutivas como factor determinante de la calidad de vida (Borrelli, 2018; Echavarría, 2017).

Otros estudios realizan valoraciones del deterioro neurocognitivo de una forma más completa abarcando más dominios cognitivos, pero en adultos mayores institucionalizados y con un porcentaje más alto de atención proporcionado por el personal cuidador y plantean recomendaciones únicamente a adultos en ese tipo de situación (Camargo y Laguado, 2017; Espinoza A., Espinoza M., y Hernández, 2017; Martínez y Chuquipul, 2018).

Por lo tanto, con la presente investigación se pretende contribuir, con evidencias en el contexto nicaragüense de la realidad, sobre el adulto mayor con características de demencia para comprender cómo evoluciona el grado de deterioro neurocognitivo en el ámbito comunitario y puntualizar la repercusión del proceso degenerativo en la calidad de vida del adulto mayor. A su vez, los resultados del estudio servirán a profesionales de la salud a nivel primario en su quehacer para el mejoramiento de la atención comunitaria a los adultos.

Por otro lado, con la investigación se desarrollarán instrumentos para la identificación del estado de la ejecución dual y relación visoespacial, características clínicas de demencias y recolección de los datos sociales del adulto mayor en la familia nicaragüense. Permitiendo brindar así, recomendaciones adecuadas al grado de deterioro neurocognitivo presentado por los adultos mayores a los cuidadores sobre el manejo y cuidado del adulto mayor para la mejora de su condición de vida entre la medida de sus capacidades.

3. Objetivos de investigación

3.1. Objetivo general

Evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.

3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar los datos sociales en el adulto mayor con características clínicas de demencia.
2. Determinar el funcionamiento global físico actual en el adulto mayor con características clínicas de demencia.
3. Identificar el estado de las funciones ejecutivas en el adulto mayor con características clínicas de demencia.
4. Categorizar el estado de la memoria, el lenguaje y aprendizaje en el adulto mayor con características clínicas de demencia.

4. Desarrollo del subtema

4.1. Diseño metodológico

El paradigma asociado es positivo, específicamente un enfoque cuantitativo, siguiendo la ruta: no experimental, de corte transversal y de carácter descriptivo.

4.1.1. Enfoque de la investigación

El trabajo de investigación es de **enfoque cuantitativo** por tener como objetivo Evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia que habitan en el barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, donde los resultados son requeridos en datos numéricos. Hernández & Mendoza (2018) describe el enfoque cuantitativo como “la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Pág. 4). Por consiguiente, facilitar el proceso de la investigación ofreciendo resultados concretos, en el estado de disminución de las capacidades neurocognitivas de todos los dominios del deterioro.

4.1.2. Tipo de estudio

Esta investigación es **no experimental** debido que implica la observación y la medición para luego analizarlos y de esta manera proporcionar soluciones al problema este enfoque no genera ninguna situación así mismo no está orientado a un estudio donde se espera la respuesta del sujeto a un estímulo (Hernández & Mendoza, 2018). En la presente investigación los datos se recolectarán sobre el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia que habitan en el barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, sin realizar ningún tipo de modificación sobre ellos de forma intencional.

El estudio es **descriptivo** porque se valoró el grado del deterioro neurocognitivo en el adulto mayor en el cual se recolectará información para poder identificar, clasificar y plasmar el estado de salud neurológico y funcional del adulto. “El estudio descriptivo busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice”

(Hernandez & Mendoza, 2018, pág. 96). La descripción involucra la observación del objeto de estudio y relacionar la información que es observada y esta pueda usarse.

Es de **corte transversal** al analizar datos de variables recopiladas en un tiempo único sobre una población cuyo propósito es describir datos y analizar su incidencia (Hernández & Mendoza, 2018). En el que el procedimiento que se realizará se pretende recolectar mediante el uso del test, escalas y guías de valoración reconocidas mundialmente con la cual se podrá discernir el grado de afectación presentado en el adulto mayor a nivel neurocognitivo.

4.1.3. Área de estudio

El trabajo investigativo se desarrolló en el segundo semestre del 2020 en la zona urbana de la ciudad de Masaya, en el municipio de Masaya, el que fue fundado el 24 de marzo de 1819, constituyendo con 9 municipios, consta con una población de 139 582 habitantes de dicha localidad. Su posición geográfica es la siguiente: Latitud Norte 86° y 10' y Longitud Este 12° y 00'. Está limitado al Norte y al Oeste por el Departamento de Managua; al Este con Granada y al Sur con Carazo. Específicamente en el barrio German Pomares Ordoñez ubicado en la cabecera departamental, teniendo como límites: al este con el mercado municipal Ernesto Fernández, al oeste la carretera panamericana, al sur barrio camilo ortega, al norte Héroes y Mártires primera etapa.

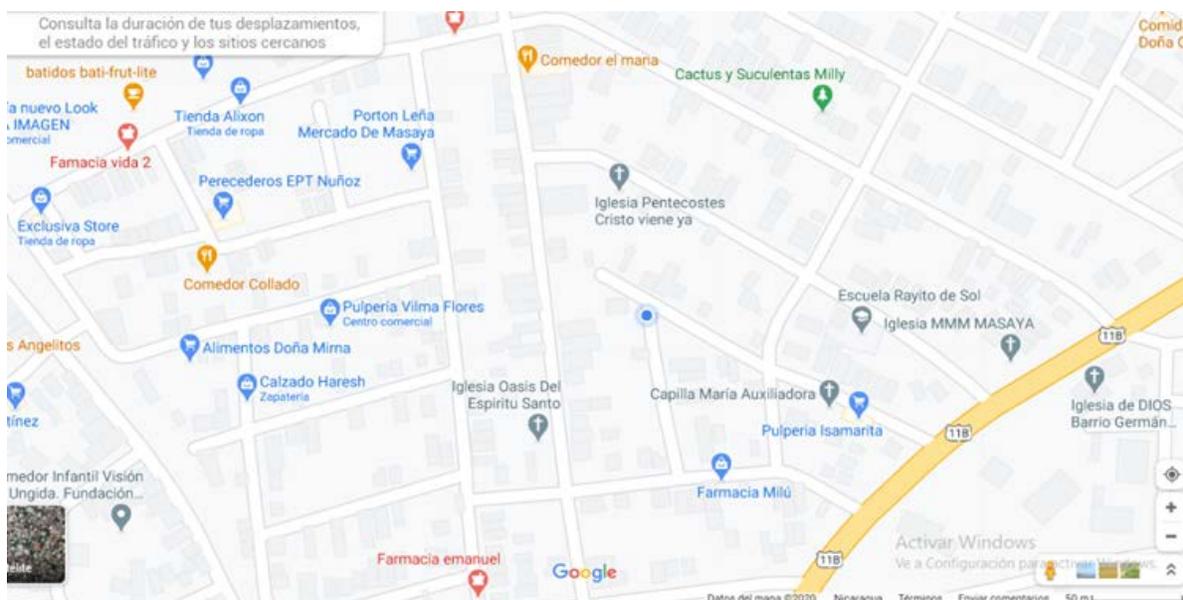


Figura 1 Área comprendida por el barrio Germán Pomares Ordoñez. Fuente: Google Maps.

4.1.4. Universo, muestra y muestreo

4.1.4.1. Determinación del universo

El universo está constituido por 45 adultos mayores, divididos en 27 mujeres y 18 varones, que se alojan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya. Al ser nuestro universo de 45 adultos mayores sin un diagnóstico médico de alguna enfermedad que ocasiona demencia, se realizó un proceso de selección, mediante una lista de chequeo de características clínicas de las demencias, que consto de 7 puntos de chequeo, con ítems que definían signos y síntomas de las enfermedades relacionadas a las demencias a estudiar, la que permitió una muestra de 20 participantes dividido en 11 mujeres y 9 varones, cumpliendo así con las especificaciones que requiere el tema de investigación, utilizando un muestreo no probabilístico debido a que es una muestra pequeña.

4.1.5. Criterios de inclusión y exclusión

4.1.5.1. Criterios de inclusión

Adultos mayores que cumplan con las siguientes características:

- Edad superior a 60 años.
- De ambos sexos.
- Habitantes en el barrio German Pomares Ordoñez, Masaya
- Que cumplan las especificaciones de la lista de chequeo sobre características clínicas de demencia.
- Que deseen participar en dicha investigación

4.1.5.2. Criterios de exclusión

Adultos mayores que cumplan con las siguientes características:

- Menores de 60 años.
- Que no desee colaborar
- Estado de salud sea un impedimento para participar.

4.1.6. Variables de estudio

4.1.6.1. Matriz de obtención de información

Tabla 1 Matriz de obtención de la información

Objetivos específicos	Fuente	Técnica	Instrumento a crear
Caracterizar los datos sociales en el adulto mayor con características clínicas de demencia del barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.	Adulto mayor	Encuesta Observación de campo	Cuestionario sobre datos sociales Lista de chequeo de características clínicas de demencias
Determinar el funcionamiento global actual en el adulto mayor con características clínicas de demencia del barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.	Adulto mayor	Encuesta	1. Índice de Barthel
Identificar el estado de las funciones ejecutivas en el adulto mayor con características clínicas de demencia del barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.	Adulto mayor	Encuesta	1. Test de reloj
		Observación de campo	2. Guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial
Categorizar el estado del lenguaje, aprendizaje y memoria en el adulto mayor con características clínicas de demencia del barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.	Adulto mayor	Encuesta	1. Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL

4.1.6.2. Operacionalización de variables

Tabla 2 Operacionalización de variables

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Instrumento
Características sociales	Sociales	Edad	Tercera edad (60-74 años)	Cuestionario sobre datos sociales
			Cuarta edad (75-89 años)	
			Longevos (90-99 años)	
			Centenarios > 100 años	
		Genero	Hombre	
			Mujer	
		Escolaridad	Analfabeta	
			Educación preescolar	
			Educación primaria	
			Educación secundaria	
			Educación superior	
		Situación familiar y social	¿Habita con algún familiar?	
			¿Cuántos habitan en el hogar?	
			¿Recibe ayuda económica de parte algún familiar?	
			¿Cuántos hijos tiene?	
			¿Cómo es la relación con sus familiares?	
			¿Cómo es la relación con sus vecinos?	
			¿Cuáles son sus relaciones sociales?	
		Estado civil	Soltera (o)	
			Casada (o)	
Divorciada (o)				
Viuda (o)				
Salud	Demencia tipo alzheimer	Lista de chequeo de características clínicas de demencia		
	Demencia vascular			
	Demencia por enfermedad de priones			
	Demencia por cuerpos de Lewy			
	Demencia frontotemporal			

			Demencia por enfermedad de Huntington	
			Demencia por enfermedad de Parkinson	
Funcionamiento global físico actual	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Comer	0: Incapaz 5: Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10: Independiente (la comida está al alcance de la mano)	Índice de Barthel
		Trasladarse entre la silla y la cama	0: Incapaz, no se mantiene sentado 5: Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10: Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15: Independiente	
		Aseo personal	0: Necesita ayuda con el aseo personal. 5: Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	
		Uso del retrete	0: Dependiente 5: Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. 10: Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	
		Bañarse/ Ducharse	0: Dependiente. 5: Independiente para bañarse o ducharse.	
		Desplazarse	0: Inmóvil 5: Independiente en silla de ruedas en 50 m. 10: Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). 15: Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	
	Subir y bajar escaleras	0: Incapaz 5: Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 10: Independiente para subir y bajar.	Índice de Barthel	

		Vestirse y desvestirse	0: Dependiente 5: Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 10: Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	
		Control de heces	0: Incontinente (o necesita que le suministren enema) 5: Accidente excepcional (uno/semana) 10: Continente	
		Control de orina	0: Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 5: Accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10: Continente, durante al menos 7 días	
Funciones Ejecutivas	Planeación y secuenciación	Velocidad del procesamiento de la información	Levanta la mano derecha y el pie izquierdo al mismo tiempo Levanta la mano izquierda y el derecho al mismo tiempo Toca la cabeza con la derecha y mueve la mano izquierda rotativa	Guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial
		Capacidad para resistir interferencia	Toca la cabeza con la mano izquierda y mueve la mano derecha	
	Toma de decisiones	Ejecución simple	Toca la cabeza con la mano derecha y mueve el pie izquierdo	
	Ejecución dual	Ejecución continua	Toca la cabeza con la mano izquierda y mueve el pie derecho	
		Identificación de direcciones	Mirar hacia arriba levantando la mano derecha y el pie izquierdo Mirar hacia abajo levantando la mano izquierda y el pie derecho Mirar hacia arriba movimiento mano derecha y levantando pie izquierdo Mirar hacia abajo movimiento mano izquierda y levantando pie derecho	

			<p>Identifica objetos según posición, Izquierda</p> <p>Identifica objetos según posición Derecha</p> <p>Identifica objetos según posición Arriba</p> <p>Identifica objetos según posición Abajo</p>	
	Flexibilidad y rigidez cognitiva	La esfera del reloj	<p>2 dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.</p> <p>1 incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.</p> <p>0 ausencia o dibujo totalmente distorsionado.</p>	
	Relación visoespacial	Presencia o secuencia de los números	<p>4 todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (p.ej. colocar el número 8 en el espacio del número 9).</p> <p>3,5 cuando los "pequeños errores" en la colocación espacial se dan en 4 o más números pequeños.</p> <p>3 todos presentes con error significativo en la localización espacial (p.ej. colocar el número 3 en el espacio del número 6).</p> <p>Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).</p> <p>2 omisión o adicción de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.</p> <p>Números con algún desorden de secuencia (4 o más números).</p> <p>Los 12 números colocados en sentido anti horario (rotación inversa).</p> <p>Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.).</p>	Test de reloj

			<p>Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).</p> <p>1 ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.</p> <p>Alineación numérica con falta o exceso de números.</p> <p>Rotación inversa con falta o exceso de números.</p> <p>0 ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).</p>	
	<p>Función visoespacia</p> <p>1</p>	<p>Presencia y localización de las manecillas</p>	<p>4 Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).</p> <p>3,5 las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño.</p> <p>3 pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).</p> <p>Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.</p> <p>2 gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial).</p> <p>Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.</p> <p>1 cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una o hora incorrecta.</p>	

			<p>Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.</p> <p>O ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".</p>	
Estado del lenguaje, aprendizaje y memoria	Análisis de conversación	Orientación	<ul style="list-style-type: none"> • Dígame el día /fecha/Mes/Estación/Año... • Dígame el hospital (o lugar) /planta/ciudad/Provincia/Nación 	Examen cognoscitivo MINI-MENTAL
	Discurso narrativo	Fijación	• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)	
		Concentración y calculo	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	
	Aprendizaje y memoria	Memoria	¿Recuerda las tres palabras de antes?	
Lenguaje y construcción		<p>Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Copie este dibujo 		

4.1.7. Técnicas e instrumentos

4.1.7.1. Técnicas

Las técnicas son procedimientos metodológicos y sistemáticos que se sirven para operar e implementar los métodos de investigación y que facilitan la recolección de información de forma inmediata (González, s.f). Las técnicas de investigación se presentan como procesos para la creación de los instrumentos que se utilizan al iniciar el estudio de un problema específico. Las técnicas utilizadas fueron:

a) Encuesta

La encuesta se interpreta como investigación elaborada sobre una muestra de sujetos, utilizando procedimientos de interrogación. Casas, Repullo, & Campos (2015) definen “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (pág.143). De manera que permite obtener información relevante que permitirá tomar ciertas decisiones en función del objetivo de la investigación.

b) Observación directa

Una guía de observación es una lista de puntos importantes que son observados para realizar una evaluación.

Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conductas manifiestas. Se recolecta información sobre la conducta, así como sobre el contenido de comunicaciones verbales y no verbales entre sujetos, la observación cuantitativa suele ser no participativa, donde no se produce interacción entre el observador y los sujetos de estudio. (Pineda & Hernández, 2011).

Por lo tanto, es un documento que permite encausar la acción de observar ciertos fenómenos y por lo tanto dar salida al objetivo de dicha investigación de una manera directa.

4.1.7.2. Instrumentos de investigación

Instrumento 1: Índice de Barthel

Creado por Barthel (1955) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original. Loewe y Andersen se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del índice de Barthel en su versión original, comprobaron la fiabilidad mediante pruebas, de concordancia inter e intra observador. El índice consta de 10 ítems valorados de 0 a 10 para un total de 100 puntos, 90 en el caso de pacientes que usan sillas de ruedas que miden habilidad de comer, trasladarse entre silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina.

Versión en español

La traducción y validación llegó al español por Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J en el año 1993 publicado la revista española de geriatría y gerontología y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos con accidente vascular cerebral y posteriormente en otros niveles asistenciales.

Tabla 3 Evaluación del Índice de Barthel. Fuente: Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J

Puntuación	Interpretación
0 – 20	Dependencia total
21–60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia escasa
100	Independencia

Instrumento 2: Guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial

Es un instrumento sencillo que permite identificar las capacidades del adulto mayor con respecto a la realización de actividades simultáneas que incluyan la relación visoespacial con los conceptos: izquierda, derecha, arriba y abajo. Consta de 14 actividades a evaluar donde

se miden acciones que involucren el movimiento de uno o ambas extremidades con variaciones de ordenas según las direcciones.

Tabla 4 Guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial evaluación. Fuente: Ninoska Osorio & Raquel Sandino

Puntuación	Interpretación
28-27	Funcional y orientado
26-20	Leve disminución dual visoespacial
19-10	Moderada disfunción dual visoespacial
9-0	Grave disminución dual visoespacial

Instrumento 3: Test de reloj

Creado por Battersby (1956) se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10). Tiene 2 formas: test de reloj a la orden (TRO) y test de reloj a la copia (TRC), se determinó la confiabilidad inter e intra observador

En TRO la mayor eficacia es el 6. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la orden” es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6. Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad de Alzheimer, especialmente las puntuaciones próximas al 8 y al 9.

En la condición de TRC, el punto de mayor eficacia es de 8. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la copia” es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8. La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO y TRC) puede indicar un probable deterioro cognitivo.

Versión al español

Adaptado al español por Cacho J, García R, Arcaya J, Gay AL, Vicente JL, Lantada N. en 1999 publicado en la Revista Neurología bajo el título “Aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer”.

Instrumento 4: Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL

Creado por Folstein (1975) el MINI-MENTAL es un test que tiene alta dependencia del lenguaje y consta de varios ítems relacionados con la atención. Se puede efectuar en 5-10 minutos según el entrenamiento de la persona que lo efectúa. Consta de 5 secciones: orientación, fijación, concentración y calculo, memoria y lenguaje y construcción. La fiabilidad del examen cognoscitivo Mini-Mental se llevó a cabo en muestras de pacientes psiquiátricos y neurológicos.

Versión en español

Traducido y adaptado por Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, Morales Asín F, Fernando Pascual L, Montañés JA, Aznar S. Revalidación y estandarización del cognition mini-exam (first Spanish versión of the Mini-Mental Status Examinatio) en población geriátrica en 1995.

Tabla 5 Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL evaluación. Fuente: Folstein

Puntuación	Interpretación
30-27	No existe deterioro cognitivo
26-25	Existen dudas o pudiera existir un posible deterioro cognitivo.
24-10	Existe un deterioro cognitivo de leve a moderado.
9-6	Existe un deterioro cognitivo de moderado a severo
5-0	Deterioro cognitivo severo.

4.1.8. Validación de instrumentos

Se validaron únicamente los instrumentos que se crearon para la investigación como lo son el cuestionario de datos sociales, guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial y lista de chequeo de características clínicas de demencias, mediante la utilización de la prueba de expertos donde fue entregada una copia de cada instrumento a los expertos, los cuales son especialistas en la materia, dando su colaboración anotaran directamente en una ficha de experto posteriormente presente en este documento las revisiones, tomando en cuenta: ortografía y redacción, claridad, coherencia de la pregunta, concordancia, pertinencia, tema, objetivos, diseño metodológico, para ver la coherencia metodológica, cada uno de los jueces dieron sus observaciones en redacción y utilización de lenguaje más sencillo.

El primer experto que validará el instrumento es la licenciada E. Á. H. C, docente del departamento de enfermería, Polisal-Managua, Licenciada en Enfermería en Paciente Crítico, especialista en envejecimiento y sociedad con una maestría en Enfermería con mención en docencia.

El segundo experto que validará el instrumento es la licenciada C. P. M. V, docente del departamento de Enfermería, Polisal- Managua, Licenciada en Ciencia de Enfermería, master en Enfermería con énfasis en gerencia de los servicios de salud.

El tercer experto que validará el instrumento es la Licenciada N. I. N. A, docente horario del departamento de Enfermería Polisal- Managua y trabajadora del hospital SERMESA Bolonia, Licenciada en Enfermería Materno Infantil y Licenciada en Psicología.

4.1.9. Método de recolección de la información

Se realizó una búsqueda casa por casa en el barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, el día 2 y 3 de septiembre con el fin de identificar las familias que albergan adultos mayores con más de 60 años encontrándose un total de 45 adultos mayores, a los que se les aplico la lista de chequeo de las características clínicas de las demencias, de los cuales 20 fueron captados con respecto a la respuesta de los ítems especificados.

La aplicación de instrumentos se realizó a cabo desde el 14 al 18 de septiembre 2020, donde se realizó visitas en los hogares previamente identificados. Previo a la recolección se dio a conocer el consentimiento informado a todos los participantes en dicha investigación en el cual se detalla el objetivo principal de la investigación y el aporte que esta daría, se ejecutaron los test, cuestionarios y guías de observación, por los dos investigadores en diferentes horarios con una duración de 1 semana con el fin de obtener información veraz y completar el cien por ciento de los participantes. Se solicitó la aprobación de cada sujeto para llevar a cabo el trabajo de investigación, los cuales facilitaron la información que se necesitaba. En cuanto al desarrollo y conducción de las encuestas se procuró crear un clima donde los participantes se sientan tranquilos y en confianza.

4.1.10. Plan de tabulación

Para el cumplimiento de los objetivos se realizó el análisis estadístico de cada una de las variables de estudio, dependiendo la naturaleza de las variables usando el programa Microsoft Excel debido a que el estudio es cuantitativo se realizara el análisis utilizando las estadísticas de tendencia central y dispersión (mínimo, media, máximo, desviación estándar, varianza, cuartiles y percentiles) y se presentaran con gráficos de histograma o barra.

4.1.11. Consentimiento informado

El consentimiento informado es obligatorio siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debe ser directo, breve y de lenguaje simple, debe estar al nivel educativo de la población al que está dirigido.

En el estudio el consentimiento está dirigido exclusivamente al participante de dicha investigación, donde se le informa y explica acerca del trabajo investigativo que se desea realizar con el apoyo de su participación, se explicara que es únicamente para fines de estudios científicos y se guardara la identidad personal de cada uno, también se dan a conocer los beneficios que se podrían obtener a través de dicha investigación y en el cual se mantendrá el respeto y la confiabilidad.

4.1.12. Presentación de la información

El documento se realizó en un programa de texto Microsoft Word en el que se usó la letra Times New Roman 12, interlineado 1.5 y alineación del texto justificado, con normativas APA para todo el documento; el programa Microsoft Excel, en el que se realizó el análisis utilizando las estadísticas de tendencia central y dispersión (mínimo, media, máximo, desviación estándar, varianza, cuartiles y percentiles) y se presentaron con gráficos de barra, el cual se entregó dos en físico y uno en línea. A fines de presentación se hizo uso de una presentación de Microsoft Power Point diseñando esquemas en diapositivas.

4.2. Marco teórico

4.2.1. Datos sociales y su relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia

Definir qué es un adulto mayor puede parecer sencillo debido a los estereotipos generacionales establecidos en la sociedad en el que cualquiera con arrugas y cabello cano es un anciano. Sin embargo, la definición categórica de: viejo, tercera edad, mayor y envejecimiento no pueden ser aplicadas mundialmente sin ningún parámetro a medir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al adulto mayor a “toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: tercera edad (60 – 74 años), cuarta 38 edad (75-89 años), longevos (90 – 99 años) y centenarios (más de 100 años)”. (Organización mundial de la salud, 2017). Cuya relación se especifica en la etiología de la demencia y el proceso del desgaste neuronal que avanza con el paso de los años.

Para poder referirse a datos sociales se debe dejar en claro primero que la demencia puede afectar a todos los adultos mayores en algún momento del envejecimiento, como un proceso degenerativo imparable. Esto demostrado en diversos estudios citados por Cancino & Rehbein (2016), Luna & Vargas, (2018) y Tumbaco & León (2017) quienes a su vez para medir factores de riesgo asociados al deterioro neurocognitivo han abarcado en sus evaluaciones la edad, educación y salud como aspectos sociales que interfieren en la pérdida de las capacidades cognitivas en los pacientes con características clínicas de demencia.

La edad como un dato crucial para el desarrollo de algún tipo de demencia que conlleve a un deterioro neurocognitivo es especificada por Alzheimer’s Association, (2016) “todos los seres humanos estamos en riesgo de padecer demencia, sin embargo, las probabilidades de padecerla son diferentes de unos a otros, considerando solo la edad como el principal determinante que inicia la pérdida de las funciones superiores” (p.20).

Por su parte al señalar la educación o el nivel de escolaridad único de primaria se relaciona significativamente al deterioro neurocognitivo, como una consecuencia funesta del nivel socioeconómico bajo donde la persona no tuvo la oportunidad de ampliar sus horizontes académicos por razones de fuerza mayor impidiendo la educación secundaria y/o superior, donde los adultos mayores tienen un mejor desarrollo cerebral conectado a un aumento

considerable de lo que es llamado “circulación cerebral” (Tumbaco & León, 2017). Identificado porque siempre los adultos mayores alfabetizados y con un historial educativo elevado ejecutan mejor las pruebas y esto maquilla y atrasa el diagnóstico tanto de la demencia como del deterioro neurocognitivo en sus etapas tempranas.

En Nicaragua el sistema educativo se encuentra dividido en educación preescolar, educación primaria, educación secundaria y educación superior (Ministerio de Educación, Cultura y Deportes de Nicaragua, 2001). Así mismo sobre lo encontrado en el nivel educativo (en personas adultas mayores con ≤ 10 años de estudio) se ha expuesto presentan doble riesgo para demencia en relación con aquellos que tenían más nivel educativo. Benavides (2017) por un análisis multivariado manifiesta que a mayor edad y baja escolaridad más se asocian con el deterioro neurocognitivo, porque se crea una reserva cognitiva que permite retribuir mejor los cambios que suceden en el cerebro de los pacientes con características clínicas de demencias.

Otro aspecto fundamental es la salud que se presenta como una característica social que incurre a la demencia y por ende al deterioro, exhibiendo que entre más patologías asociadas tenga el adulto mayor el nivel de gravedad se verá elevado equitativamente, por la simple y sencilla razón que la base de las demencias se originan en 13 posibles clasificaciones de las cuales 11 se producen por una afección relacionada a enfermedades o lesiones que afectan la salud general del adulto mayor y no solo interfieren a nivel neurológico (American Psychiatric Association, 2014). Por lo tanto, la salud abarcada desde el punto de vista situacional del adulto mayor sirve para definir cómo un grupo de estudio que comparte afecciones se ve perjudicado a distintos niveles según las respuestas físicas, psicológicas y emocionales que se involucran en el progreso de la demencia.

A menudo en el adulto mayor se logran identificar las llamadas señales de la pérdida de las funciones cognitivas, situación por la que se reconoce el deterioro neurocognitivo. Un problema que se puede iniciar por una patología específica que afecte el sistema nervioso, como consecuencia de una enfermedad no relacionada al cerebro que se fue diseminando o simplemente por la edad, esto sucede “cuando neuronas cerebrales que estaban sanas dejan de funcionar, pierden las conexiones con otras células cerebrales y como consecuencia mueren, con el envejecimiento se va reduciendo el número de neuronas” (Vega, Ganado,

Hernando, & Garay, 2018, Párr. 2). Al reducirse el número de neuronas sucede una disminución de la sinapsis, interrumpiendo procesos importantes en la comunicación de impulsos nerviosos e información.

El problema actual se presenta desde la visión de la Organización mundial de la salud (2017) la que advierte:

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. De los cuales en el 12% actual aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental (Párr. 4).

Del cual la demencia es sub derivada teniendo en cuenta que la cognición social es una de las características para generar un vínculo, para la discriminación de deterioro cognitivo en el DSM-5 este es un factor importante (American Psychiatric Association, 2014) porque al no poder reconocer el daño neurocognitivo y actuar, el deterioro se vuelve mayor.

La demencia no es una enfermedad específica es un término general. “El termino demencia describe una amplia gama de características clínicas asociados con el deterioro de la memoria y otras habilidades del pensamiento, que llegan a reducir la capacidad de una persona de realizar sus actividades diarias” (Vega et al. 2018, Párr. 2). A su vez se pueden presentar cambios en la personalidad, humor y comportamiento como consecuencia de una degeneración neuronal que afecta a diversas áreas del cerebro. Por lo tanto, toda demencia tiene deterioro neurocognitivo, pero no todo deterioro puede ser una demencia.

A menudo se suele referir a la demencia como el estado senil, un estado relacionado meramente a la edad, no obstante, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 la demencia ahora conocida como trastornos neurocognitivos tiene diversas razones.

Estos se pueden clasificar en 13 subtipos: a) debido a la enfermedad de Alzheimer, b) vascular, c) con cuerpos de Lewy, d) debido a la enfermedad de Parkinson, e) frontotemporal, f) debido a lesión cerebral traumática, g) debido a infección por VIH, h) inducido por sustancias/medicamentos, i) debido a la enfermedad de Huntington, j) debido a enfermedad por priones, k) debido a otra afección médica, l) debido a múltiples etiologías y m) no especificado. Teniendo en cuenta el predominio de la lesión cerebral, se puede identificar que

hay cuatro tipos básicos de demencia, a) cortical, b) subcortical, c) global y d) focal. (American Psychiatric Association, 2014, p.640)

De tal manera que el deterioro neurocognitivo tiene sus etiologías en múltiples situaciones, por consiguiente, las funciones afectadas se presentan con variaciones según su procedencia.

Los subtipos de demencia a abordar en esta investigación se limitan a las relacionadas a las enfermedades o un problema cognitivo interno y sin alguna interferencia externa como lo son: enfermedad de Alzheimer, Vascular, enfermedad por Cuerpos de Lewy, Parkinson, Frontotemporal, Huntington, y enfermedad por Priones.

Las características clínicas según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 la clasifica según tipo de demencia para cumplir en el criterio del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer son: evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

En el tipo de demencia que se produce a nivel frontotemporal mayor o leve hay una variante del comportamiento a como lo es desinhibición del comportamiento, apatía o inercia, pérdida de simpatía o empatía, comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista y de igual manera hay una variante del lenguaje que se ve reflejado debido a un declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.

El trastorno neurocognitivo que se desarrolla en la demencia mayor o leve con Cuerpos de Lewy presenta las siguientes características: Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y el estado de alerta, alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas, características espontáneas de Parkinsonismo, con inicio posterior a la evolución del declive cognitivo.

En el caso de la demencia Vascular mayor o leve se evidencia debido a que los declives son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva. Los criterios del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral son los siguientes: pérdida de consciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión, signos neurológicos.

Para la demencia relacionada a la enfermedad por Priones los individuos presentan déficits neurocognitivos, ataxia y movimientos anormales como mioclonías, corea o distonía; también es común el reflejo de sobresalto. Los síntomas prodrómicos de la enfermedad por priones incluyen fatiga, ansiedad, problemas de apetito o de sueño y dificultades para concentrarse. Tras varias semanas, estos síntomas pueden seguirse de descoordinación, alteraciones de la visión y anomalías de la marcha u otros movimientos que pueden ser mioclónicos, coreo atetoides o balísticos, junto con una demencia rápidamente progresiva.

La demencia producida por Parkinson tiene síntomas como la apatía, el ánimo deprimido, la ansiedad, las alucinaciones, los delirios, los cambios en la personalidad, el trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos y la somnolencia diurna excesiva. La demencia debe aparecer en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida y los déficits deben haberse desarrollado gradualmente. La demencia se considera *probablemente* debido a la enfermedad de Parkinson cuando no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo y cuando la enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del problema.

Las características clínicas que aparecen en relación a la enfermedad de Huntington se establecen como lo que se puede identificar como el progreso avanzado de un deterioro neurocognitivo si es comparado con las otras enfermedades previamente acometidas por los cambios tempranos en la función ejecutiva (es decir, velocidad de procesamiento, organización y planificación) en lugar de en el aprendizaje y la memoria. Los cambios cognitivos y comportamentales asociados suelen preceder la aparición de las típicas anomalías motoras, la bradicinesia (es decir, la ralentización del movimiento voluntario), la corea (es decir, movimientos involuntarios bruscos), la depresión, la irritabilidad, la ansiedad, los síntomas obsesivo-compulsivos y la apatía se asocian con frecuencia a la enfermedad de Huntington, mientras que la psicosis lo hace de forma más rara, y a menudo estos síntomas preceden al inicio de los síntomas motores.

Por último, en lo referente a datos sociales, está la participación de las relaciones sociales tiende a disminuir en esta etapa. López (2017) refiere: “Hay experiencias que se asocian con la edad que hacen más difícil la sociabilización pérdida de un cónyuge, de un amigo, la jubilación, la salida de los hijos de la casa, o enfermedad, hacen que los científicos se planteen

que los adultos mayores son vulnerables a la pérdida de apoyo social, y en cambio declinan en tamaño las redes sociales conforme las personas se van haciendo mayores” (pág.65) La integración social no se produce solamente en las redes sociales informales formadas por amigos y familiares sino por la participación social o el compromiso social e importante para la sociabilización.

4.2.2. Funcionamiento global físico actual y su relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia

La función motora del sistema nervioso en las personas está sometida a dos clases de actividades, la estabilidad y el movimiento. Cevallos (2019) documenta que: “El movimiento a su vez depende de factores cinéticos, mecánicos y neuronales para garantizar su eficacia y armonizar funciones motoras, contiene una secuencia de aspectos estáticos y dinámicos que están presentes desde el nacimiento” (Pág. 17) Por consiguiente la realización de un movimiento dependerá de una orden cerebral, la transmisión de información, la coordinación y la realización del impulso nervioso para su ejecución en las áreas motoras finas y gruesas.

Así mismo, Fonseca (1988) estableció las bases de características psicomotoras, en donde asegura que en este proceso en el cual la función psicomotora que ha sido evolucionada desde recién nacidos hasta la adultez sufre una degeneración o desorganización vertical descendente, desde la praxia fina y habilidades perceptivo-motrices al equilibrio y la tonicidad. Los adultos mayores con características clínicas de demencia se ven afectados en el reconocimiento del propio cuerpo, problemas de orientación y equilibrio.

Si se atiende solamente a la motricidad, ésta concierne a la ejecución del movimiento y está ligada a mecanismos localizables en el cerebro y en el sistema nervioso. Sin embargo, la palabra «psicomotricidad» comprende a la persona en su globalidad, y no únicamente en su dimensión orgánica, implica aspectos motores y psíquicos, entendiendo estos últimos en sus vertientes cognitiva y emocional (Cevallos, 2019, Pág.27). Es decir, la psicomotricidad busca la relación entre la actividad cognitiva con la corporal, y mediante su aplicación completar estas funciones de la persona.

Por consiguiente se encuentra dividida en psicomotricidad gruesa y fina. Salazar & Calero (2018) plantea que “la psicomotricidad gruesa posee el control que se tiene sobre el propio cuerpo, principalmente los movimientos globales y amplios dirigidos a todo el cuerpo” (pág. 14). Es decir, que radica en el control de los movimientos de las extremidades y músculos más extensos para facilitar el desplazamiento.

Por otra parte, la psicomotricidad fina proporciona actividades que requieren precisión y superior nivel de coordinación. Se manifiesta en el control y la coordinación de los músculos

pequeños, como los dedos de las manos en movimientos ejecutados por una o varias partes del cuerpo (Salazar & Calero 2018). Que con el paso del tiempo estas se van deteriorando creando dificultad en hacer actividades cotidianas.

La pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en un adulto mayor se describe acertadamente a la incapacidad, total o parcial, de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria Borrelli (2018) refiere: “Cuando los adultos mayores, producto del envejecimiento y de patologías, comienzan a perder una o ambas funcionalidades, los gastos en salud y en aparatos y elementos que facilitan la realización de estas actividades básicas e instrumentales, comienzan a incrementarse” (Pág. 72). Obligándole a utilizar bastones, sillas de ruedas y otros implementos; la pérdida de funcionalidad cognitiva las lleva a ser dependientes de otras personas para así lograr comunicarse con el entorno.

El funcionamiento global en el adulto mayor se mide mediante la evaluación de las actividades de la vida diaria, una unificación de las actividades que un adulto debería poder cumplir para determinar que no tiene alteración psicomotriz y/o neurológica que impida el seguimiento de órdenes del cerebro en acciones que normalmente se consideran simples. Según Barrera (2017) la persona con características clínicas de demencia no sólo refleja una turbulencia de sus facultades neuropsicológicas y cognitivas, sino que también ve alteradas sus capacidades funcionales en relación a las actividades de la vida diaria. Las cuales al iniciar el deterioro dañan lo cotidiano y la adaptación ante cualquier enfermedad.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son tareas que una persona realiza diariamente para prepararse y desarrollarse en su entorno, por lo que implica el desarrollo funcional completo de la persona y así surgen como el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas. Las AVD se pueden dividir en básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) (Calderón & Rodríguez, 2015, p. 45).

Actividades que por sus especificaciones abarcan desde acciones como comer hasta el uso de teléfono y que suelen ser medidas escalas estandarizadas que le dan un puntaje a cada acción a realizar.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las ABVD se caracterizan por ser universales, ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, están dirigidas a uno mismo y suponen un mínimo esfuerzo en su ejecución temprana con el fin de lograr la independencia personal (Machado, 2016). Estas actividades constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son la base de la supervivencia siendo así un prerrequisito para las actividades instrumentales.

Las ABVD son medidas con el índice de Barthel “una evaluación del nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas ABVD, por lo que permite una valoración escalonada de los grados de discapacidad” (Calderón & Rodríguez, 2015, p.47). Dicho índice evalúa aspectos como comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar aseo personal, ir al baño, control de esfínteres, desplazarse y subir y bajar escaleras. Con una máxima puntuación de 100 que sirve para identificar el grado de dependencia según la funcionalidad global del adulto mayor.

En el paciente con características clínicas de demencia la realización de las ABVD significa un esfuerzo mayor que no se atañe simplemente a la enfermedad si no a la pérdida de respuestas tanto neurológicas como motoras, las que combinadas al deterioro de áreas selectivas en el cerebro limitan la capacidad de dar y recibir órdenes a diversas partes del cuerpo.

La primera a menudo pasa desapercibida al ser paulatina. Los síntomas más comunes van desde olvidar pequeñas cosas, perder la noción del tiempo hasta estar desubicado con lugares conocidos. La segunda etapa o intermedia suele hacer que los signos y síntomas se muestren más evidentes y limitantes porque se empiezan a olvidar hechos recientes, los nombres de personas y se llega a desconocer el propio hogar dificultando la comunicación y se crea un requerimiento de ayuda con el aseo y cuidado personal. Al llegar a la tercera etapa o etapa tardía la dependencia y la inactividad pasan a ser casi totales, es cuando la memoria se encuentra totalmente deteriorada en todos los aspectos y el adulto se puede volver agresivo.

4.2.3. Funciones ejecutivas y su relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia

En el adulto mayor con características clínicas de demencia se ven comprometidas diversas funciones superiores; las referidas como “ejecutivas” son el sustento del origen conductual y de acción. “El término funcionamiento ejecutivo o funciones ejecutivas hace referencia a una constelación de funciones cognitivas de alto orden que organizan la conducta humana permitiendo la resolución de situaciones novedosas, imprevistas o cambiantes relacionadas a los lóbulos frontales” (Aguilar, Arrabal, & Herrera, 2015, p.7). Para lograr la resolución de problemas complejos se requieren una serie de capacidades que conforman el funcionamiento ejecutivo, en el que se desarrollen la autocrítica, proyectos, conductas activas y autónomas que dependen de procesos cognitivos superiores, evolutivamente desarrollados y genuinamente humanos, interviniendo activamente las que denominamos funciones ejecutivas. Echavarría (2017) sostiene:

Los lóbulos frontales participan en dos funciones ejecutivas estrechamente relacionadas, pero diferentes:

1. Solución de problemas, planeación, formación de conceptos, desarrollo e implementación de estrategias, memoria de trabajo, etc.
2. Coordinación de la cognición y emoción/motivación. Las primeras funciones dependen de áreas prefrontales dorsolaterales, mientras que las segundas están asociadas con el área orbitofrontal y medial frontal (p.64).

Las funciones ejecutivas incluyen las capacidades para formular metas, planificar procesos y estrategias, ejecutar planes, monitorear y autocorregir acciones y reconocer resultados. Para los que se necesitan los procesos de: planificación y secuenciación, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, inhibición, ejecución dual función visoespacial y atención cognitiva.

Los procesos antes mencionados presentan alteraciones en el paciente con características clínicas de demencia, el cuadro de mayor gravedad es el síndrome disejecutivo y se muestra como un conjunto de anormalidades cognitivo-conductuales cuyas principales características son:

- ❖ La alteración en la atención sostenida o distractibilidad de la que se desarrolla la apatía, observándose una falta de iniciativa y/o de interés para involucrarse en una actividad que puede afectar la ejecución tanto de actividades básicas como instrumentadas.
- ❖ Dificultades de automonitoreo por la inflexibilidad conceptual en la que son evidentes las conductas estereotipadas que no estaban presentes antes.
- ❖ Una disminución de la capacidad para llevar a cabo series de acciones consecutivas para la resolución de problemas o la ejecución de tareas complejas, analizado como pensamiento desorganizado y ejemplificado cuando el adulto mayor sabe lo que tiene que hacer, pero no lo realiza en el orden correcto.
- ❖ Afectación severa de planeación (dificultades para elaborar, organizar y ejecutar un plan de acción determinado para alcanzar las metas previstas) claro en un comportamiento errático y desorganizado, el adulto mayor lucha para establecer nuevos repertorios conductuales sumado a la incapacidad para utilizar estrategias operativas.
- ❖ Dificultades para inhibir interferencias o estímulos irrelevantes observado por distractibilidad, fragmentación de acciones, tendencia a utilizar los objetos que están a su alcance, sin haber recibido instrucciones para su uso, sin un fin y una intención específica.

De esta forma se puede establecer que las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo llegan a ser altamente incapacitantes por la segmentación de las facultades para planificar, mantener, verificar y corregir la conducta (Aguilar , Gutierrez, & Samudio, 2018). Sin embargo, las características de cada una de ellas se ven con respecto al área afectada.

Planeación y secuenciación

La planificación es una habilidad vital que es parte de las funciones ejecutivas. La planificación se puede interpretar como la facultad para pensar a futuro, de prever mentalmente el camino correcto para llevar a cabo una tarea o lograr una meta en especial, así mismo para poder planificar debe coexistir la secuencia, un requisito para que el plan tenga sentido y esté conectado a un fin y no sea solo una idea suelta sin continuidad. La capacidad de planificar y tener secuencia son procesos mentales que no permiten escoger las

maniobras necesarias para llegar a una meta, decidir sobre el orden apropiado, asignar a cada objetivo las demandas cognitivas necesarias para constituir el plan adecuado (CogniFit, S.Fa). Para planificar y secuenciar una tarea de forma efectiva, es indispensable tener información necesaria, así como ser capaz de montar mentalmente un análisis apropiado de todos los datos.

Cualquier tarea que requiera planificación, secuenciación, organización, memorización, administración del tiempo y una flexibilidad de pensamiento se convierte en un gran desafío para los adultos mayores con características clínicas de demencia porque presentan déficits en su capacidad de planificación. Se utiliza el término síndrome disejecutivo previamente mencionado, para referirse a las dificultades que presentan algunos pacientes para realizar estrategias operativas, concentrarse en una determinada tarea y finalizarla con éxito.

Flexibilidad y rigidez cognitiva

La Flexibilidad Cognitiva como la define Beato A., Galindo M., Gemeno M., Jiménez A., Prados M., & López R. (2018) “es capacidad que tiene nuestro cerebro para adaptar nuestra conducta y pensamiento a situaciones novedosas, cambiantes o inesperadas” (p. 3). En otras palabras, la flexibilidad cognitiva es la facultad de enterarse de lo que sucede y no funciona o deja de funcionar.

Esta función ejecutiva tiene relación en el aprendizaje y capacidad de resolución de problemas al permitir seleccionar el camino a seguir para el proceso de adaptación conforme una situación va sucediendo, captando la información del ambiente y reaccionando flexiblemente, cambiando la conducta conforme a las necesidades presentadas.

Por lo tanto, una buena flexibilidad cognitiva permite que se faciliten ciertas acciones como por ejemplo ayudar a tolerar los cambios en la resolución de problemas, buscar nuevas opciones, cambiar de una actividad a otra, adoptar varias dimensiones de una misma realidad, observar diversas perspectivas y así encontrar múltiples soluciones a un mismo problema, tolerar errores y cambios de planes para lograr acuerdos de forma más sencilla (Espinola, 2015). Convirtiéndose así en una de las habilidades cognitivas básicas superiores cruciales sobrellevar los embates de la vida.

Por consiguiente, la rigidez cognitiva es la consecuencia de la falta de flexibilidad mental, la cual puede definirse como la incapacidad de cambiar de conducta cuando se vuelven ineficaces para alcanzar metas, un problema que llega a conducir a anormalidades en la regulación de la conducta por la aparición de patrones de comportamiento ineficientes y obstinados (CogniFit, S.Fb). Situaciones que en el adulto mayor con características clínicas de demencia se transforman de forma agresiva al sumarse con la pérdida de memoria y la falta de respuesta del cerebro para adaptarse.

Toma de decisiones

La toma de decisiones forma parte de las funciones ejecutivas de los dominios cognitivos en el que se ven afectados los adultos mayores con características clínicas de demencia. La American Psychiatric Association (2014) en el DSM5 lo especifica como “la realización de tareas que valoran el proceso de decisión ante alternativas diversas” (P. 643). En las que el paciente expresa un cansancio y una sensación de desesperación ante la petición de elegir entre dos o más opciones, donde la fatiga mental toma un serio espacio al exigir al cerebro la retención de información para realizar una comparación de ventaja y beneficio o preferencia. Por su parte la toma de decisiones puede ser evaluada a diferentes niveles en base a la complejidad que el cerebro del adulto mayor se ha visto afectado por el deterioro neurocognitivo y en correspondencia a la presencia de las otras funciones ejecutivas.

Inhibición cognitiva

La inhibición como función ejecutiva tiene un lugar esencial la cognición humana y exclusivamente del control neurológico. Ejerce un papel primordial en la representación de un surtido grupo de trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos como el síndrome de déficit atencional (Guillen , 2015). Su labor esta tan estrechamente relacionado porque actúa sobre el control de los recuerdos y pensamientos no deseados.

En adición a su función primaria Cid, Pinilla, Quezada, & Santana (2016) agregan que la inhibición hace más eficiente el procesamiento de la información cuando la persona se enfoca e ignora datos triviales. Permitiendo seleccionar acciones correctas, propensas a cambios de comportamientos flexibles, siendo el control inhibitorio un prerequisite para una adecuada flexibilidad cognitiva.

Como consecuencia un déficit inhibitorio provoca en el adulto mayor con características clínicas de demencia un incremento radical de la distractibilidad, así como un aumento en el número de réplicas inapropiadas e incorrectas en el tiempo necesario para producir respuestas cabales.

Ejecución dual

La ejecución dual es la capacidad de realizar 2 acciones al mismo tiempo sin que una intervenga con la otra en tiempo y calidad de realización, suele ser considerada una operación compleja en dependencia del estándar de las actividades a realizar (Valenza, M., Ariza, M., Ortiz, A., Casilda, J., Romero, R., & Moreno, M., 2018). Sin embargo, en el adulto mayor con características clínicas de demencia el cumplimiento simultáneo de una tarea cognitiva o postural aumentan la dificultad de cumplimiento de las mismas.

La ejecución de tareas duales, es exclusivo de la mayoría de las actividades de la vida diaria. “El modelo de interferencia de la ejecución dual pone de manifiesto que la realización de dos tareas simultáneas tiene como consecuencia una competición entre los recursos atencionales disponibles, dando lugar a una disminución en el rendimiento de ambas tareas” (Valenza, y otros, 2018, pág. 32). Dificultando el acatar instrucciones o realizarlas por una limitación en los mecanismos atencionales y ejecutivos de planificación, inhibición y cambio/coordiación de la corteza cerebral humana en pacientes con un estado neurocognitivo en degradación.

Función visoespacial

La función visoespacial es la capacidad para figurar, examinar y manipular objetos mentalmente. Rosselli (2015) refiere que <<el sistema visual posee dos grandes subsistemas corticales; uno es el responsable de identificar lo que vemos, denominado el sistema del “qué” y otro encargado de ubicar espacialmente lo visto denominado el sistema del “dónde”>> (pág. 7). Estas funciones están presentes prácticamente en la vida diaria, se utiliza desde cuando se extiende la mano para tomar un objeto, calcular distancias y profundidad.

Las funciones visoespaciales según Organización mundial de la salud (2017) “son las funciones mentales implicadas en distinguir por medio de la vista, la posición relativa de los objetos (arriba, abajo, a la derecha o a la izquierda) en relación a uno mismo” (Párr. 3). Por

otra parte, las habilidades visoespaciales marchan mucho más allá que esta simple definición y tienen más importancia e implicación que lo que se puede imaginar dentro de las actividades que realizan en la vida diaria, sirven para calcular distancias y no chocar con objetos, rotar imágenes en la mente o evocar un recuerdo y navegar por él.

Relación visoespacial

Dentro del sistema visoespacial hay tres grandes habilidades que facilitan el análisis del espacio: integración bilateral, lateralidad, direccionalidad.

La integración bilateral da la habilidad para utilizar los dos lados del cuerpo en forma simultánea y por separado de una forma consciente. Cumple la función de dar el fundamento motor para comprender la diferencia entre los lados derecho e izquierdo del cuerpo y requiere de un adecuado control motor y esquema corporal desarrollado (Instituto nacional de tecnologías educativas de formación del profesorado, 2018). Por lo tanto, se realiza actividades individualizadas que involucran dos direcciones diferentes en secuencia cuando el cerebro identifica y ejecuta una orden. En cambio, la lateralidad constituye el dominio funcional de un lado del cuerpo sobre el otro, de modo que se prefiera utilizar la mano, pie, ojo y oído de uno de los lados de nuestro cuerpo.

De cara a la comprensión de los estímulos visuales, esta función permite identificar en la persona y de manera consciente la derecha y la izquierda. En algunos casos, se dará la lateralidad cruzada, que consiste en la preferencia en el uso de mano, pie, ojo u oído y no coincide con el resto (Instituto nacional de tecnologías educativas de formación del profesorado, 2018, párr. 2). En estos casos, se evidencia una mayor dificultad en la adquisición de un esquema corporal adecuado, así como en la comprensión de dimensiones espaciales (abajo- arriba, delante-detrás, derecha-izquierda).

Por otra parte, la direccionalidad es la habilidad para entender direcciones hacia la izquierda o derecha en el espacio exterior, es decir, poder reconocer derecha e izquierda más allá de uno mismo. “Consta de tres habilidades, habilidad para identificar la posición direccional de los objetos en espacio, habilidad para asimilar la posición derecha o izquierda de otra persona, habilidad para aplicar conceptos direccionales en la orientación espacial de los símbolos lingüísticos” (Instituto nacional de tecnologías educativas de formación del

profesorado, 2018, párr. 12). Siendo apto de convertir esa información para ejecutar tareas confusas que permiten al cerebro imaginar cómo puede variar un objeto que sufre algún tipo de cambio para comprender el entorno que rodea en segunda o tercera dimensión.

Para medir agnosias visoespaciales en la relación visoespacial se usa el test del dibujo del reloj “una prueba diagnóstica muy sencilla de aplicar cuya finalidad es evaluar el deterioro cognitivo de los pacientes y poder diagnosticar posibles trastornos neurológicos y psiquiátricos en relación a la percepción visual, memoria y copia” (Sabater, 2019, párr. 2). Una evaluación que es utilizada con frecuencia por su simplicidad e identificación clara del problema neurológico.

Atención cognitiva

La atención es el proceso que permite administrar los recursos mentales sobre unos cuantos aspectos del medio, o en otro caso sobre la ejecución de establecidas acciones que se valoren con prioridad sobre las posibilidades. En otras palabras, la atención es la capacidad de generar, dirigir y mantener un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información (Cid, Pinilla, Quezada, & Santana, 2016). Dicho de otra forma, la atención es un proceso que ocurre a nivel cognitivo y permite orientar al cerebro hacia estímulos que son relevantes, ignorando distractores.

En combinación con estado de alerta la atención hace posible mantener un nivel de vigilancia que está condicionado por el medio ambiente y factores externos, con características que explican su desarrollo. Bitbrain (2018) especifica la amplitud, intensidad, oscilamiento, foco atencional y control como los rasgos distintivos de la atención para que actúe entonces como la cognición que permite guiar los recursos, actuando a manera de filtro para enfocar la parte relevante de la información.

Las alteraciones que aparecen en la atención del adulto mayor están íntimamente conectadas con la motivación que despierte la tarea que se esté emprendiendo. “Con las anormalidades perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad y en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que, en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente” (Benavides, 2017, pág. 109). Algunas condiciones mentales además de las

asociadas a la demencia, como la depresión o psicofármacos podrían también afectar la atención en sus distintas presentaciones.

Atención focalizada

La atención focalizada es referida como la capacidad del cerebro para centrar el foco atencional en un estímulo objetivo, sin relación al tiempo de fijación. “La atención focalizada es un tipo de atención que nos permite detectar rápidamente un estímulo relevante. Para atender tanto a los estímulos externos como a los estímulos internos, vamos a hacer uso de nuestra atención focalizada” (CogniFit, S. Fc, párr. 8). Esta se ve alterada en muchos trastornos, ya sea debido a problemas en la atención focalizada meramente dicha, o a problemas en los procesos atencionales de menor nivel.

Cuando la atención focalizada es deficiente en el adulto mayor se vuelven incapaces de fijar la atención sobre un estímulo relevante y empeora en trastornos, como la esquizofrenia, la enfermedad de Alzheimer y demencias en general.

Atención mantenida

Es el mantenimiento de la atención a lo largo del tiempo basado en la motivación. Con características como la vigilancia con la detección y seguimiento de estímulos pertinentes y la concentración o control mental activado por la memoria activa (American Psychiatric Association, 2014). En la demencia la atención no le permite al adulto mayor retener la información, por ende, la atención comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente.

En la medida en que las características clínicas de demencia se van presentando, avanza el deterioro neurocognitivo y este acaba con la cognición del anciano, volviéndose más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza (Cid, Pinilla, Quezada, & Santana, 2016). La capacidad para seleccionar los estímulos adecuados para la realización de cada tarea, se va alterando progresivamente hasta el ensimismamiento en etapas de deterioro avanzado.

Atención dividida

La atención dividida se delimita como la habilidad del cerebro para dar respuesta a diferentes estímulos simultáneamente y dar respuesta a las múltiples demandas del entorno.

Como Barrera, (2017) articula que la atención dividida es un tipo de atención simultánea que hace posible procesar diversas fuentes de información y ejecutar con éxito más de una tarea a la vez. No obstante, la capacidad para atender y realizar varias tareas en paralelo tiene límites.

Así al dividir la atención, se reduce el rendimiento o la eficiencia de las acciones que se están realizando a la vez y ocurre la interferencia. “Las interferencias se dan porque el cerebro solo puede procesar una cantidad limitada de información” (Bitbrain, 2018, párr. 10). Observándose una dificultad para atender todas las demandas del ambiente.

Teniendo lo anterior en cuenta, la atención dividida se ve alterada en casi todos los trastornos en los que la atención se ve mínimamente afectada. Como conclusión los déficits que se presentan con el deterioro neurocognitivo en la atención y en la percepción, relacionadas con la edad, afectarán la ejecución de las personas mayores en 2 niveles según Bitbrain (2018):

El tiempo requerido para procesar un estímulo y el grado de vigilancia (atención mantenida) que es capaz de mantener una persona cuando tiene que realizar una tarea. En el que la secuencia del deterioro de la percepción de la demencia se inicia en el momento en que el paciente comienza a perder su capacidad para recordar, porque se pierde el material con el que debería comparar lo que percibe (párr. 30).

Esto trae como consecuencia que el anciano comience a tener dificultades para interpretar, comunicarse, pensar, reaccionar, ejecutar tareas y ser funcional. Una situación que en el adulto mayor pasa desapercibida como un simple problema senil que enmascara las características clínicas de demencia y por lo tanto el deterioro neurocognitivo que detrás de estas se desarrolla.

4.2.4. Estado de la memoria, el lenguaje y aprendizaje en relación con el deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia

La memoria es ciertamente una de las capacidades de tipo cognitivo que más notabilidad tienen a la hora de organizar por ende la capacidad de recordar acontecimientos, identidades y experiencias vividas lo que son recapitulaciones que se derivan de diversos tipos de memoria siendo el deterioro de esta capacidad motivo de relevancia (Castillero, 2018). Como lo antes mencionado existen varios subtipos de memoria: La memoria sensorial, la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo.

Entre los subtipos de memoria ya mencionados Puig (2018) explica que la memoria sensorial es donde se encuentra la capacidad de retener datos es en los cinco sentidos, utilizando distintos sentidos para diferenciar el medio, en cambio la memoria a corto plazo es el sistema donde el sujeto manipula la información del momento, es decir a partir de la interacción aquí y ahora con el ambiente, la memoria a largo plazo es considerada una gran base de datos donde se almacena los recuerdos, conocimiento acerca del mundo imágenes, conceptos, estrategias y comportamientos. Siendo este útil para el diagnóstico de los signos y síntomas del deterioro neurocognitivo.

Existen varias condiciones que llevan a la alteración de forma momentánea y transitoria de la función cerebral y, por lo tanto, del estado mental. Este se considera un estado de pérdida de memoria sinónimo de Amnesia, Castillero (2019) define la amnesia como:

La incapacidad de recordar vivencias pasadas en el caso de la amnesia retrógrada o como la incapacidad de codificar y almacenar en la memoria nueva información en el caso de la anterógrada, derivadas de la presencia de una lesión cerebral (como el síndrome amnésico) o bien por causas emocionales o psicológicas (en el caso de la amnesia disociativa) (párr.2).

La amnesia puede ser transitoria o permanente, dependiendo de cada caso, e incluir o influir un periodo de tiempo mayor o menor, en el adulto mayor la pérdida de memoria es el síntoma más claro y fácil de identificar al momento de diagnosticar una demencia.

La memoria en la tercera edad, proceso de gran importancia, que con el paso del tiempo se va debilitando y cae en la pérdida de memoria que es una de las mayores amenazas para el cerebro que envejece.

La memoria cumple un rol relevante en el desempeño intelectual, ya que, al funcionar como un sistema, los procesos cognitivos se interrelacionan constantemente y la labor de uno puede afectar el funcionamiento de otro, por ejemplo, si no se puede percibir de buena manera, difícilmente se prestará atención a algo, lo que dificultará mucho que se recuerde. (Puig, 2018, pág. 9). Siempre se puede mejorar el funcionamiento de la memoria, a cualquier edad e incluso con diagnóstico de alteraciones de memoria subyacentes a una patología. Serrani (2019) Afirma:

Una ventaja que tiene el anciano es la cantidad de conocimiento que posee de una situación determinada en la que se ve involucrado a participar. Si bien tiene una capacidad limitada, especialmente en la memoria de trabajo, requiere una buena distribución de los recursos para evitar su agotamiento en tareas u objetivos diferentes al fin propuesto (Pág. 33).

Seleccionando la información y destacándola de manera evidente, evitando la distracción en tareas automatizadas, pueden dejar de restar recursos al sistema atencional exiguo, también la recuperación de las representaciones ya adquiridas.

Lenguaje

La habilidad para comunicarse mediante el lenguaje es sin duda primordial en la vida humana. Entender y producir mensajes orales o escritos de manera rápida y precisa es de importancia vital para obtener información del ambiente, realizar exitosamente las actividades que conforman la vida diaria y mantener relaciones sociales normales y aunque esta habilidad parezca llevarse a cabo sin esfuerzo alguno, es en realidad el efecto de un complicado conjunto de procesos sensoriales y cognitivos (Benardo & Arancibia, 2010). Para mantener una conversación continua el cerebro debe realizar varios procesos juntos al mismo tiempo y ocupar información, idioma o mensaje para dar lo que se quiere transmitir.

El deterioro del lenguaje de las personas mayores con características clínicas de demencias se forma con una alteración en la función pragmática del lenguaje. Dentro de estas funciones destacan aspectos como la toma de turno conversacional y la máxima del principio de cooperación relativa a la relación o relevancia del tema de conversación. Posteriormente, estas personas se ven en mayor medida afectados en los aspectos semánticos de la lengua que se relacionan con los significados de las palabras (Gonzales, Mendizabal, Jimeno, &

Sanchez, 2018). Las personas mayores son un colectivo susceptible de sufrir algún tipo de patología en cualquiera de las áreas del lenguaje

Los cambios del lenguaje restringen la relación social, haciendo que éste se reduzca a constantes ambigüedades desde la semántica hasta la pragmática, dando paso a una comunicación limitada y ausente de información. En los principales tipos de demencia que ostentan características clínicas relacionadas al lenguaje se encuentra: Enfermedad de Alzheimer (EA), Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Demencia Fronto-Temporal (DFT).

Las personas con características clínicas de demencia de tipo Alzheimer sufren alteraciones lingüísticas y en diversos estudios se han demostrado que los componentes léxico-semántico y pragmático se encuentran mucho más deteriorados

Al inicio de la EA existe anomia (dificultad para encontrar la palabra y nombrar objetos) y parafasias (sustituciones de palabras), la comprensión está bastante preservada. En las etapas intermedias, presenta declinación en la habilidad para comprender mensajes con pensamiento abstracto, existe mayor incoherencia en el lenguaje espontáneo y expresivo, con abundantes parafasias, perseveraciones y circunloquios. Finalmente, en la etapa avanzada, existe pérdida global de la capacidad verbal, la comunicación queda reducida a emisiones (gemidos, gruñidos o balbuceos), la faceta comunicativa desaparece (mutismo) a más existe agrafia, alexia apraxia y agnosia (Maldonado, 2017, pág. 32). Los cambios lingüísticos en la enfermedad de Alzheimer son sobresalientes, personificando un marcador de deterioro cognitivo y permitiendo pronosticar el grado de severidad.

Al hablar de Deterioro cognitivo leve se incluye dos subtipos un amnésico no amnésico, el tipo amnésico se caracterizan por afectaciones en la memoria, por otra parte, en el tipo no amnésico conlleva un riesgo menor pero más amplio ante ciertas demencias. Maldonado (2017) afirma:

En el primer caso se deteriora la denominación y disminuye la fluencia verbal, pero se conserva la sintaxis y el léxico, presenta también menor comprensión verbal, menor cantidad y calidad informativa en la narración y alteración de la memoria verbal. En el segundo subtipo las capacidades cognitivas están intactas como la función ejecutiva, el lenguaje y las habilidades viso- espaciales (pág. 33).

En dependencia del tipo de deño, el adulto mayor se verá afectado en grandes aspectos, siendo un problema social al interactuar con otras personas.

A diferencia la DFT no comienza con trastornos de la memoria sino con trastornos de la conducta y del lenguaje, en la que se destaca tres variantes: una DFT Frontal o conductual, una DFT con afasia Progresiva no Fluente y una DFT con características clínicas de demencia Semántica (DS).

En la DFT frontal, el lenguaje es estereotipado, con ecolalia, perseveración y mutismo tardío. En la afasia progresiva no fluente el habla es lenta y vacilante con errores gramaticales y alteración en la comprensión y en la DS existe pérdida del significado de las palabras y de la comprensión de las órdenes, anomia y parafasias semánticas del lenguaje enfermedad que suele presentarse a partir de los 45 o 65 años y en algunos individuos, los problemas del lenguaje son el único síntoma durante 10 o más años. Otras veces aparecen más síntomas en pocos años (Huang, 2018).

Al presentarse estas complicaciones los adultos mayores, se ven limitados en la comunicación dificultando el diagnóstico temprano y objetivo de la demencia por su etiología.

Análisis de conversación

La reformulación conversacional es una actividad en la cual un hablante reemplaza algo ya dicho para corregir o adecuar el discurso que se está dando. Los motivos por los que se da este fenómeno pueden ser de diversa índole (incluyendo errores de emisión, fallas de comprensión o simplemente para dar un sentido retórico a lo que se está diciendo), pero en primera instancia surgen luego de que el hablante o su interlocutor juzgan que lo dicho es insuficiente para la comprensión mutua (Martínez & Padilla, 2016). Dicho de otro modo, la reformulación tiene como objetivo corregir o reparar la conversación en curso

Las actividades de reformulación han sido reconocidas en las investigaciones sobre la materia como un conjunto de recursos que los hablantes y oyentes utilizan para resolver problemas de mutua comprensión.

En un procedimiento de reformulación, el hablante reconoce un segmento de discurso que puede resultar potencialmente problemático para la comprensión mutua y lo reformula en

función de las posibilidades de comprensión que le adjudica a su interlocutor. Las expresiones que resultan problemáticas pueden serlo porque el hablante las juzga conceptualmente imprecisas, vagas o ambiguas o, incluso, porque al articularlas deficientemente considera que pueden resultar confusas para el oyente (Silva, 2010, pág. 309)

El deterioro que se produce en la habilidad de comunicarse de los adultos mayores puede ser una limitación para el manejo clínico y terapéutico, el mismo deterioro comunicativo nos puede indicar el grado de deterioro neurocognitivo de la persona, la comunicación de la persona con características clínicas de demencia se vuelve gradualmente comprometida según la evolución, la causa y el grado de severidad del problema de salud.

Discurso narrativo

En el contexto descrito, cobra especial importancia saber cuáles son las capacidades lingüístico-comunicativas de los adultos mayores. El relato oral es una de las formas más básicas de interacción comunicativa, una de sus principales funciones consiste en el traspaso de experiencias y conocimientos. En diversas investigaciones se ha encontrado en las personas mayores importantes dificultades para comprender y producir adecuadamente diferentes tipos de discurso: comprensión de textos, conversación espontánea, descripciones, relatos autobiográficos, comprensión y narración de historias (y comprensión de párrafos en prosa) (Saá, 2018, pág. 7). El primer aspecto podría explicarse por las alteraciones de la memoria asociadas a la edad, el segundo y tercero tienen que ver con la organización del discurso.

El procesamiento complejo puede estar alterado por: un problema en el conceptualiza porque afectaría las capacidades de razonamiento, y cuyo resultado más evidente es la producción de un discurso sin coherencia o absurdo que ocurre en la demencia tipo Alzheimer y en la esquizofrenia, o por un déficit en el formulador sintáctico que provocaría diferentes formas de agramatismo, como en algunas afasias. Gonzales, Mendizabal, Jimeno, & Sánchez (2018) refiere “las dificultades observadas en los adultos mayores están derivadas por una alteración en la capacidad atencional o en la memoria operativa, y no en dificultades de razonamiento, que no han sido encontradas en las personas mayores sin alteraciones neurológicas” (pág. 10). Por lo tanto, operar con material complejo, ya sean oraciones, historias o textos, conlleva un proceso de atención, control y organización sobre los diferentes

elementos implicados, que puede verse alterado en los adultos mayores. Al verse afectada la secuencia del lenguaje, de discurso el adulto mayor es incapaz de expresarse coherentemente y la comunicación se vuelve un reto.

Para poder evaluar en el adulto mayor el lenguaje, memoria y aprendizaje se hace uso de test como el Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL basado en Folstein. (Aguilar, Arrabal, & Herrera, 2015). Siendo uno de los test más reconocidos mundialmente en la identificación del deterioro neurocognitivo por incluir en su valoración aspectos como lenguaje, recuerdo diferido, fijación de recuerdo, orientación temporal entre otros aspectos vitales para la identificación del deterioro en los adultos mayores.

4.3. Análisis de resultados

4.3.1. Datos sociales en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya

Ahora, en lo referente a la aparición de características clínicas de demencia primero se debe abordar el punto más importante, la edad, como la principal característica a la que aludir cuando de demencia en el adulto mayor se refiere.

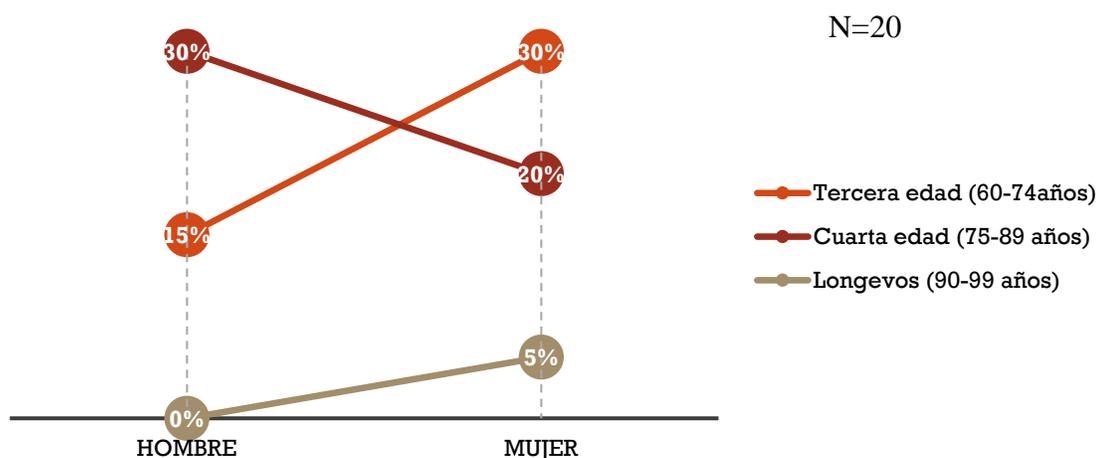


Figura 2 Relación entre género y rango de edad. Fuente: Tabla 8.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al adulto mayor a “toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: tercera edad (60 – 74 años), cuarta edad (75-89 años), longevos (90 – 99 años) y centenarios (más de 100 años)”. (Organización mundial de la salud, 2017). La relación conceptual de estos resultados está intrínsecamente conectada al momento de aparición de los signos y síntomas de la demencia y su avance progresivo con respecto al envejecimiento, de tal forma que, la edad como se convierte en un dato crucial para el desarrollo de algún tipo de demencia que conlleve a un deterioro neurocognitivo, Alzheimer’s Association, (2016) “todos los seres humanos estamos en riesgo de padecer demencia, sin embargo, las probabilidades de padecerla son diferentes de unos a otros, considerando solo la edad como el principal determinante que inicia la pérdida de las funciones superiores” (p.20). Al ser este el caso, los rangos más importantes

para la identificación de las características clínicas de demencia comienzan desde los 60 años, desde donde la demencia se acerca más a una realidad.

En lo que concierne al género, el informe Women and dementia de Alzheimer's Disease International (2014), hasta el año 2014, las mujeres integraban el 62% de personas que superaban los 80 años de vida. Oliver (2018) indica, el que las mujeres padezcan más de demencia está relacionado a los factores de riesgo para las enfermedades que, por hábitos, estilos de vida, las cuales estadísticamente llegan a vivir más que los varones haciéndolas más propensas por el incremento de la esperanza de vida a este tipo de padecimientos.

Como se muestra en la Figura 2 los adultos mayores participantes de este estudio se encuentran en las primeras etapas de la vejez, las edades que más persisten están entre los 75–89 años, con un 50% identificados como personas de la cuarta edad, apenas superando el 45% de los de la tercera edad concernientes al rango de 60–74 años. Con una participación de 11 mujeres y 9 varones representando el 55% y 45% respectivamente.

Si bien, es un dato que representa la diferenciación poblacional de la muestra, también permite apoyar la teoría de que las mujeres logran llegar a vivir más que los hombres, aún cuando su porcentaje en la cuarta edad es más elevado que las mujeres, verificado porque solo se logró encontrar una mujer que cumpliera los requisitos del estudio y destacará los 90 años y ningún hombre entre la población inicial de 45 años, donde el 55% son mujeres y 35% varones, comprobando lo difícil que es encontrar adultos mayores con características clínicas de demencia que lleguen a vivir tanto tiempo.

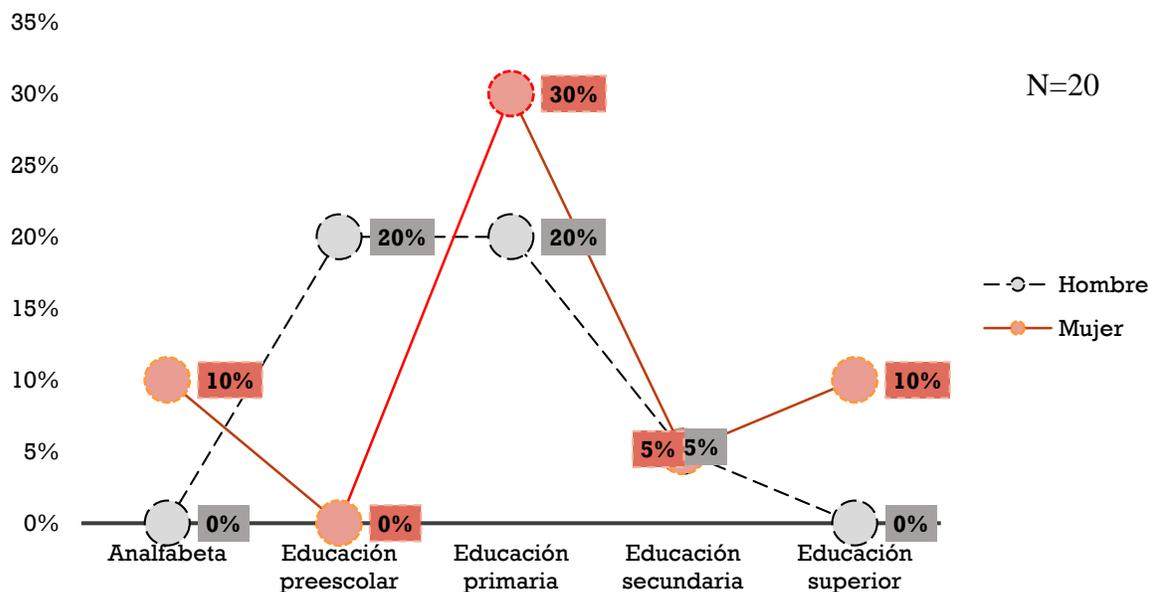


Figura 3 Relación entre género y rango de escolaridad. Fuente: Tabla 9.

Siguiendo con los datos sociales, al hablar sobre la escolaridad, es importante mencionar que por las edades que rondan los sujetos de estudio, comparten una situación de contemporaneidad en la que la educación difícilmente era accesible a todos y para quienes comenzaron los estudios iniciales, culminarlos significaba sacrificios que estaban más allá de sus manos, dando como resultado que el 50% de todos los adultos mayores del estudio llegaran solamente a primaria, los demás refieren no haber llegado, más lejos que el 4to grado notable en la Figura 3.

Así mismo, existía un patrón, en el que los hombres solo recibían educación suficiente para saber leer y escribir y luego se enfocaban en el trabajo, al menos los que pudieron evitar lo que fue en su momento el servicio militar, como mencionaron algunos de los participantes. Y en el caso de las mujeres, para algunas se decidió, que el oficio de la casa era lo único que necesitaban, otras lograron superar la primaria y unas pocas se mantuvieron firmes hasta la educación superior, con menos impedimentos que los hombres a quienes se les asignó un papel desde el inicio. Esa disminución de la escolaridad como prioridad, indica que en los hombres que se centraron en el trabajo se elevó el esfuerzo físico al que se exponen.

Algo que ha sido estudiado con constante esmero, es la relación entre las demencias y la escolaridad, como alude Puig (2018) existe una cercanía con el efecto autónomo del

analfabetismo sobre el riesgo de demencia, que obtiene una categoría de función cognitiva más baja, más cercano a los indicios diagnósticos de demencia que el rango de función cognitiva de los pacientes alfabetizados.

En concordancia con la Figura 2 que al ser las mujeres quienes viven más, se exponen a mayor posibilidad de presentar algún tipo de demencia, pero al ser ellas mismas las que tienen una reserva cognitiva más extensa, tras una escolaridad más completa se relaciona el aumento del tiempo de vida por un avance, más lento del deterioro neurocognitivo, volviéndolo un círculo de causa y efecto.

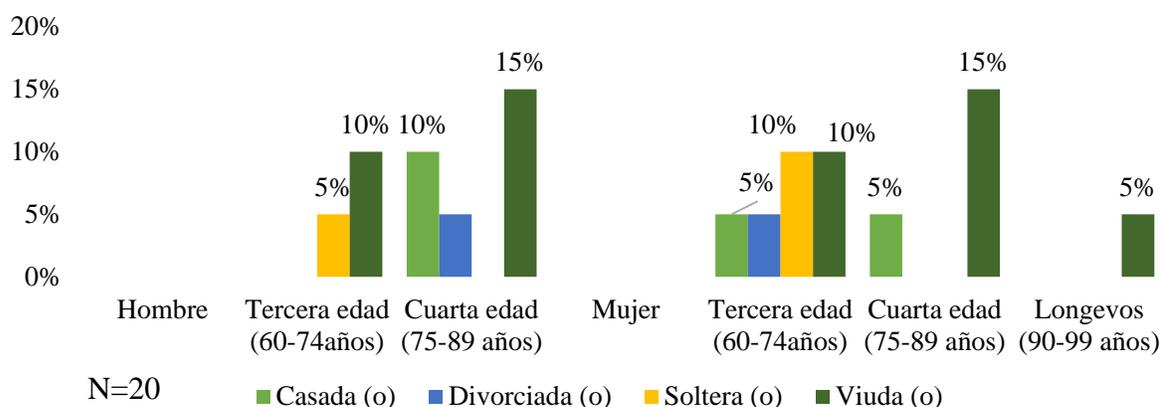


Figura 4 Estado civil con relación al rango de edad. Fuente: Tabla 10.

Se puede, incluir entre estas particularidades, las relaciones sociales de los adultos mayores. López (2017) refiere: “Hay experiencias que se asocian con la edad que hacen más difícil la sociabilización pérdida de un cónyuge, de un amigo, la jubilación, la salida de los hijos de la casa, o enfermedad, hacen que los científicos se planteen que los adultos mayores son vulnerables a la pérdida de apoyo social, y en cambio declinan en tamaño las redes sociales conforme las personas se van haciendo mayores” (pág.65). La integración social, no se produce solamente en las redes sociales informales, formadas por amigos y familiares sino por la participación social o el compromiso social e importante para la sociabilización.

La red social más cercana es la familia y en su núcleo más inmediato se encuentra el conyugue, la pérdida de este en muchas ocasiones es asociado a el decaimiento del estado de ánimo, siendo que, en muchas ocasiones tras la muerte de la pareja, los adultos mayores tienden a vivir un menor tiempo, ya sea por síntomas de depresión, la soledad o lo que sería

llamado como la pérdida de las ganas de vivir. En la Figura 4 se contempla que un 55% de los adultos mayores del estudio son viudos (as), un 30% mujeres y esta se vuelve una constante sin importar el rango de edad. Un 20% están casados, siendo más notable entre los hombres de la cuarta edad.

Es inevitable que, en el avance de los años los ancianos padezcan de un sinnúmero de enfermedades, los accidentes y demás pueden accionar la pérdida de un ser querido, mientras mayor sea una persona tiende a ser poco probable que su matrimonio siga completo y estos aspectos pueden tener relevancia en el estado de ánimo, pero depende de otras situaciones, si el anciano es capaz de sobrellevarlo y si su condición de salud es capaz de soportar una carga más de peso emocional. Los ancianos de este estudio, a pesar de que un 55 % es viudo (a), 20 % casado, 15% solteros, 10 % divorciado, no lo expresan como la razón por la que su salud mental decline, por otro lado, refieren diferentes circunstancias que consideran más agravantes. Como tal, no siempre la pérdida de un conyugue significa que la situación emocional se agrave, las diversas características de demencia ostentan razones y explicaciones para el decaimiento y la apatía, aun cuando existe el estímulo emocional.

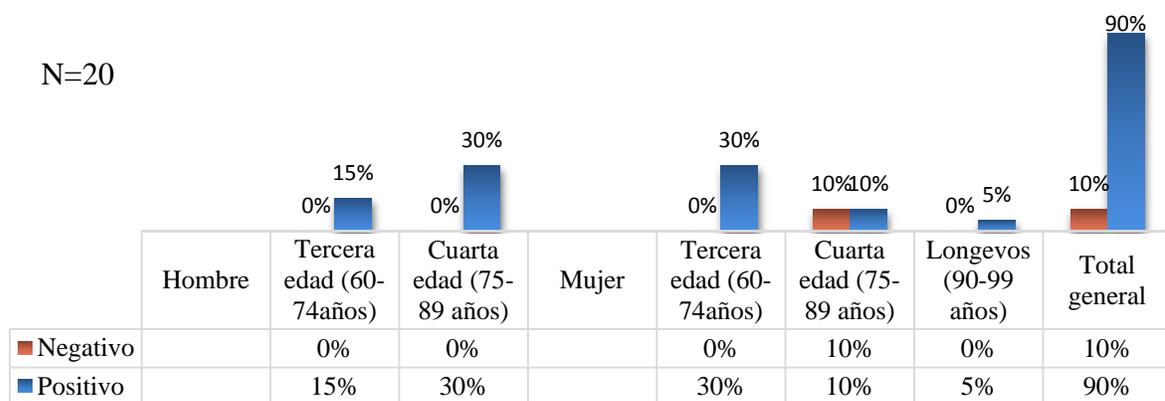


Figura 5 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por la enfermedad de Parkinson según género y rango de edad. Fuente: Tabla 11.

Habiendo establecido en su mayoría los datos sociales que definen al sujeto, aparece una de las variables más importantes del estudio, la salud, en esta pueden existir miles de determinantes, por lo tanto, se procede a centrarse en los que al problema atañen, las características clínicas de demencia. Clasificadas en 13 tipos de demencia por el DSM5 y

corresponden al estudio 7 de ellas, demencia por: Alzheimer, Parkinson, Huntington, cuerpos de Lewy, frontotemporal, vascular y priones.

La demencia que reunió al mayor porcentaje de adultos mayores fue la ocasionada por la enfermedad de Parkinson, con un 90% de casos positivos. En el que 45% de los hombres afectados significan la totalidad de su subgrupo y el 45% resultante de las mujeres equivale al 72%. La disminución perteneciente a las féminas de la cuarta edad es evidente en la Figura 5

Esta variación irregular da a entender que, si bien las mujeres se ven afectadas por las características de la demencia por enfermedad de Parkinson, es en los hombres en quienes influye en mayor cantidad, los cuales tras verse aquejados por los signos y síntomas refieren molestias de alta intensidad en los que sobresalen los temblores en las extremidades, los problemas de equilibrio y los movimientos lentos en tareas simples, en muchas ocasiones por la dificultad del control sobre la motricidad fina (Figura 6).

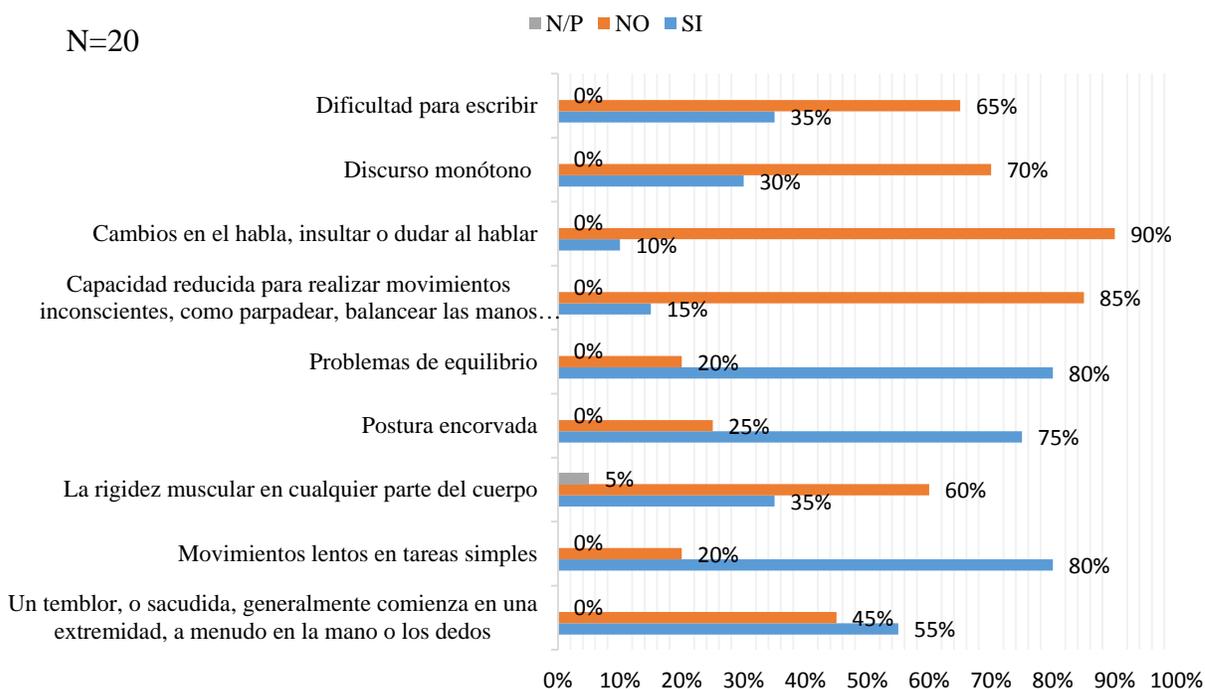


Figura 6 Características clínicas de la demencia por enfermedad de Parkinson. Fuente: Tabla 12.

Todos síntomas tempranos de la enfermedad de Parkinson que inician tenues y se producen gradualmente, generalmente en un lado del cuerpo, aunque a medida que avanza la

enfermedad las dos partes del cuerpo se ven afectadas. Romo, (2015) señala que esta enfermedad representa el segundo trastorno neurodegenerativo por su frecuencia, situándose por detrás de la enfermedad de Alzheimer y afecta tanto al sexo masculino como al femenino, aquejando entre un 1 % a un 2 % de la población sobre 60 años y sus porcentajes van aumentando con la edad, especialmente en los varones.

Aún cuando la enfermedad de Parkinson a nivel mundial ocupa el segundo lugar, en este estudio es prioridad por abarcar en sus datos positivos al 90% de los sujetos de estudio, con alteraciones físicas que por su naturaleza intervienen a las labores diarias, con un intrincado significado para la funcionalidad de los adultos mayores y como un estado incapacitante que no tiene solución según avance la edad.

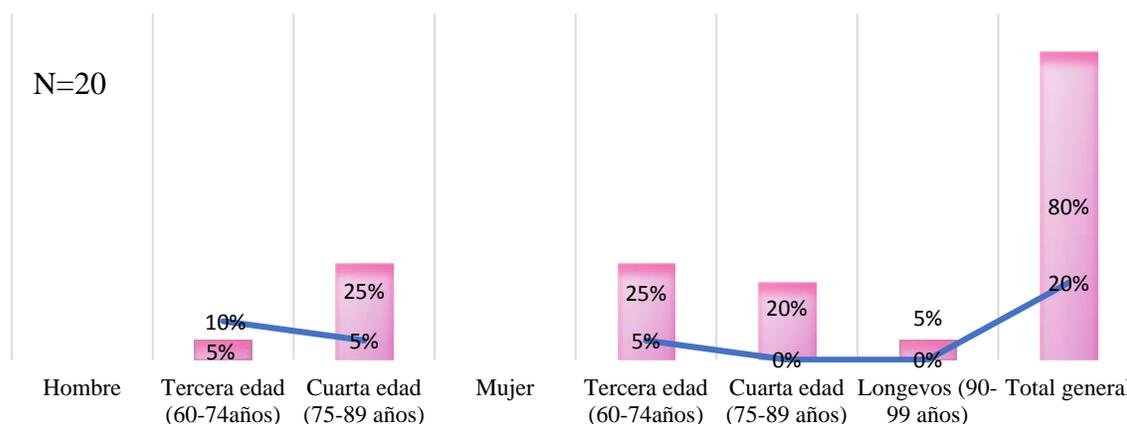


Figura 7 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia tipo Alzheimer según género y rango de edad. Fuente: Tabla 13.

En los tipos de demencia el Alzhéimer ocupa el segundo lugar, uno que comúnmente es erróneamente usado para referirse a la demencia como tal, al ser el trastorno neurodegenerativo más usual. Las características clínicas especificadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014) según tipo de demencia para cumplir en el criterio del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer son: evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas. El Alzheimer es un problema que es reconocido en el mundo por gran cantidad de casos y cuenta con organizaciones para su seguimiento.

Sobre la base de lo revelado en la Figura 7, las características clínicas de la demencia Alzheimer predominan hasta un 50% en las mujeres y solo un 30% en los hombres, con una disminución de casos positivos en el 10% y 5% de los hombres de la tercera edad y cuarta edad respectivamente, datos más optimistas que el 5% en las mujeres de la tercera edad, puesto que en adelante todas las mujeres fueron casos positivos. Por lo sostenido, en diversas investigaciones y la relación causal de lo establecido y conocido de la enfermedad Alzheimer, se puede confirmar que efectivamente las mujeres son las principales víctimas, quienes más ostentan características positivas de Alzheimer y reducen la posibilidad de mantener, un estado neurológico sano con forme envejecen.

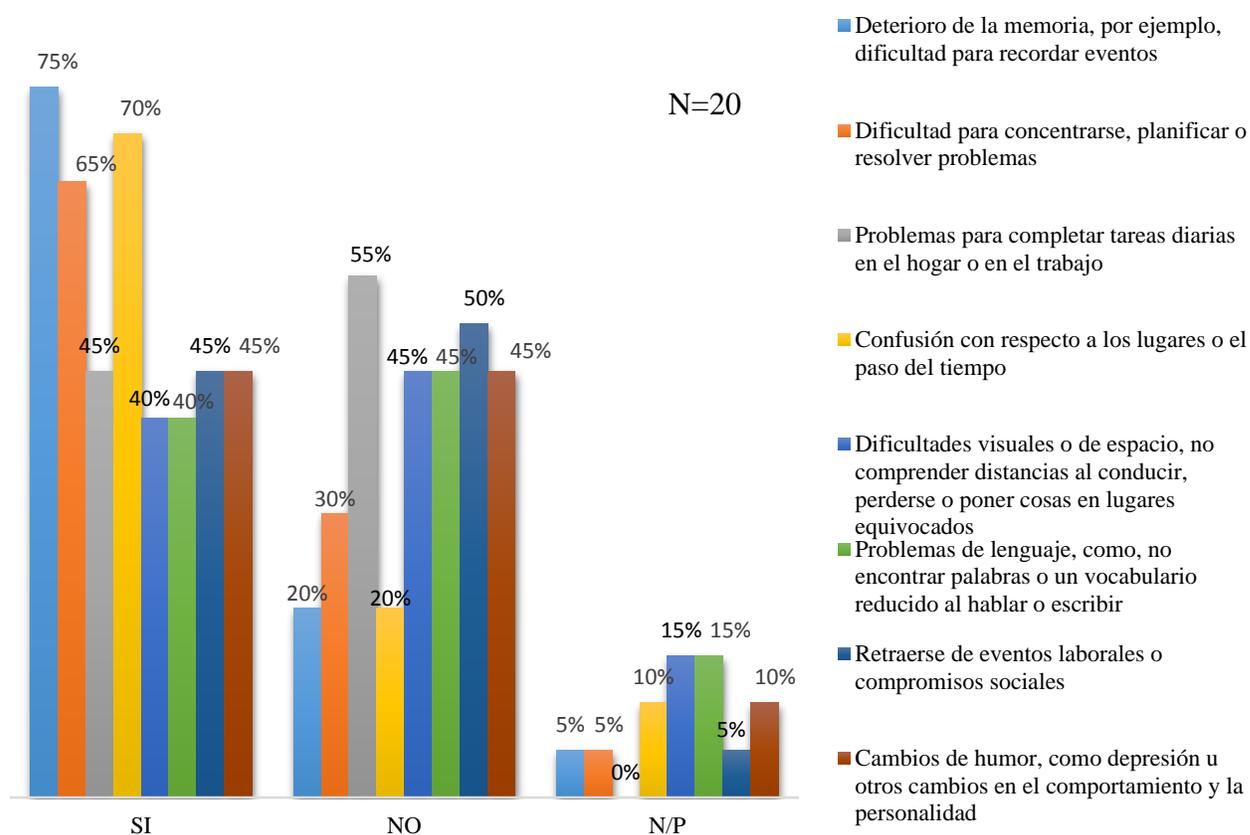


Figura 8 Resultados de las características clínicas de demencia tipo Alzheimer. Fuente: Tabla 14.

En donde, las características más afectadas son las vinculadas a la memoria: la pérdida de recuerdos temporales, de lugares, de palabras, procesos o acciones (ver Figura 8), principal afectación de la enfermedad y a la que es mayormente asociada. Signos y síntomas que, a pesar de parecer pequeños, provocan una pausa en la secuencia de pensamiento, dan

problemas menores desde el detenimiento de la vida cotidiana hasta que el adulto mayor se pierda o sufra un colapso nervioso al darse cuenta que olvido cosas que consideraba vitales. Cada acción repercutirá en la calidad de vida y puede originar otras alteraciones en la personalidad, el humor, la comunicación y demás con respecto al método de afrontamiento y la atención que se le brinde.

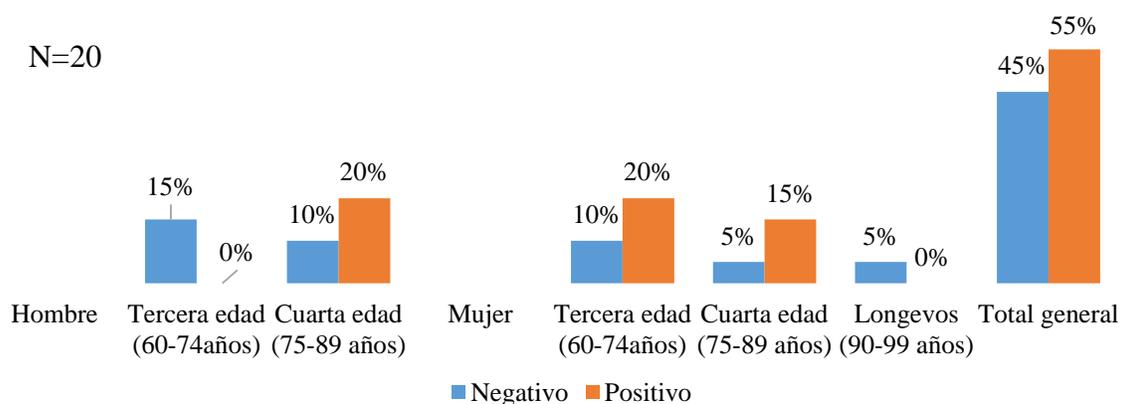


Figura 9 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia vascular según género y rango de edad. Fuente: Tabla 15.

Se pone en manifiesto la demencia vascular, obteniendo un tercer lugar, un término general que refiere complicaciones con el razonamiento, la planificación, el juicio, la memoria y otros procesos mentales de los que se evidencian los declives que son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva. La demencia vascular es una de los problemas degenerativos más comunes entre las demencias, es más frecuente entre los hombres y suele comenzar después de los 70 años (Dorado, 2017). El riesgo de tener demencia vascular aumenta a medida que se envejece siendo un trastorno poco frecuente antes de los 65 años de edad.

Poco más de la mitad de los adultos mayores reúnen suficientes características de demencia vascular, en los hombres a partir de la cuarta edad con un 20% en un gradiente de menor mayor que concuerda con los datos comparativos de la teoría. Su contraparte femenina en un gradual flujo opuesto (Figura 9). Al no ser propio del comportamiento típico de la enfermedad, se puede inferir que las características de la demencia se están superponiendo con las de otra demencias y dificulten la valoración de un clásico ejemplo de demencia vascular o que por su parte los signos y síntomas presentas en las mujeres sean falsos

negativos, en cuyo caso se vuelve necesaria la aplicación de instrumentos que prioricen como evaluación el estado de las funciones ejecutivas para la medición del grado de afectación de estas y concluir de forma certera el daño en los procesos de pensamientos superiores como se verá más adelante en este documento.

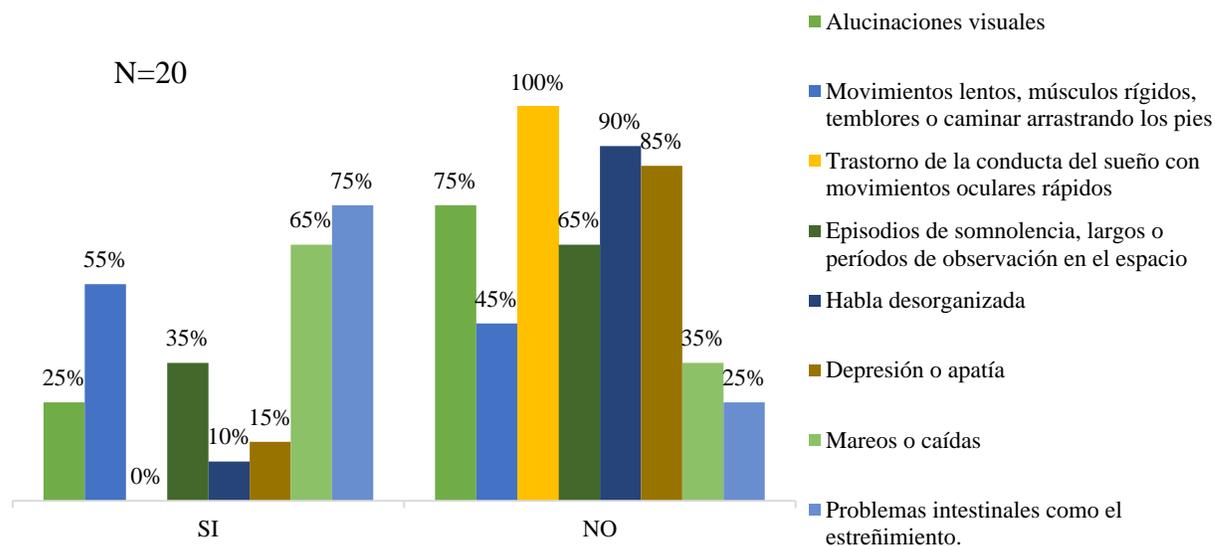


Figura 10 Características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy. Fuente: Tabla 16.

Continuando con la identificación de las características de las demencias, en cuarto lugar, está la demencia por cuerpos de Lewy, una enfermedad muy poco conocida y menos usual que las anteriores. Una demencia degenerativa primaria que se origina por afectación de las células del cerebro, sin una causa bien conocida, es asociada a la demencia por enfermedad de Parkinson y suele ser frecuente en el género masculino a partir de los 75 años, sin embargo el género femenino no es exceptuado a dicha demencia; los adultos mayores que la padecen se ven afectados por fluctuaciones en la cognición con variaciones pronunciadas en la atención y alerta, alucinaciones visuales recurrentes, típicamente bien formadas y detalladas, signos espontáneos de Parkinsonismo (Garzón, Montoya & Carvajal, 2015). En efecto esta demencia es definida como deterioro progresivo de magnitud suficiente como para interferir con el funcionamiento ocupacional y la vida social normal.

Su consonancia con la demencia por Parkinson está en las características, que se repiten en su cuadro clínico, principalmente los temblores y los movimientos lentos que obstaculizan la movilidad en los adultos mayores, si bien tienen semejanza, la demencia por cuerpo de

Lewy añade en la ecuación un dato que difícilmente puede ser pasado por desapercibido como lo son las alucinaciones visuales y los largos periodos de observación al espacio y somnolencia (Figura 10), ambos señalan una anomalía obvia en la concepción de la realidad y atención.

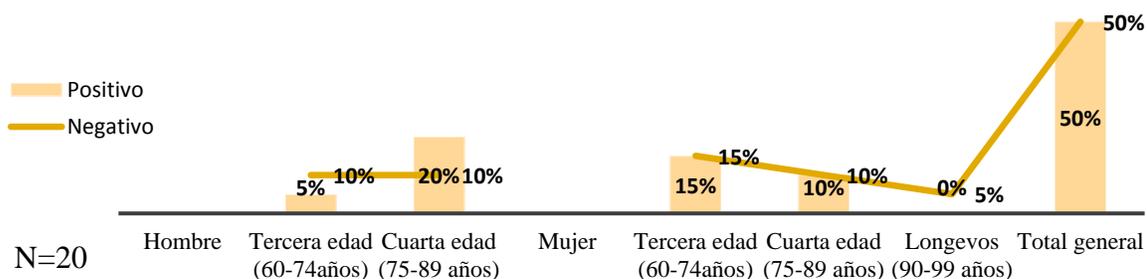


Figura 11 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy según género y rango de edad. Fuente: Tabla 17.

Por lo tanto, es relevante mencionar que la demencia por cuerpos de Lewy tiene un elevado porcentaje de características positivas con más de una interpretación y las más significativas (ya mencionadas) que apuntan a un resultado específico se mantiene solo en el 25% y 35% de los casos respectivamente. De los casos positivos que se representan, la progresión en los hombres es mayor y corresponde al aumento con la edad lo que señala una creciente decadencia de estado de salud a medida que se envejece (Figura 11), también por los porcentajes prominentes de características diferenciales se requiere una aproximación al estado de alerta y fijación para descartar con seguridad esta demencia y una evaluación del estado funcional para definir la procedencia de las caídas y los problemas intestinales.

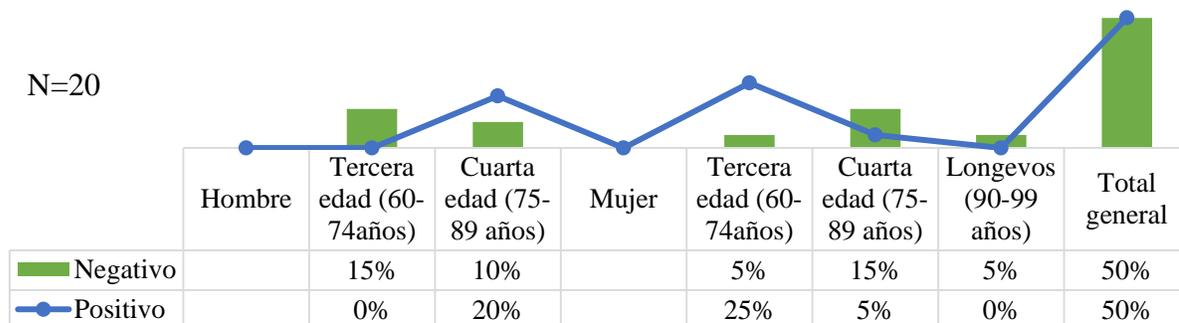


Figura 12 Evaluación de la lista de chequeo de las características clínicas de demencia por enfermedad de Huntington por género y rango de escolaridad. Fuente:

Tabla 18.

Con un nivel similar de porcentajes se exhiben las características de la demencia por enfermedad de Huntington, una que es especialmente difícil de notar y que sucede entre 5 y 10 casos por cada 100,000 habitantes, al ser un trastorno neurológico de tipo autosómico dominante no frecuente, de inicio en la edad adulta y de carácter progresivo, su cuadro clínico se distingue por manifestaciones como movimientos anormales, típicamente corea, trastornos cognitivos y síntomas psiquiátricos que afectan a mujeres y hombres sin distinción alguna (Neri, López, Estrada, Carrasco, González & Velázquez, 2016). A medida que avanza la enfermedad los trastornos motores se hacen más prominentes, no son suprimibles y causan trastorno funcional.

En secuencia con su acaecimiento reducido, se puede determinar que las mujeres fueron quienes más datos positivos mostraron con un 25% en la tercera edad, el mayor porcentaje en hombres fue en la cuarta edad con el 20% (Figura 12), no obstante en referencia al Figura 5 de Parkinson, Figura 7 de Alzheimer y Figura 9 por cuerpos de Lewy, las características clínicas son duplicados aplicables en la evaluación, únicamente añadiendo como especificaciones una variación en la gravedad y el enfoque.

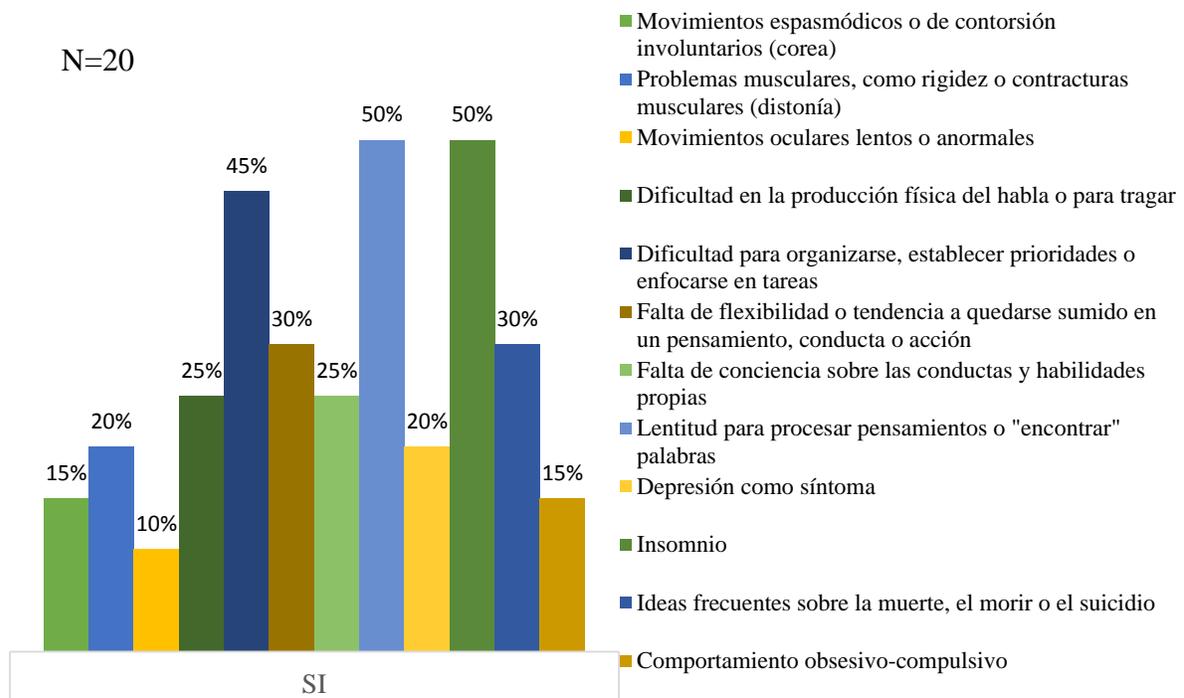


Figura 13 Características clínicas alteradas en la demencia por enfermedad de Huntington. Fuente: Tabla 19.

Como tal, las características que llevaron a un aumento de casos positivos son en un 50% la lentitud para procesar pensamientos, el insomnio y la dificultad para organizarse y fijar prioridades en un 45% (Figura 13) los que por sí solas no presentan un caso relacionable a la demencia por enfermedad de Huntington, pero si indican una llamada de atención a una alteración de carácter neurológico. La acometida de las demencias con los mayores casos de características clínicas positivas, lo siguiente es disponer de los resultados de las demencias por enfermedad de Priones y frontotemporal. Con el porcentaje de casos positivos más elevados, la demencia frontotemporal se coloca antes en la lista.

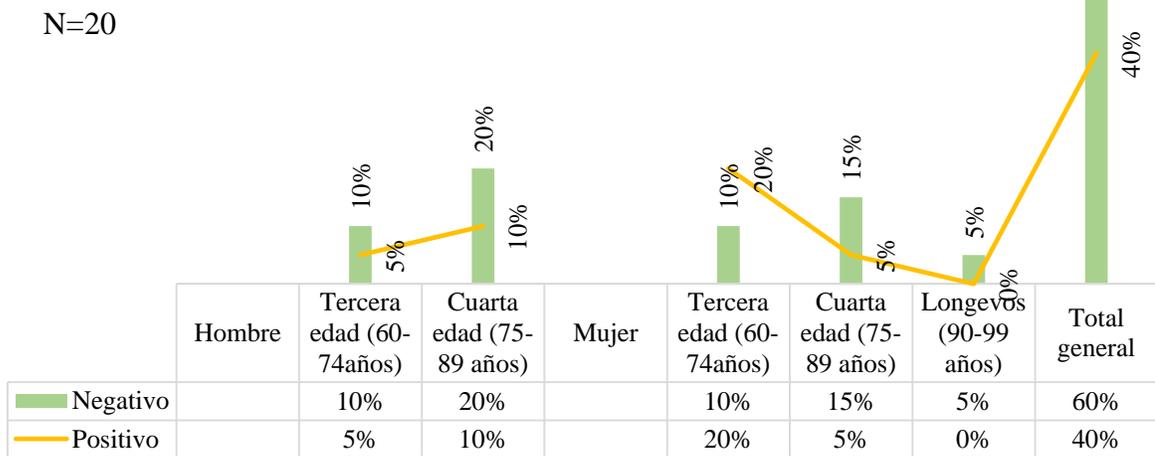


Figura 14 Evaluación de las características clínicas de demencia frontotemporal según género y rango de edad. Fuente: Tabla 20.

Más que una enfermedad al referirse a la demencia frontotemporal es el nombre para un grupo de trastornos cerebrales poco comunes que afectan principalmente los lóbulos frontal y temporal del cerebro, estas áreas del cerebro están generalmente asociadas con la personalidad, la conducta y el lenguaje. Gómez & García (S. Fc) describe que algunas personas con demencia frontotemporal experimentan cambios dramáticos en su personalidad y se vuelven socialmente inapropiadas, impulsivas o emocionalmente indiferentes, mientras que otras pierden la capacidad de usar el lenguaje adecuadamente, con una reiteración más constante en hombres que en mujeres y con rangos de edad que suelen comenzar entre los 40 y 65 años de edad. En este estudio se ejemplifica que las características clínicas de demencia frontotemporal con sus signos y síntomas relacionados al lenguaje y la personalidad toman ventaja en las mujeres de la tercera con un 20% y en lugar de aumentar de forma progresiva muestran un decrecimiento constante, expresión que se contradice con el comportamiento del problema en el género masculino que presenta únicamente 10% en la cuarta edad (Figura 14).

Los adultos mayores que comparten las características mencionadas en esta demencia tienden a demostrar un empobrecimiento del lenguaje y como consecuencia un menguante estado de la comunicación que interfiere en la vida cotidiana, desmejorando el humor, la

interacción y el sentido de presencia de los ancianos en el hogar, manifestando una combinación de alteraciones neuroconductuales como lo es la variación de la atención, siendo ésta precaria y de forma mantenida.

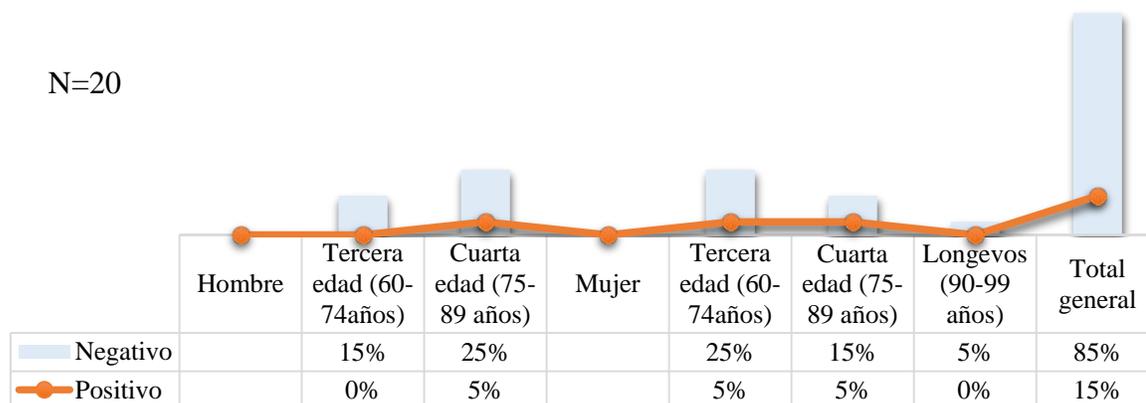


Figura 15 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por enfermedad de Priones según género y rango de edad. Fuente: Tabla 21.

La recopilación de las evaluaciones sobre las características clínicas de demencia, con un porcentaje equivalente al 15%, se encuentra la demencia por enfermedad de Priones (Figura 15), en el que dispone de un aumento de coincidencias positivas en las mujeres de la tercera y cuarta edad, así como los hombres en la cuarta edad, todos con un porcentaje del 5%.

Dicha disminución está estrechamente relacionada a la especificidad de los signos y síntomas definidos por la presencia de una demencia de rápida instauración con alteraciones del sueño, cambios de personalidad, ataxia, afasia, pérdida de la visión, debilidad, atrofia muscular que inevitablemente conlleva a la muerte, una afectación que tiene una frecuencia similar tanto hombres como mujeres, pero una progresión más acelerada en hombres (Arranz, Trillo, Ruiz & Ares, 2010). Este tipo de demencia se sospecha muy poco, debido a que es una patología poco conocida donde su desenlace es una muerte rápida e inevitable.

La existencia de un pequeño porcentaje de las características con semejanzas asociables a la enfermedad de Priones no establece un diagnóstico certero, pero crea una brecha de sospecha por la elevación de coincidencias de 5 o más ítems con una clara relación a una anomalía que afecta el sistema nervioso e interfiere con el control emocional. Para los 3 sujetos que dieron positivo en las características clínicas de demencia por Priones aun si son

pocos la atención al estado de salud y el agravamiento de los síntomas exige un mayor control y revisión.

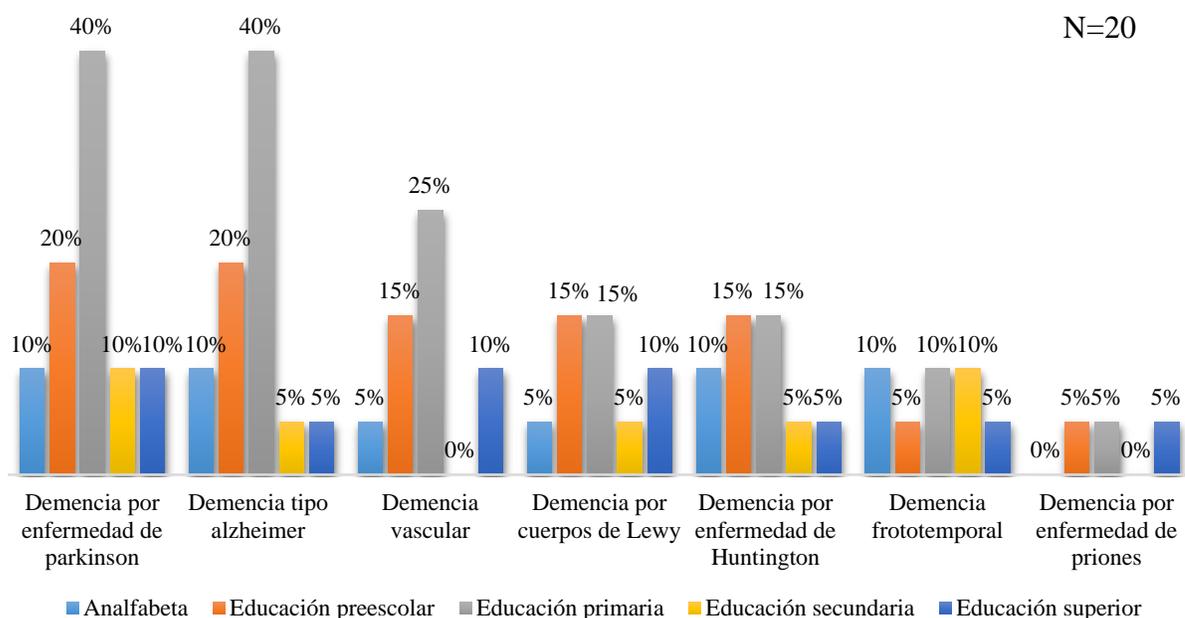


Figura 16 Resultados positivos de la lista de chequeo de las características clínicas de demencias según rango de escolaridad. Fuente: Tabla 22.

Tras haber abordado, como afectan las características clínicas de demencia, a la población de adultos mayores por su rango de edad y género, se puede confirmar que en efecto las mujeres son quienes más casos positivos sugieren, con el más alto número de casos positivos en la demencia tipo Alzheimer (Figura 7) donde hasta 10 de cada 11 muestran características que permiten sospechar la existencia de este padecimiento, en el caso de los hombres existe una evidente disminución de casos en comparación a las féminas, siendo la demencia por enfermedad de Parkinson la de mayores coincidencias positivas, agrupando a todos los hombres participantes con características que señalan un problema asociable a la enfermedad (Figura 5).

De la misma manera, cuando subsisten alteraciones con mayor y menor grado de afectación para mujeres y hombres, también es trascendente una diferenciación del daño en los adultos mayor según su rango de escolaridad (Figura 16), una comparación necesaria cuando se habla de las demencias por la existencia de algo llamado reserva cognitiva.

En lo anterior en más de una ocasión se ha sugerido que la reserva cognitiva es un mecanismo que vincula los niveles educativos bajos con un mayor riesgo de padecer un proceso neurodegenerativo. La reserva, o la habilidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia, puede ser el resultado de una habilidad innata o de los efectos de las experiencias vividas, tales como la educación (Aguilar, Arrabal, & Herrera, 2015).

Aplicando esa línea de pensamiento en los adultos mayores del estudio, quienes presumen una reducción en la presencia de casos positivos son en su mayoría los ancianos en el rango de secundaria y educación superior en un porcentaje menor. En aquellas demencias que contienen más de una característica encadenada a afectaciones musculares se observa una acreencia de los que pertenecen a la educación superior. Las demencias en donde el estado de ánimo y cambios en la personalidad tienen un auge quienes menos prevalecen son los agrupados en el rango de analfabetas.

Por ende, si bien la escolaridad merma en gran parte las características clínicas con relevancia en las funciones ejecutivas, no es capaz de excluir a los adultos mayores con educación superior de daños, pero si puede cumplir una especie de enmascaramiento de las características que a nivel funcional deben de ser examinadas con mayor especificidad.

4.3.2. Funcionamiento global físico actual en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya

Si bien con el envejecimiento se produce una limitación en las actividades que el adulto mayor como un curso natural del cuerpo, también sucede en los ancianos que padecen algún tipo de enfermedad degenerativa en donde sucede un daño funcional que afecta de manera gradual las actividades de la vida diaria.



Figura 17 Resultados de Desplazarse según el Índice de Barthel con relación a las características clínicas de demencia por Parkinson, por cuerpos de Lewy y Vascolar. Fuente: Tabla 23.

Uno de los aspectos más agravantes en el deterioro se produce a nivel musculo esquelético. Tal situación origina una disminución de la fuerza muscular tan rápida y progresiva de hasta un 55%, así mismo involucra una pérdida de la masa ósea y una atrofia muscular predominante en músculos flexores y miembros inferiores (Madrigal, 2016). En diversas ocasiones las afectaciones son más que el producto del peso de los años, convirtiendo la dificultad para movilizarse en el producto de una enfermedad.

Entre los adultos mayores del estudio, hubo un alto porcentaje que dio positivo a alteraciones musculo esqueléticas que perturbaban en más de una manera el desplazamiento, entre ellas las más sustanciales fueron: movimientos lentos, músculos rígidos o temblores., problemas del equilibrio y marcha inestable, características que corresponden la demencia por enfermedad de Parkinson (Figura 6), por cuerpos de Lewy (Figura 10) y Vascolar (Figura 18).

Así pues, quienes dieron positivo en las características y demencias antes mencionadas mostraron como resultado que en la evaluación del índice de Barthel para la actividad de desplazarse un porcentaje de hasta un 70% en independencia para la movilización (Figura 17), no obstante, de ese porcentaje aparentemente alto, más de la mitad tiene problemas de equilibrio relacionado a la bipedestación y el 30% restante ostentan datos que indican que si bien son independientes al desplazarse y se mantienen sin ayuda, la condición psicomotriz no asegura un bienestar ni el mantenimiento a largo plazo sin requerir un esfuerzo más allá de sus capacidades.

Predisponiendo al adulto mayor a accidentes, con un posible agravamiento del estado de salud por la fragilidad de su sistema musculo esquelético y una rigidez agobiante, que se acompaña con dolor. Como tal, quienes sean responsables del cuidado y atención de este tipo de anciano no debe de bajar la guardia, solo porque ellos sean capaces de desplazarse de un lugar a otro, porque en su estado de salud y con el deterioro neuromuscular progresivo se vuelven propensos a caídas.

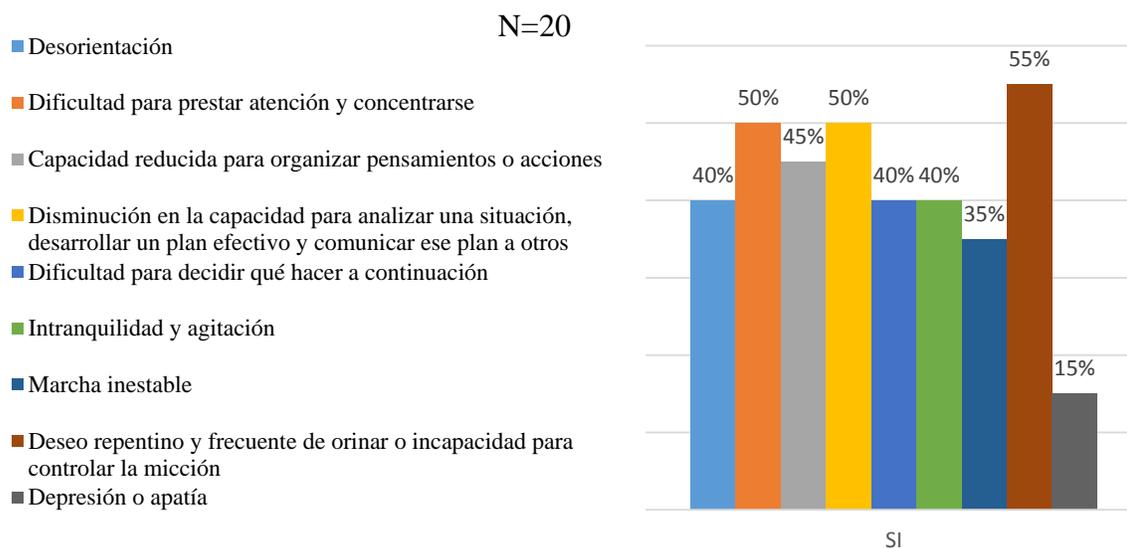


Figura 18 Resultados positivos para las características clínicas de demencia vascular. Fuente: Tabla 24.

Otro aspecto alterado fue el control de heces y orina, aspectos interrelacionados con los puntajes más elevados en las características de demencia por cuerpos de Lewy (Figura 10) y Vascular (Figura 18). Esta última, establece que hasta un 55% de los adultos mayores del estudio refieren identificarse con la sensación de tener un deseo repentino y frecuente de

orinar o incapacidad para controlar la micción. Una situación que en relación al control de heces muestra una pérdida de la continencia.

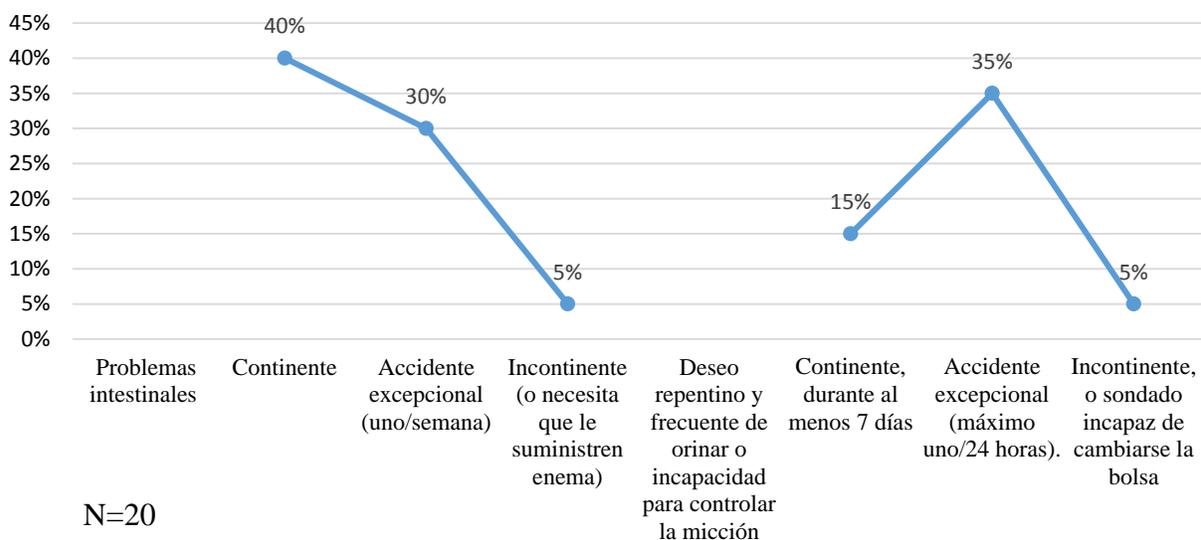


Figura 19 Resultados de control de heces y orina según el Índice de Barthel con relación a las características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy y Vascular. Fuente: Tabla 25.

Ahora, si bien eso se cumple en relación a la lista de chequeo de las características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy y Vascular, el índice de Barthel clasifica el control de heces y orina con 3 resultados: continente, accidente excepcional e incontinente para definir la gravedad del problema. En esta clasificación es evidente que, aunque los problemas intestinales sostienen el mayor porcentaje de adultos mayores, es el control de la orina el que representa el escenario más grave (Figura 19).

El problema existe en ese 75% de ancianos que refirió sentir problemas intestinales, sin embargo, la gravedad de ello no es tanta hasta el punto de necesitar la administración de un enema, con un 30% que sufre accidentes siendo estos los más estables por su condición, pero en lo referente al 40% que asegura ser continente son en realidad personas que tienen que evitar una gran cantidad de comidas que consideran les hacen daño, una cantidad que sobreestima su control intestinal, relacionando su incapacidad para ir al baño como continencia únicamente porque no llegan al límite de usar enemas.

En definitiva, es más sencillo para el adulto mayor atribuir su falta de control a factores externos, porque la pérdida de la continencia lleva consigo un número de variado e

importante repercusiones tanto médicas, psicológicas y sociales que deterioran considerablemente la calidad de vida, (Paredes, Yarce & Aguirre, 2018). Un aspecto que se asocia a deterioro de las funciones neurocognitivas, a trastornos musculares e implican la decadencia de las capacidades y la autoestima en el adulto mayor.

El manejo de la degradación de estas funciones, debe de ser llevado con cuidado para evitar que los ancianos se sientan inferiores y despreciados, menoscabando su sensación de autonomía aún más de lo que la enfermedad lo hace, más cuando son condiciones que al verse repetidas constantemente difícilmente serán reversibles.

Específicamente, existen una variedad de cosas que pueden agravar y predisponer un empeoramiento de la condición de salud del anciano, pero en este estudio nada es más relevante que la demencia por enfermedad de Parkinson no solo por la cantidad de casos que en esta se presentan sino porque entre las características clínicas que la determinan producen una pérdida gradual de las habilidades motoras, cognitivas y comunicativas que pueden variar mucho de un paciente a otro. Limitaciones reflejadas en las actividades de la vida diaria, repercutiendo en la calidad de vida de los afectados.

Las alteraciones a nivel motor que más repercuten en la vida diaria del paciente con enfermedad de Parkinson son el temblor, la rigidez muscular, la bradicinesia (enlentecimiento del movimiento), la acinesia (dificultad para iniciar el movimiento), la discinesia (movimientos involuntarios relacionados con la medicación), el trastorno del equilibrio y de la postura y la hiponimia (disminución de la expresividad de la cara), de igual manera afecta a nivel psicoemocional, a medida que la enfermedad progresa, los síntomas de la enfermedad de Parkinson pueden comenzar a interferir con la vida social de los afectados haciéndolos más vulnerables a la depresión y aislamiento debido a que algunas personas pierden su motivación y se vuelven dependientes de los miembros de la familia de igual manera algunos pueden sufrir de cambios emocional debido a que se vuelven miedosas e inseguras mientras que otras se vuelven irritables o atípicamente pesimistas (Plus, 2016).

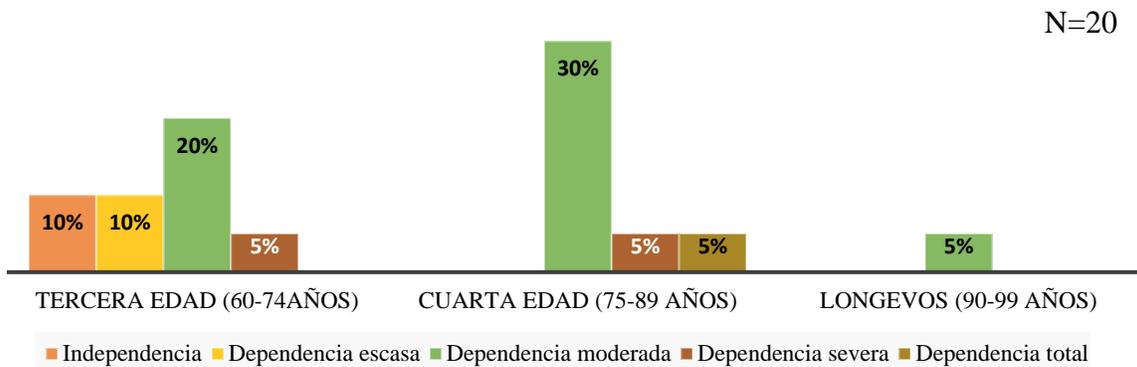


Figura 20 Resultados del Índice de Barthel en adultos mayores positivos en características clínicas de demencia por enfermedad de Parkinson. Fuente: Tabla 26.

Por otro lado, la enfermedad de Parkinson no afecta a todas las personas de la misma manera, y la tasa de progresión y los síntomas particulares difieren entre los individuos (Figura 20) pero si comparten una agrupación en cuanto a las capacidades de nivel funcional donde un 55% sufre una dependencia moderada y un 10% de dependencia severa haciendo que los puntajes más optimistas se aglomeren en los adultos mayores de la tercera edad, sugiriendo que a menor edad hay una mayor porcentaje de independencia y es cuando las características clínicas de demencia por enfermedad de Parkinson inician su aparición y su naturaleza progresiva no ha llegado a evolucionar hasta una dependencia total, una situación que puede ocurrir en algunos con mayor velocidad que en otros algo notable en una comparación del número de pacientes con deterioro funcional más avanzado entre la cuarta edad y los pacientes longevos.

En consonancia con lo antes planteado, se puede determinar que la presencia de características clínicas positivas de más de una demencia aumenta las posibilidades de un deterioro del funcionamiento global físico actual, puede existir un grado de independencia en pacientes que conviven con signos y síntomas de deterioro neuromuscular únicamente cuando el grado de evolución de estas características se encuentre en etapas iniciales principalmente cuando la clínica es asociada a la demencia vascular, por cuerpos de Lewy y por la enfermedad de Parkinson, afecciones que más dañan el sistema musculo esquelético de los ancianos y con la progresión del deterioro que más respeta el orden gradual con el paso del tiempo. Existe el deterioro en la funcionalidad, pero difícilmente es posible que llegue a existir funcionalidad en el deterioro con el avance de la edad.

4.3.3. Estado de las funciones ejecutivas en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya

Al ser las funciones ejecutivas una serie de procesos neuronales más complejos, la identificación de su deterioro es un asunto que es definido por una gran cantidad de acciones interrelacionados, desde pequeños errores que se acumulan y destituyen las bases del pensamiento lógico y racional al punto de interferir con la funcionalidad a mediano y largo plazo.

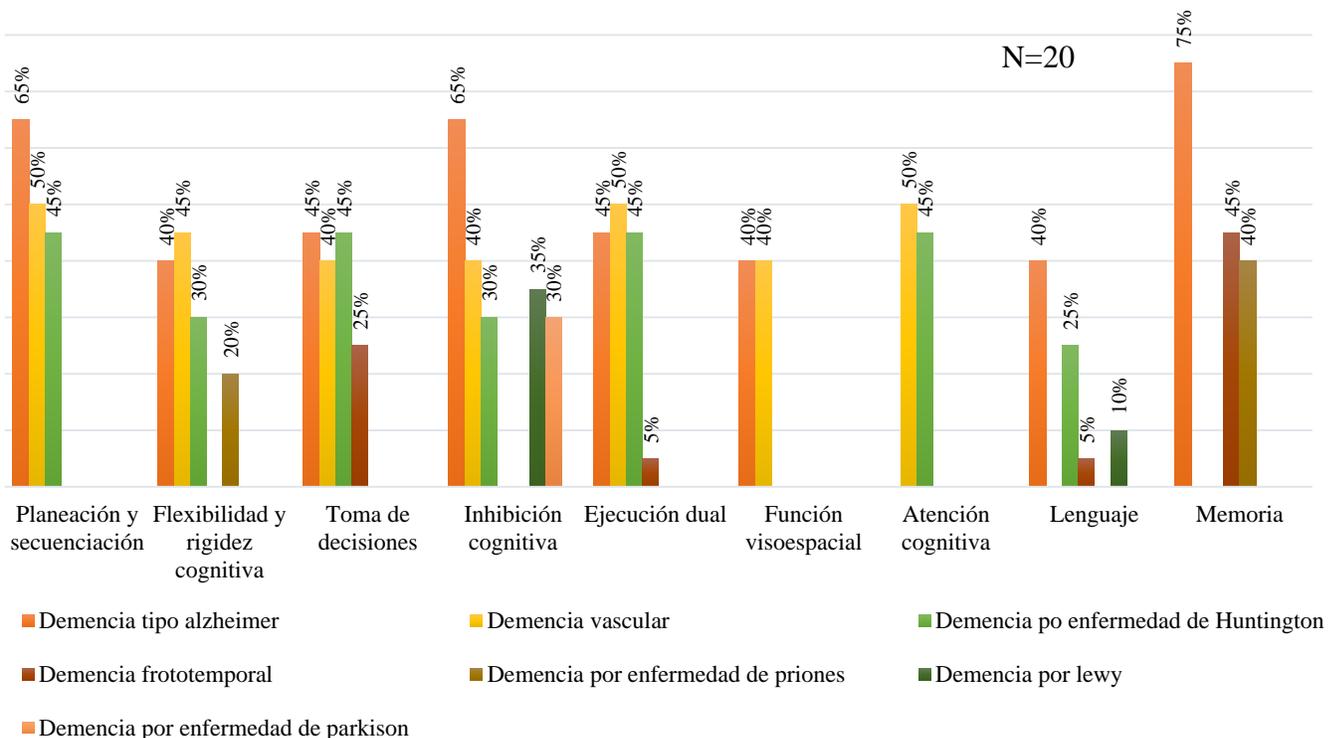


Figura 21 Resultados positivos de las funciones ejecutivas según las características clínicas de las demencias en la lista de chequeo. Fuente: Tabla 27.

Las funciones ejecutivas incluyen las capacidades para formular metas, planificar procesos y estrategias, ejecutar planes, monitorear y autocorregir acciones y reconocer resultados. Para los que se necesitan los procesos de: planificación y secuenciación, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, inhibición, ejecución dual función visoespacial y atención cognitiva.

Las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo llegan a ser altamente incapacitantes por la segmentación de las facultades para planificar, mantener, verificar y corregir la conducta (Aguilar , Gutierrez, & Samudio, 2018). Sin embargo, las características de cada una de ellas se ven con respecto al área afectada.

En cuanto a lo expresado en los acápites anteriores, las características clínicas de las distintas demencias, establecen entre sus ítems anormalidades en las funciones ejecutivas, (Figura 21). Siendo las que ostentan mayor cantidad de alteraciones en las funciones ejecutivas, la demencia tipo Alzheimer, la demencia vascular y la producida por la enfermedad de Huntington. En las que más sobresalen la inhibición cognitiva, la memoria, y la planeación y secuenciación.

En un orden de acción se plantea que la inhibición cognitiva, se refiere a la capacidad de controlar o suprimir emociones, pensamientos o conductas que tienden a imponerse pero que resultan inapropiadas en un contexto o momento determinado (López & Loraine, 2018). De igual modo, la inhibición se encarga de controlar toda esa información almacenada para luego ser utilizada por en el momento en el que se vuelva importante y necesaria, cuando la inhibición se ve afectada se evidencia como un déficit de autocontrol que afecta la autonomía y el seguimiento lógico del razonamiento.

En los sujetos de estudio, al ser la inhibición cognitiva la función ejecutiva más perjudicada hace que el centro de control y orden de los adultos mayores se encuentre trastocado, dificultando selectivamente el mecanismo de respuesta lógica y adaptándolo en conformidad al tipo de comportamiento característico de la demencia.

Ahora, al ser varias áreas afectadas para poder identificar daños fue necesaria la implementación de más de un instrumento. Usando primeramente el cribaje en la lista de chequeo de las características clínicas de demencia se obtuvo previamente un grupo que presenta alteraciones que señala un tipo de demencia, sin embargo, un cuadro clínico por características da un resultado que hace sobresalir las funciones ejecutivas por mayores, no obstante, para la determinación del estado de las funciones ejecutivas más específicas se utilizó el test del reloj.

El Test del Reloj está indicado para la detección de trastornos visoespaciales, semánticos y ejecutivos en pacientes con deterioro cognitivo. Permite evaluar las siguientes habilidades cognitivas: organización viso-espacial y orientación, conceptualización de la hora y conocimiento semántico, memoria visual, comprensión auditiva, atención, concentración, planificación de la tarea y praxia motora (Lozada, D., Castro, E., Vera, I., Iglesias, M., Lebrón, M., y Torti, S., 2018). A pesar de ser un test de sencilla aplicación, abarca conceptos

y actividades que requieren un alto control cognitivo y por ende suele utilizarse como complemento del examen cognoscitivo mini mental, presente también en esta evaluación.

Este test consta de dos secciones test de reloj a orden (TRO) y test de reloj a copia (TRC) siendo estas dos sus condiciones experimentales cuyos únicos resultados posibles son positivo y negativo, tras evaluar la esfera del reloj, las manecillas y los números, siendo los requerimientos para un puntaje positivo un valor menor o igual a 6 en TRO y menor o igual a 8 en TRC.

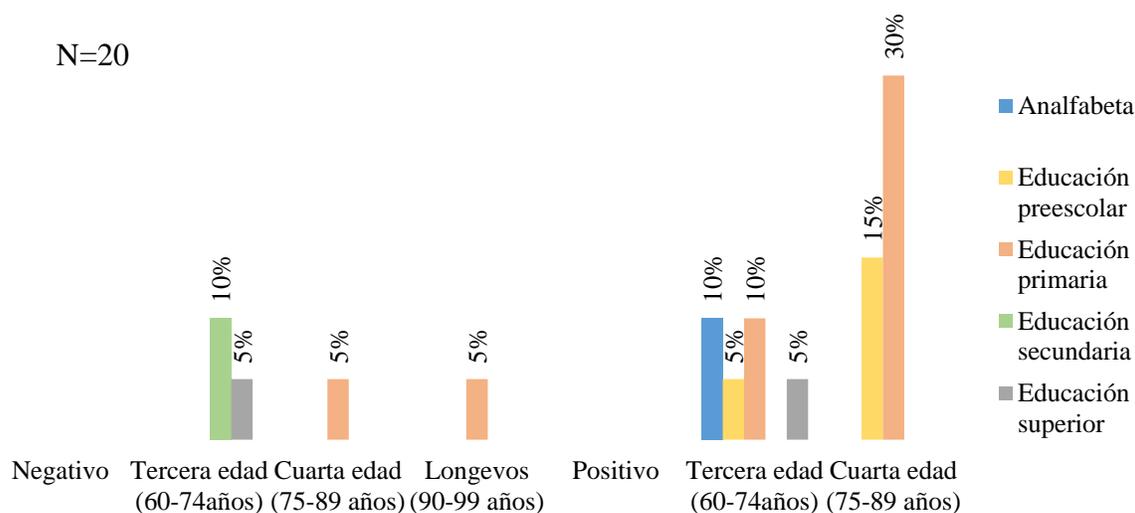


Figura 22 Resultados del test de reloj a orden según rango de edad y escolaridad. Fuente: Tabla 28.

En los resultados de este test en los adultos mayores del estudio un 75% dio positivo a TRO, siendo los más afectados los pertenecientes a la cuarta edad del rango de educación primaria. El 30% restante fueron casos negativos, donde los menos perjudicados fueron del grupo de educación secundaria con el mayor porcentaje en la tercera edad (Figura 22). Dejando visto así que en las categorías de analfabeta y educación preescolar ningún adulto mayor cumplió con los puntajes necesarios para descartar deterioro, con alteraciones en la planeación, flexibilidad cognitiva, función visoespacial, concentración, comprensión auditiva.

Debido a esto se distingue la existencia de una segmentación que perjudica a los subgrupos con un menor grado de escolaridad y una mayor edad, apoyando la conjetura de que si bien la edad aumenta el riesgo del deterioro neurocognitivo e intensifica las afectaciones en quienes ya presentan un daño, el establecimiento de otras cualidades y experiencias llegan a

suponer un incremento de los porcentajes en la población con una menor reserva cognitiva. En actividades que implican el seguimiento de órdenes para el establecimiento de una acción que demande más de una función ejecutiva como lo es la visualización de un objeto con más de un dato, que necesita la ejecución del pensamiento, el mantenimiento de un recuerdo, la relación visoespacial de este y el control de la motricidad fina para su cumplimiento.

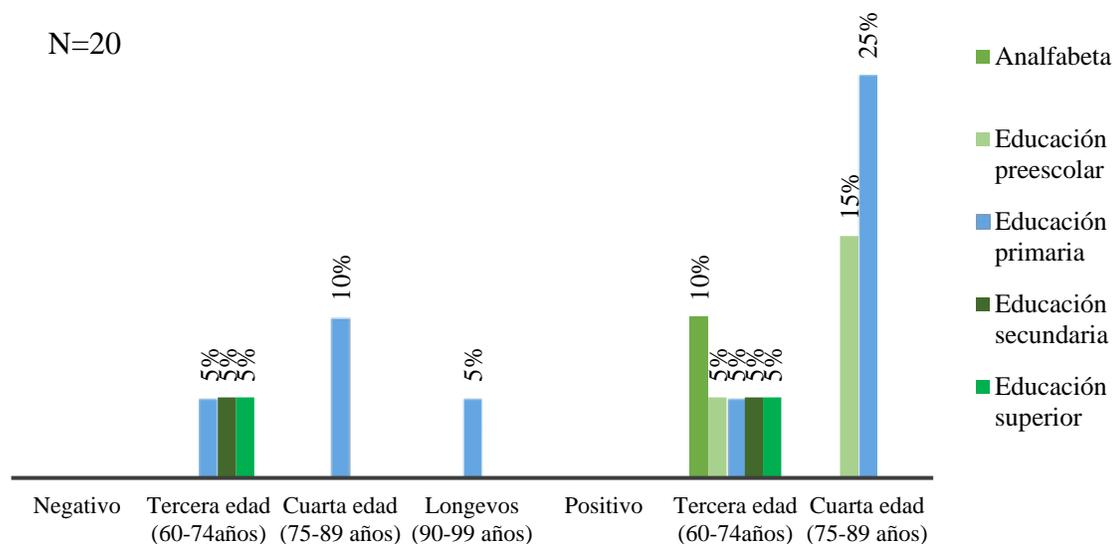


Figura 23 Resultados del test de reloj a copia según rango de edad y escolaridad. Fuente: Tabla 29.

De modo similar los puntajes positivos en el TRC fueron de 70%, un 5 menos que en TRO. En esta condición la dificultad baja relativamente al tener un modelo para realizar el dibujo aumentado los resultados negativos a 30%. Los valores próximos al TRO confirman el deterioro en 14 de los adultos mayores, en los que el conocimiento semántico, atención, concentración, relación visoespacial y praxia motora tienen defectos en más de un inciso del test (Figura 23).

La mejora (aunque sea mínima) en la realización del test de reloj a la copia insinúan que las variaciones percibidas en el test, no implicarían por si sola a la praxia constructiva y motora en relación a la transcripción del reloj con la ayuda de la visoespacialidad. Sino que señalan una afección de otros dominios cognitivos, como aquellos que involucran el contenido y procesamiento de la información y su conversión a léxico semántico. Principalmente cuando los mayores casos se atribuyen a quienes ostentan deficiencias en las capacidades forjadas

por el aprendizaje, concretizando que en aquellos que a lo largo de los años establecieron una base educativa, la comprensión semántica y el sentido de reconocimiento de los números se verán menos comprometidos, disminuyendo el esfuerzo del cerebro para la identificación y priorización de dificultades y apoyando otras funciones ejecutivas.

De esas funciones ejecutivas, la función visoespacial y a la ejecución dual fueron medidas con la guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial. Una forma de explorar más a fondo estas capacidades ejecutivas, a gran escala y no solo con la motricidad fina puesta a prueba en el test de reloj.

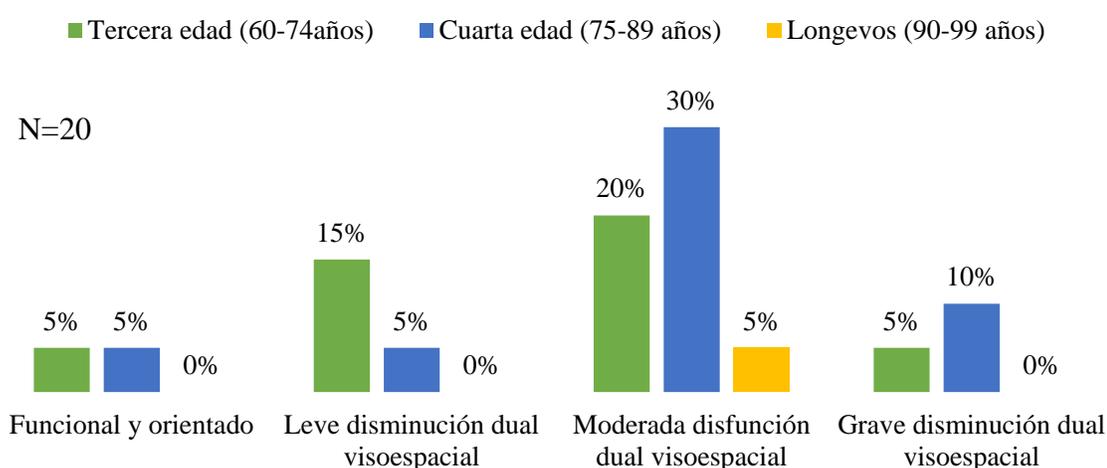


Figura 24 Resultados de la guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial según rango de edad. Fuente: Tabla 30.

La realización simultánea de dos tareas no solamente lleva a una competencia por los recursos de atención, si no que fuerza al cerebro a decidir en cual tarea priorizarse, el efecto de la doble tarea es mayor en sujetos con deterioro cognitivo (Ustárroz, García, Lago & Valero, 2011). A los adultos mayores les resulta especialmente difícil almacenar y manipular simultáneamente información en la memoria cuando se presenta más de una tarea que también requiere cognición, esta necesidad de dividir la atención entre ambas tareas, sobre todo cuando una de ellas afecta el equilibrio, la motricidad gruesa y la visoespacialidad como se demanda en las actividades especificadas en la guía aplicando la integración bilateral, lateralidad y direccionalidad.

Siguiendo esos conceptos se obtuvieron datos que en concordancia con el test del reloj apuntan a un decrecimiento de las habilidades duales y visoespaciales en los rangos de moderado a grave (Figura 24), un 70% acumulativo con mayor notoriedad en los adultos mayores de la cuarta edad, que hace referencia al porcentaje de casos positivos en el TRO (Figura 22) y TRC (Figura 23).

Su significancia establece que el deterioro neurocognitivo no solo es a nivel de agnosias específicas en las funciones ejecutivas que controlan acciones pequeñas sino también en la ejecución dual, motricidad gruesa, el establecimiento direccional, lateralidad y bilateralidad, concepciones que se encuentran camufladas en cada acción de la vida diaria y delimitan el borde de la funcionalidad al intervenir en desplazamiento (Figura 17) y en la puesta en escena de características clínicas de demencias.

4.3.4. Estado de la memoria, el lenguaje y el aprendizaje en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya

Como se ha venido abordando en resultados previos, los adultos mayores del estudio están clasificados por afectación según las características de la demencia en la que más coincidencias tuvieron, entre estas características se podría cuantificar más de 30 signos o síntomas que se observan como una señal de deterioro en diversos ámbitos, desde los cambios en la personalidad hasta la incapacidad de controlar sus manos por temblores continuos, uno de ellos fácil de identificar cuando se cuenta con un dato que pueda servir para comparar el cambio de la personalidad y otro observable como un problema físico, suficientes para poder coincidir un problema. A pesar de lo anterior, existen problemas que más que observarlos y compararlos necesitan ser medidos para su determinación, en especial cuando su naturaleza es tan enrevesada como lo es la memoria.

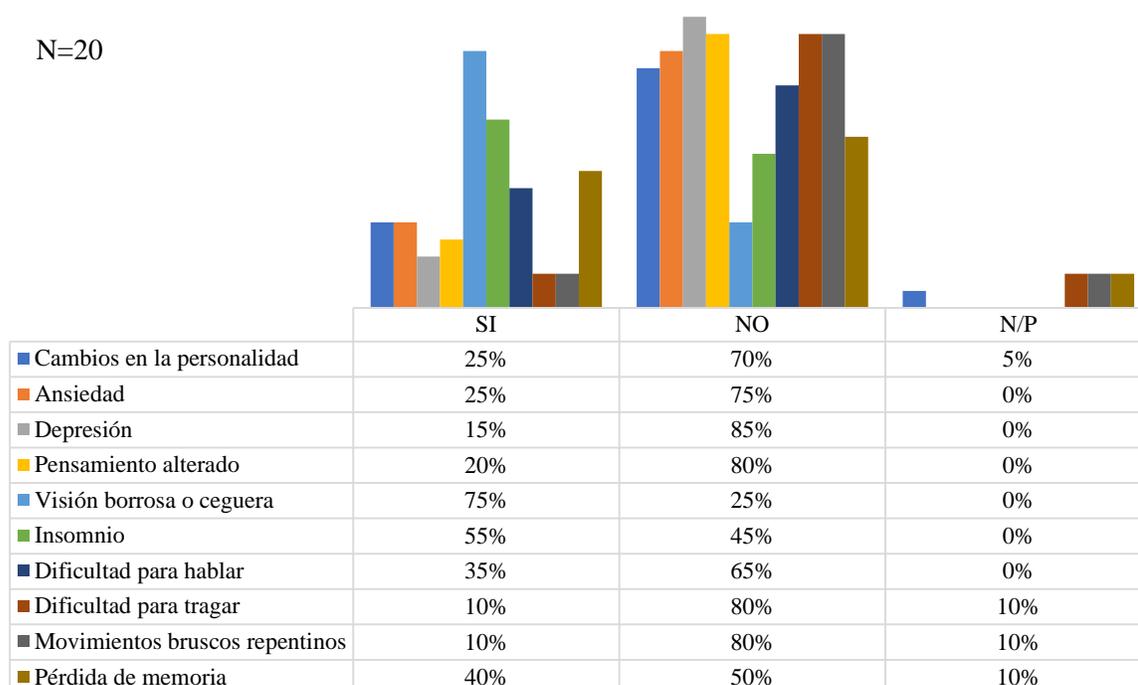


Figura 25 Resultados de las características clínicas de demencia por enfermedad de Priones.
Fuente: Tabla 31.

La memoria es ciertamente una de las capacidades de tipo cognitivo que más notabilidad tienen a la hora organizar, por ende, la capacidad de recordar acontecimientos, identidades y

experiencias vividas lo que son recapitulaciones que se derivan de diversos tipos de memoria siendo el deterioro de esta capacidad motivo de relevancia (Castillero, 2018). Como lo antes mencionado existen varios subtipos de memoria: La memoria de trabajo, sensorial, la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo y cada una ella influye en la formación de la personalidad, la identidad, quienes somos y como funcionamos. Algo tan importante como la esencia de la persona se pierde naturalmente con el paso del tiempo en una persona que envejece con normalidad, pero avanza con peligrosa rapidez en adultos mayores con enfermedades relacionadas al cerebro.

Cuando se habla de la memoria la enfermedad de alzheimer es la primera en surgir como respuesta, no por ser la única demencia que tiene como característica definitoria la perdida de los recuerdos tanto a largo como a corto plazo, sino porque su incidencia como enfermedad es alta en muchos países en todo el mundo, un asesino silencioso de la calidad de vida y del envejecimiento exitoso. Su gravedad es alta e irreversible, sin embargo, la perdida de la memoria se encuentra presente como una característica de la demencia por enfermedad de priones, otro tipo de demencia que afecta esta vital función ejecutiva.

No obstante, existe una variación entre ambos tipos de demencia, como se puede observar en la Figura 8, entre las características típicas de la demencia tipo alzheimer subsiste una creciente semejanza entre los signos y síntomas, la que hace que cada una de ellas se encamine a un problema global en el que la perdida de la memoria de trabajo, a corto y largo plazo da origen a las otras características que coexisten en el cumulo de problemas.

Por su parte en la demencia por enfermedad de priones cada ítem tiene como razón de ser explicar un síntoma que dé respuesta a un problema sub derivado de una enfermedad, por ende, la memoria se vuelve una última prioridad en su orden de necesidad, siendo que las características del problema puedan ser subestimadas, haciendo que parezca que el problema más importante sea la visión borrosa.

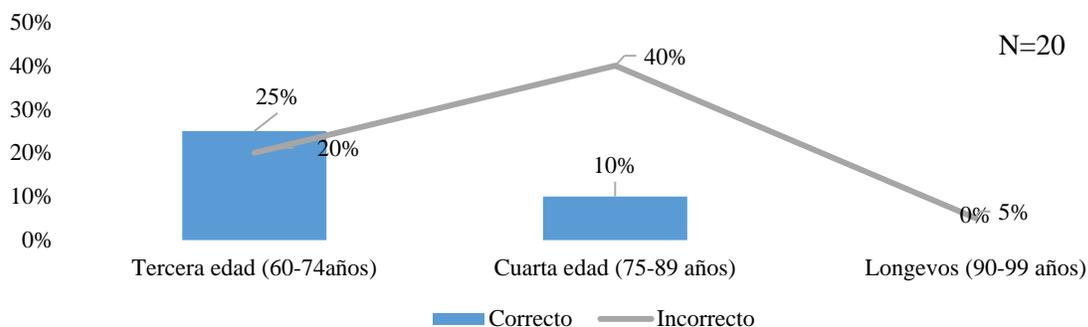


Figura 26 Resultados de la evaluación de memoria del examen cognoscitivo mini mental según rango de edad. Fuente: Tabla 32.

Con lo anterior, es notorio que el 40% de la población expone un problema de memoria, este puede verse eclipsado por otros síntomas con mayor frecuencia, pero con el dato del 75 % obtenido de la Figura 5 de la demencia tipo alzheimer, se puede confirmar con bastante certeza que la memoria es una de las características clínicas más presentes en el proceso del deterioro neurocognitivo del adulto mayor.

Información apoyada y confirmada con los resultados del examen cognoscitivo mini mental (Figura 26) en el que el 65% de los adultos mayores fueron incapaces mostrar la función de la memoria en un estado sano, de los cuales el 40% de los errores corresponden a los adultos mayores de la cuarta edad y el 5% del rango de edad en longevo, lo que equivale al 100% de su totalidad como el único sujeto de esa edad.

Por consiguiente, el deterioro de la memoria, ya sea asociado a la demencia tipo alzheimer o por la enfermedad de Priones constituye una importante parte del progreso de la degradación de las funciones ejecutivas del cerebro, disminuyendo la capacidad de mantener un recuerdo lógico a medida que el adulto mayor envejece, acabando en gran parte con la personalidad y funcionalidad de los ancianos con el paso del tiempo, siendo imposible de que estos se puedan recuperar o mantener una memoria lucida al superar el rango de los 90 años y en adelante.

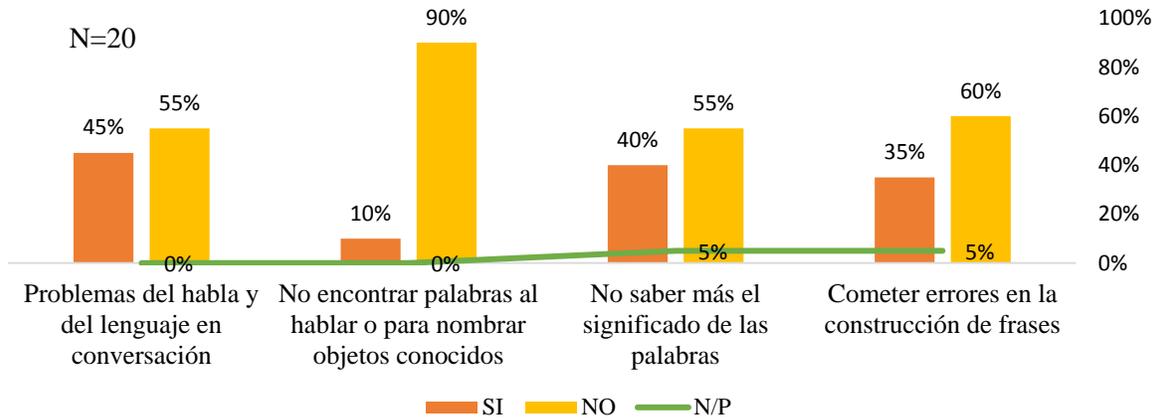


Figura 27 Características clínicas alteradas relacionadas al lenguaje en la demencia frontotemporal. Fuente: Tabla 33.

Por si fuera poco, con el deterioro progresivo de la memoria se originan las alteraciones del lenguaje en el adulto, estas aparecen como consecuencia indirecta de anomalías neurológicas en una degradación de la memoria o directa en las conexiones neuronales que conciernen al habla, ambos crean dificultades e inhabilitan la comunicación, suprimiendo la expresión y el entendimiento de sus ideas de manera oral, escrita o ambas.

El manejo de estas secuelas que perjudican directamente la capacidad de comunicarse e interactuar, es un reto tanto para la evaluación y diagnóstico preciso de dichas alteraciones como para el mantenimiento de la vida en un estado de cuasi normalidad en los años restantes del adulto mayor (Jiménez, 2016). Así se generan algunas características clínicas de demencia como “no saber el significado de las palabras”, “dificultad para hablar”, “una reducción del vocabulario para hablar y escribir”, signos que excluyen y aíslan a los ancianos en su propia mente.

Las características que ejemplifican un problema de lenguaje están expuestas en las demencias tipo Alzheimer 40% (Figura 8), por enfermedad de Priones 35% (Figura 25) y en una secuencia de más de una característica con un máximo del 45% en la demencia Frontotemporal (Figura 27). Esta última define 4 formas de identificar un problema de lenguaje como se puede ver en el Figura 3. En el que se mide construcción de frases, vocabulario, análisis de conversación y discurso narrativo.

En concordancia con los resultados de las demencias: alzheimer, priones y frontotemporal con los porcentajes más elevados en características sobre lenguaje hablado, es notable un aumento del mutismo como consecuencia de que se vea comprometida la relación semántica de las palabras para construcción de frases y secuenciación de una idea en la formación de un discurso narrativo, un hecho que se vuelve más notorio cuando se analizan las características como un problema individual y no se descarta la existencia de un tipo de demencia por una inclinación de los resultados hacia un solo tipo de alteración, permitiendo así abrir una oportunidad para la exploración más a fondo de una variante de la demencia frontotemporal como lo es la demencia semántica.

En cuyo caso, la pérdida de la comunicación por la incapacidad de recordar palabras o formar oraciones puede interpretarse como un punto de partida para que el adulto mayor comience aislarse con más frecuencia, una situación que aumenta los porcentajes de sufrir depresión, una característica propia de varias demencias, dificultando no solo la valoración, sino también el papel del cuidador

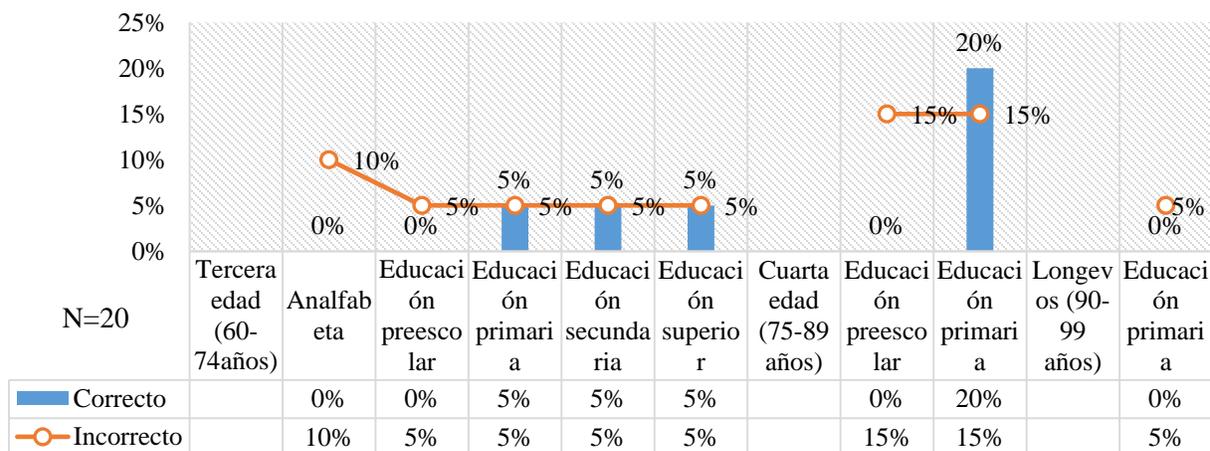


Figura 28 Resultados de construcción de frases y escritura del examen cognoscitivo mini mental según edad y rango de escolaridad. Fuente: Tabla 34.

Por su parte, en el lenguaje escrito aparecen una alta tasa de errores en la evaluación del examen cognoscitivo mini mental en donde se muestra que la parte correspondiente a construcción frases y escritura, los adultos mayores analfabetas y de educación preescolar fueron incapaces de cumplir con lo requerido en cualquier rango de edad y los que cumplieron con la educación primaria tuvieron porcentajes equitativos de aciertos y errores en la tercera edad (Figura 28).

A partir de la cuarta edad se observa una agrupación en dos rangos de escolaridad, educación preescolar y primaria, continuando el patrón del 0% de aciertos a más baja escolaridad hasta llegar a longevo donde el 100% perteneciente a educación primaria no logro cumplir con lo requerido, creando así un desbalance considerable entre los aciertos y desaciertos que implican el lenguaje escrito.

Dejando claro que, la escolaridad tiene una significancia en el desarrollo y mantenimiento del lenguaje escrito, sin embargo, no cumple todo lo necesario para que un adulto mayor que supere los 90 años conserve su capacidad de lenguaje escrito tras una amplia gama de características agravantes, pero puede ayudar a que se retrase en cierta medida la degradación de todo lenguaje como máximo hasta la cuarta edad.

Tras lo anterior podemos señalar que la reserva cognitiva formada durante el crecimiento académico facilita la capacidad de aprendizaje, al ejercer un uso continuo de la memoria y el lenguaje en conjunto, para el retraso del avance progresivo de las características clínicas de las demencias.

Como tal, el aprendizaje es un proceso de cambio en el estado de conocimiento del sujeto y por consecuencia, en sus capacidades conductuales; como tal, es una adquisición mediante la que se incorporan los conocimientos ya sea nuevos u antiguos para reaccionar al ambiente. Por ende, la información requiere una modificación en el estado de la memoria y el lenguaje de tal forma que el sujeto sea capaz de dar una respuesta al estímulo que se administra, haciendo así que el aprendizaje, la memoria y el lenguaje sean fenómenos interdependientes (Vallejos, 2015). Así como se correlacionan, son fácilmente afectados por enfermedades que deterioran el cerebro. Las diferentes demencias, razón de este estudio, repiten consecutivamente entre sus características naturales efectos que interfieren en estos procesos superiores.

Observando con detenimiento, cada tipo de demencia mencionada exhibe como mínimo una característica clínica relacionada a la pérdida de la capacidad del habla, algunas veces demostrada o desencadenada por la incapacidad de recodar palabras, una dificultad expresamente conectada a una afección de la memoria, así como en la construcción de frases donde el aprendizaje está implícito en aspectos que al lenguaje se refiere. En los datos recolectados durante la aplicación de la lista de chequeo de características clínicas de

demencia, el contraste se observa más notablemente en la demencia tipo alzheimer en la que muchas veces, los adultos mayores no verbalizaban como un problema la disminución de las capacidades del habla presente en el 40% de los casos, sin embargo, predomina una elevación de hasta el 75% en los problemas de la memoria (Figura 8).

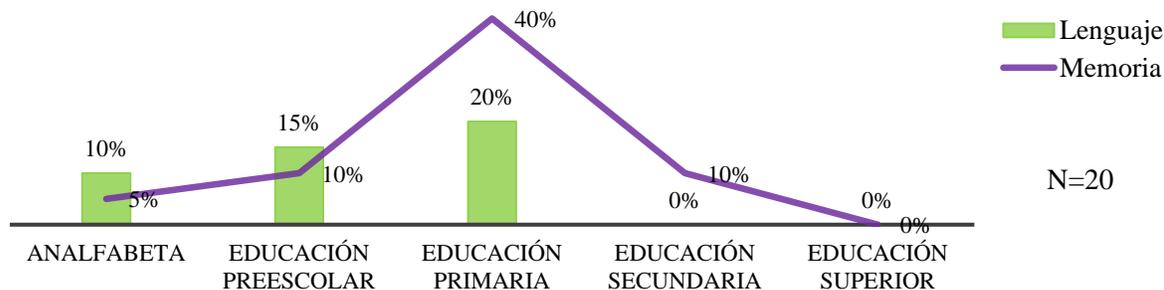


Figura 29 Porcentaje de alteraciones de memoria y lenguaje en base al examen cognoscitivo mini mental según escolaridad. Fuente: Tabla 35.

Por otra parte, en la recopilación de información referente al examen cognoscitivo mini mental, era notorio que en varias ocasiones llegaban a dar respuestas que a pesar de variar en contexto se encaminaban a un mismo resultado, como lo era la respuesta al cuestionamiento “¿Qué son el rojo y el verde” que terminaba siendo con mucha frecuencia “liberales y conservadores” o “partidos” en lugar de la usual respuesta “colores”, algo muy entendible considerando el contexto histórico por el que han pasado a lo largo de los años.

En donde la memoria despliega un patrón, haciendo uso de los aspectos más relevantes de la vida, para dar respuesta a una pregunta que podría a los ojos de otros no tener más que una sola respuesta, pero para la mitad de los adultos mayores cuestionados corresponde a algo que han aprendido con el paso del tiempo. Siendo así, sería fácil asumir que el lenguaje se encuentra en una mala condición, no obstante, el lenguaje como tal no presenta tantos problemas como lo hace la memoria, con respecto al grado de escolaridad, el que sirve como una reserva cognitiva. Es decir, como se presenta en la Figura 29, a mayor educación menos alteraciones de lenguaje y una disminución de las afectaciones en la memoria, por un aumento del desarrollo de contenidos de aprendizaje relacionados al idioma y el habla a lo largo de los años.

Por lo tanto, se puede concluir que las capacidades relacionadas a la memoria se verán mayormente afectadas que las concernientes al lenguaje, haciendo que los adultos mayores sean capaces de mantener un estado de aparente normalidad cuando el deterioro neurocognitivo avanza progresivamente desde la des compartimentación de la memoria, hasta que inicia a corromper el lenguaje oral y escrito, en donde a duras penas la reserva cognitiva permite un tiempo de amortiguación en aquellos adultos mayores que tiene un rango de escolaridad más completo, un hecho reconocido cuando se explora a fondo el discurso narrativo y el análisis de conversación al hacer uso de lo que queda de la memoria.

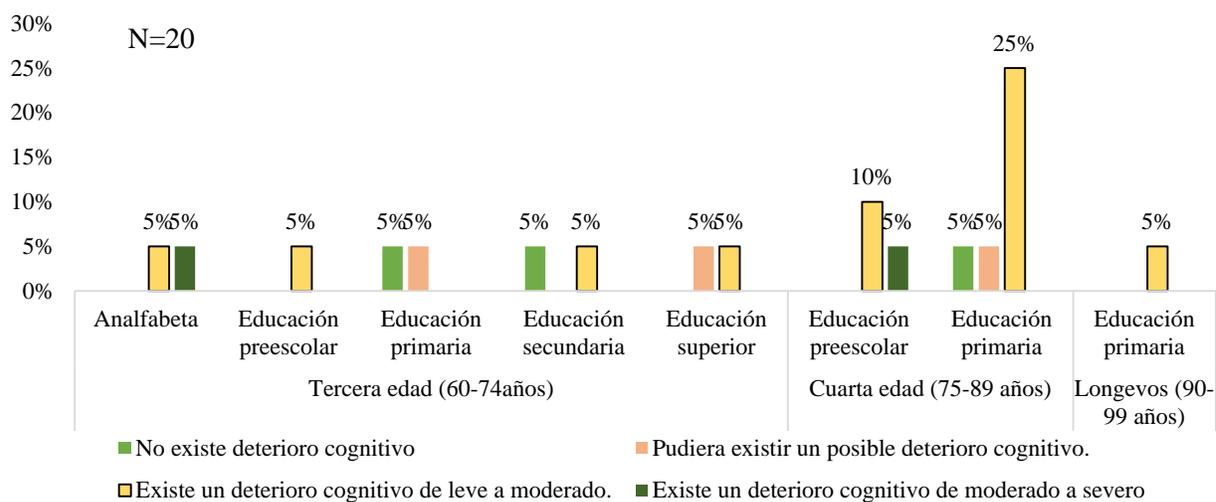


Figura 30 Resultados del examen cognoscitivo mini mental según rango de edad y escolarización.

Fuente: Tabla 36.

En consecuencia, el resultado del examen cognoscitivo mini mental (Figura 30), en la evaluación del estado de deterioro neurocognitivo del adulto mayor con características clínicas de demencia se puede verificar que con la adición una evaluación de fijación, orientación, concentración y cálculo a las variables de lenguaje y memoria, un 60% de los sujetos de estudio ostentan un deterioro cognitivo de leve a moderado, centralizado en la cuarta edad y longevos con el 25% y 5% respectivamente en quienes llegaron a la educación primaria.

Paralelamente la afectación más grave, el deterioro cognitivo moderado a severo se encuentra en los adultos mayores de la tercera edad analfabetas y con educación preescolar en la cuarta edad. El 30% restante está dividido en los adultos mayores en los que pudiera

existir un posible deterioro cognitivo y en los que no existe un deterioro cognitivo, siendo esta última el resultado más optimista para quienes cursaron la primaria y secundaria en la tercera y cuarta edad.

Si bien la escolaridad ejerce una posición favorable para el mantenimiento funcional y neurocognitivo del adulto mayor, el mini mental abarca un estado bastante generalizado a las áreas funcionales en las que la reserva cognitiva despliega su función amortiguadora, también se exteriorizan en gran medida los problemas de lenguaje y memoria entre los más destacados, haciendo que el 70% de los ancianos clasifiquen con un deterioro de leve a moderado y grave (Figura 30), un resultado semejante al expuesto en el test de reloj (Figura 23, Figura 22) donde el porcentaje de 70% y 75% es concedido a los casos positivos.

Como se ha indicado con anterioridad, el examen cognoscitivo mini mental muestra una equivalencia significativa entre la evaluación de los pacientes con características clínicas de demencia en donde sobresalen afectaciones a nivel funcional y de comandos ejecutivos según los parámetros de edad, sexo y rango de escolaridad. Esta concepción tiene relevancia porque el mini mental como una de las pruebas de cribado más utilizada para estudiar el deterioro cognitivo asociado a la demencia coloca una gran importancia al lenguaje, un aspecto que puede disminuir en gran medida el puntaje en la evaluación, ya sea por su requerimiento escrito u oral, un atributo que no interfiere en los resultados del test de reloj directamente, haciendo que el test de reloj eleve su especificidad en funciones viso constructivas.

Como tal el test de reloj está menos influido por factores como la escolaridad, una variable que produce falsos positivos en pacientes con bajo grado educativo y falsos negativos en enfermos con una alta escolaridad, favoreciendo un sesgo en estos últimos. Y, aun así, en la aplicación de ambos test es notable un deterioro neurocognitivo que interfiere en el estado de funcionamiento físico global actual del anciano. Disponiendo que, cuando las características clínicas de demencia están tan intrínsecamente inmiscuidas en la vida diaria del adulto mayor los resultados superan el sesgo proporcionado por la escolaridad. Una que puede retrasar y aligerar el grado de daño, pero no detenerlo.

5. Conclusiones

Para finalizar se afirma lo siguiente:

En la población a investigar predominaron las mujeres en relación a la muestra del estudio. El rango de edad más sobresaliente fue la cuarta edad, de los cuales la gran mayoría ostentaba un bajo nivel de escolaridad siendo la educación primaria la más sobresaliente. En los que el estado civil no interviene en la percepción individual de su salud mental y emocional. Siendo la enfermedad de Parkinson el tipo de demencia que manifiesta la mayor cantidad de sujetos afectados por las características clínicas de demencia, en las que el elevado grado de escolaridad hace propenso el enmascaramiento de la clínica que afecta las funciones ejecutivas.

Se puede determinar que la presencia de características clínicas positivas de más de una demencia aumenta las posibilidades de un deterioro del funcionamiento global físico actual en el adulto mayor haciendo que predominen en los sujetos hasta un 70% en los rangos de dependencia moderada, severa y total, como resultado de afectaciones neuromusculares. Es notable un deterioro neurocognitivo que interfiere en el estado de funcionamiento físico global actual del anciano en el que sale a relucir una relación proporcional: a mayor edad, mayor cantidad de características clínicas positivas de demencia en los adultos mayores.

En lo concerniente a las funciones ejecutivas la inhibición cognitiva es la más perjudicada, a su vez se distinguió la existencia de una segmentación que perjudica a los subgrupos con un menor grado de escolaridad y una mayor edad, en donde la edad aumenta el riesgo del deterioro neurocognitivo e intensifica las afectaciones en quienes ya presentan un daño en la orientación, conceptualización de la hora y conocimiento semántico, comprensión auditiva, atención, concentración, planificación de la tarea y praxia motora fina. El deterioro neurocognitivo no solo es a nivel de agnosias específicas en las funciones ejecutivas que controlan acciones pequeñas sino también en la ejecución dual, motricidad gruesa, el establecimiento direccional, lateralidad y bilateralidad.

En síntesis, la reserva cognitiva formada durante el crecimiento académico facilita la capacidad de aprendizaje, al ejercer un uso continuo de la memoria y el lenguaje en conjunto, para el retraso del avance progresivo de las características clínicas de las demencias. No

obstante, cuando las características clínicas de demencia están tan intrínsecamente inmiscuidas en la vida diaria del adulto mayor los resultados superan el sesgo proporcionado por la escolaridad. Como tal, se puede identificar un deterioro neurocognitivo que va de leve a moderado y grave en el 75% de los sujetos, uno que es cercanamente coincidente con el 70% de los sujetos clasificados con dependencia abarcando los estados de moderada, severa y total. Existiendo así el deterioro en la funcionalidad, pero difícilmente la funcionalidad en el deterioro con el avance de la edad.

6. Recomendaciones

A la familia se recomienda:

1. Tomar especial atención en las actividades que realizan los adultos mayores en el hogar, para la prevención de accidentes en aquellos con afectaciones funcionales ya sean neuromusculares o ejecutivas.
2. Funcionar como acompañante a los adultos mayores al salir del hogar, para reducir el riesgo de accidentes y problemas mayores ocasionados por la confusión temporal o continua en el anciano.
3. A aquellos que hacen uso de alguna medicación en especial, recordar estar presentes en la dosificación y mantener un control de horarios para evitar la omisión de dosis.
4. Mostrarse comprensivo con la pérdida de las facultades y fomentar con paciencia la realización de actividades según las capacidades del adulto mayor sin menospreciar su esfuerzo.
5. Reconocer el agravamiento de las características clínicas de las demencias para acoplarse a situaciones de crisis.
6. Adaptar el hogar de acuerdo a las necesidades del adulto mayor para la reducción de factores de riesgo que produzcan accidentes.
7. Mantener una vigilancia más cercana a los adultos mayores que ostentan alteraciones musculares y no utilizan ningún tipo de ayudas o soportes para desplazarse.
8. Fomentar la comunicación en y con los adultos mayores escuchando, preguntando y contestando aun cuando el lenguaje se ve mermado o se vuelve repetitivo.
9. Ayudar a los adultos mayores en la práctica de las habilidades ejecutivas con juegos cortos como palabras encadenadas, crucigramas y preguntas y respuestas para el mantenimiento de las funciones ejecutivas en la medida de lo posible.
10. No dejar a los adultos mayores solos en casa o con algún menor que no pueda funcionar como ayuda en caso de emergencias.
11. Utilizar pañales para adultos en aquellos que tienen incontinencia fecal o urinaria y revisar con periodicidad en aquellos que no pueden cambiarse solos.
12. No luchar ni contradecir a los adultos mayores cuando suceden periodos de confusión por la pérdida de partes de información.

13. Participar activamente en las revisiones de salud de los adultos mayores y acatar las recomendaciones que se les brinden.

A los profesionales de salud se recomienda:

1. Implementar la lista de chequeo de las características clínicas de demencia en los adultos mayores para la detección de posibles casos de demencia.
2. Realizar como parte de la valoración en el adulto mayor el test de reloj, examen cognoscitivo mini mental, la guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial para la determinación del estado neurocognitivo del adulto mayor y el índice de Barthel para constatar el estado de funcionalidad.
3. Incluir en educación continua el proceso de las enfermedades neurodegenerativas, no solo a los adultos mayores sino también a la familia y comunidad en el quehacer diario de enfermería.
4. Evaluar en futuras investigaciones sobre deterioro neurocognitivo una muestra que incluya un número equivalente de hombres y mujeres para la definir el grado de afectación por género en condiciones equitativas.

A los líderes comunitarios se recomienda:

1. Mantener un registro del número de adultos mayores del sector con nombre, edad y dirección.
2. Priorizar a los adultos mayores en la participación de programas de ayuda y jornadas de salud en el barrio.
3. Mantener una vigilancia en las condiciones de bienestar para la lucha de la violencia intrafamiliar en los adultos mayores del sector.
4. Perseverar en la relación de la comunidad con los centros de salud para la activación y participación del barrio en actividades que promuevan la salud en el adulto mayor.
5. Asegurar la comunicación entre el trabajo comunitario y el centro de salud correspondiente en la zona para el establecimiento de una responsabilidad social y de salud.
6. Mostrarse activos y participativos en las investigaciones y proyectos que se lleven a cabo en el sector con el fin del mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

7. Referencias

- Aguilar, S., Gutiérrez, L., & Samudio, M. (2018). *Guía para estimular el funcionamiento ejecutivo en adultos mayores*. Ciudad de México, México: Permanyer. Recuperado el 16 de abril de 2020
- Alzheimer's Disease International, Bupa. (2013). *La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia*. Recuperado el marzo de 2020, de <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
- Alzheimer's Disease International. (2015). *Informe Mundial sobre Alzheimer de 2015*. Recuperado el marzo de 2020, de <https://www.alz.co.uk/research/worldAlzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>
- Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's Disease International*, 15(2), 20-56. Recuperado el 15 de abril de 2020
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. Recuperado el 10 de abril de 2020
- Anguita, J. C., Labrador, J. R., Campos, J. D., Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., & Donado Campos, J. (2015). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538.
- Arend, I. (2015). Dividiendo la atención entre dos objetivos: una revisión sobre el efecto de pisar atencional. *Aletheia*, (22), 7-22. Recuperado el 24 de mayo de 2020
- Arranz-Martínez, E., Trillo-Sánchez-Redondo, G., Ruiz-García, A., & Ares-Blanco, S. (2010). marzo: las encefalopatías por priones. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 36(8), 443-448.
- Barrera, J. C. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Psicología Clínica). Recuperado el 27 de marzo de 2020
- Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de anestesiología*, 40(2), 107-112. Recuperado el 15 de abril de 2020
- Bitbrain. (19 de septiembre de 2018). Qué es la atención, tipos y alteraciones. *Salud y bienestar*. Recuperado el 18 de abril de 2020, de <http://www.bitbrain.com/es/blog/atencion-cognitiva-concentracion>

- Borrelli, B. (2018). Condición motriz y calidad de vida en adultos mayores. *Calidad de Vida y Salud*, 4(1). Buenos Aires, Argentina: revista académica Calidad de Vida UFLO
Recuperado el 18 de 04 de 2020
- Cabero Almenara, J., & Llorente Cejudo, M. D. C. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).
- Calderón, J., & Rodríguez, L. (2014). Propuesta de intervención fisioterapéutica en personas con características clínicas de demencia tipo Alzheimer en etapa moderada de la enfermedad, atendidas en la Clínica de la Memoria del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, entre agosto del 2012 hasta agosto del 2013. Recuperado el 15 de abril de 2020
- Camargo, K., & Laguado, E. (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 Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado el 27 de marzo de 2020
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 34(3), 8. Recuperado el 15 de abril de 2020
- Carracedo, M., Sánchez, D., & Zunino, C. (2017). Consentimiento informado en investigación. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay*, 4, 16-21.
- Castillero, O. (2018). Problemas de memoria: sus 3 tipos y las posibles causas. *Psicología y Mente*. Recuperado el 17 de 04 de 2020, de [Http://www.psicologiaymente.com/clinica/problemas-de-memoria](http://www.psicologiaymente.com/clinica/problemas-de-memoria)
- Cid, N., Pinilla, C., Quezada, S., & Santana, P. (2016). *Atención Selectiva, Atención Sostenida, Inhibición Cognitiva y Flexibilidad Cognitiva*. Concepción, Chile: Universidad católica de la santísima concepción. Recuperado el 17 de abril de 2020
- CogniFit. (S. Fc). Atención-focalizada. Recuperado el 18 de abril de 2020, de <http://www.cognifit.com/es/atencion-focalizada>
- CogniFit. (S. Fc). Flexibilidad-cognitiva. Recuperado el 17 de abril de 2020, de <http://www.cognifit.com/es/flexibilidad-cognitiva>
- CogniFit. (S. Fc). Habilidades-cognitivas/planificación. Recuperado el 17 de abril de 2020, de: <http://www.cognifit.com/es/habilidades-cognitivas/planificacion>
- Consejo de comunicación y ciudadanía. (2018). *El 19 Digital*. Recuperado el 2 de marzo de 2020, de <https://www.el19digital.com/app/webroot/tinymce/source/2018/00->

- Constitución Política de Nicaragua. (2010). *Reglamento de la Ley del Adulto Mayor. Managua*. Recuperado el 16 de 08 de 2020, de http://www.ine.gob.ni/DGE/leyes/decreto/Reglamento_Adulto_Mayor.pdf
- Dorado Ramírez, C. A. (2017). Contextualización de los déficits en cognición social en la demencia tipo Alzheimer, la demencia vascular y el deterioro cognitivo leve.
- Echavarría, L. (2017). *Relación entre las funciones ejecutivas y cognitivas en adultos mayores de Lima metropolitana*. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos. Recuperado el 16 de abril de 2020
- Espinoza, A. D. L. A., Espinoza, M. R., & Hernández Martínez, X. C. (2017). *Evaluación del grado de Autonomía física y cognitiva en actividades avanzadas de la vida diaria en adultos mayores residentes en hogares de ancianos de la región Central Norte de Nicaragua, octubre-noviembre 2017* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
- Espinoza, P. (2015). *Recurso para educadores sociales: actividades de estimulación cognitiva*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Recuperado el 16 de abril de 2020
- Fonseca, V. (1988). *Manual de observación psicomotriz. Factores psicomotores y su relación con las tres unidades funcionales: Fundamentos psico neurológicos de la batería psicomotora (BPM)*. Barcelona, España: Inde.
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev. Neurol*, 66(11), 77-386.
- Garzón-Giraldo, M. L. D., Montoya-Arenas, D. A., & Carvajal-Castrillón, J. (2015). Perfil clínico y neuropsicológico: Enfermedad de Parkinson/enfermedad por cuerpos de Lewy. *CES Medicina*, 29(2), 255-269.
- Gomáriz, J. (2016). Exploraciones diagnósticas ante la sospecha de demencia en una persona sana. *know Alzheimer*. Recuperado el 16 de abril de 2020, de <http://knowAlzheimer.com/exploraciones-diagnosticas-ante-la-sospecha-de-demencia-en-una-persona-sana/>
- Gómez, C. S., & García, C. F. (S. Fc) CAPITULO 20: DEMENCIAS: CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA Y DIFERENCIACIÓN COGNITIVA.
- Gonzáles, G. (S. Fc). Técnicas-de-investigación *Lifeder*. Recuperado el 11 de junio de 2020, de <https://www.lifeder.com/tecnicas-de-investigacion/>

- Gonzales, R. (2018). *Prevención, formación e intervención en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Recuperado el 4 de marzo de 2020, de <https://www.estimulacioncognitiva.info/2017/11/08/c%C3%B3mo-realizar-una-valoracion-en-deterioro-cognitivo-3%C2%BA-paso-evaluaci%C3%BA>
- Guillen, L. (2015). Correlación Entre el Control Inhibitorio y la Memoria en Adultos Mayores. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 5(1), 24-29. Recuperado el 17 de abril de 2020
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (Sexta ed.). (McGraw-Hill, Ed.) México: Interamericana Editores, S.A. De C.V. Recuperado el 14 de 05 de 2020, de <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Huang, J. (2018). Demencia frontotemporal (DFT). *Manual MSD*, 2.
- Instituto nacional de tecnologías educativas de formación del profesorado. (21 de 09 de 2018). Habilidades visoespaciales *Inter*. Recuperado el 17 de 04 de 2020, de http://formacion.intef.es/pluginfile.php/177945/mod_imsccp/content/2/habilidades_visoespaciales.html
- Lastra, J. (2019). *Estado cognitivo de los adultos mayores que acuden al centro de salud El Tejar*. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del norte. Recuperado el 27 de marzo de 2020
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of Older People: Self-maintaining and instrumental active and daily living gerontologist. *The Journals of Gerontology*, 179-186. Recuperado el 15 de abril de 2020
- Lozada, D., Castro, E., Vera, I., Iglesias, M., Lebrón, M., y Torti, S., (2018). Empleo del Test del Reloj en la tele monitoreo de pacientes en un hospital público. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- López-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.
- López Martínez, A. (2017). *Análisis de las relaciones sociales y la fragilidad en mayores de 75 años residentes en Castellón de la Plana* (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I).
- Luna, Y., & Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima metropolitana y Callao. *Neuropsiquiatría*, 81(1), 9-19. Recuperado el 15 de abril de 2020

- Machado, M. (2016). *Estado cognitivo de los mayores de 50 años ingresados en los servicios de medicina interna, cirugía y ortopedia del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez*. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Recuperado el 27 de marzo de 2020
- Madrigal, L. N. G. (2016). Síndrome de inmovilización en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(616), 551-555.
- Maldonado, S. (2017). Perfil de alteraciones del lenguaje en. *Revista de la facultad, Ciencias Médicas*, 36(2), 32.
- Martínez Sotelo, C., & Noemí Padilla, C. (2016). Reformulación conversacional en adultos mayores. *Humanidades Médicas*, 16(2), 227-245.
- Martínez, C., & Chuquipul, P. (2018). *Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor*. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener. Recuperado el 27 de marzo de 2020
- Mateo, V. F. (2010). Funciones ejecutivas: estimación de la flexibilidad cognitiva en población normal y un grupo psicopatológico. Recuperado el 24 de mayo de 2020, de <https://www.uv.es/femavi/Wisconsin.pdf>
- Mateu, K. A., Guzmán, M. D. L. Á. A., & Jiménez, L. F. H. (2015). Función ejecutiva en adultos mayores con patologías asociadas a la evolución del deterioro cognitivo. *Neuropsicología Latinoamericana*, 6(2).
- Ministerio de Educación, Cultura y Deportes de Nicaragua. (2001). Plan nacional de educación. *Secretaría de educación pública*. Recuperado el 24 de mayo de 2020, de https://www.dgb.sep.gob.mx/tramites/revalidacion/Estruc_sist_edu/Estud-NICARAGUA.pdf
- Neri-Nani, G., López-Ruiz, M., Estrada-Bellmann, I., Carrasco, H., Enríquez-coronel, G., González-Usigli, H., ... & Velázquez-Osuna, S. (2016). Consenso Mexicano sobre el diagnóstico de la enfermedad de Huntington. *Archivos de Neurociencias*, 21(1), 64-72.
- Organización internacional del trabajo. (2019). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Recuperado el marzo de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Organización mundial de la salud, Organización panamericana de salud, Alzheimer's Disease International. (2017). *OMS*. Recuperado el marzo de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf

- Organización mundial de la salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. *OMS*. Recuperado el 10 de abril de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización mundial de la salud. (2019). Demencia. *OMS*. Recuperado el 16 de abril de 2020, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Habilidades visoespaciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OMS. Recuperado el 17 de 04 de 2020
- Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista ciencias de la salud*, 16(1), 114-128
- Pineda, V., & Hernández, J. (2011). 4.1 Técnicas Cuantitativas. Recuperado el 14 de 06 de 2020, de <http://entornovirtualparaeldesarrollode.weebly.com/41tecnicas-cuantitativas.html>
- Plus, M. (2016) Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación [database en the Internet]. Bethesda, Maryland: NIH 07-139s.
- Pozo, C. N. (2019). *La psicomotricidad como estrategia terapéutica en el mantenimiento de las funciones cognitivas y motoras de los adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve* (Bachelor's thesis, Quito: UCE). Recuperado el 18 de 04 de 2020
- Prast, J., Salazar, R., & Molina, J. (2016). Implicaciones metodológicas del respeto al principio de autonomía en la investigación social. *SciELO*, 13(31), 4. Recuperado el 15 de 05 de 2020
- Puig, X. (2018). Estimulación Cognitiva. Santiago de Chile: Salesianos Impresores SA.
- Rodríguez, M. (2011). Capítulo 4: Pruebas para evaluar atención. En T. Rodríguez, *Diferencias en Flexibilidad Cognitiva medidas mediante el Paradigma de Cambio de Tarea en Sinestesia y Esclerosis Múltiple* (págs. 71-102). Granada: Universidad de Granada. Recuperado el 18 de abril de 2020
- Romo-Gutiérrez, D. (2015). Factores genéticos de la demencia en la enfermedad de Parkinson (EP). *Gaceta médica de México*, 151(1), 110-118.
- Rosselli, M. (2015). *Desarrollo neuropsicológico de las habilidades visoespaciales y viso constructivas* (Vol. 151). Florida, EE.UU.: Departamento de Psicología, Florida Atlantic University. Recuperado el 17 de 04 de 2020, de [file:///D:/14-rosselli desarrollo-habilidades-visoespaciales-enero-junio-vol-151-2015.pdf](file:///D:/14-rosselli%20desarrollo-habilidades-visoespaciales-enero-junio-vol-151-2015.pdf)
- Saá, B. N. (2018). Lenguaje y envejecimiento. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, Departamento de Neurología. [Online] [cit. 2008-08-22] <http://escuela.Med.puc.cl/publ/cuadernos/2006/lenguaje.Pdf>

- Sabater, V. (2019). Test del dibujo del reloj. *La mente es maravillosa*. Recuperado el 24 de mayo de 2020, de <https://lamenteesmaravillosa.com/test-del-dibujo-del-reloj-diagnosticar/>
- Salazar, M., & Calero, S. (2018). Influencia de la actividad física en la motricidad fina y gruesa del adulto mayor femenino. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(3), 7. Recuperado el 18 de 04 de 2020
- Sánchez Gil, C., González Martín, E., Jimeno Bulnes, N., & Mendizábal de la Cruz, N. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico.
- Sánchez-Beato, A., Galindo, M., Gemenó, M., Jiménez, A., & Prados, J. M. (2019). Flexibilidad cognitiva y comprensión gramatical en mayores con deterioro cognitivo leve de tipo amnésico. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación—Evaluación Psicológica*, 50, 137-147.
- Sepúlveda, C., & Bustamante, P. (2015). Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173-176. Recuperado el 15 de abril de 2020
- Serrani, D. (2019). *Procesos de Aprendizaje de adultos mayores residentes en un Geriátrico*. España: Universidad Nacional del Rosario.
- Solís, C. L. B., Arrijoja, S. G., & Manzano, A. O. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 81-5. Recuperado el 02 de junio de 2020
- Tumbaco, E., & León, G. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Cumbres*, 4(1), 9-16. Recuperado el 15 de abril de 2020
- Valenza, M., Ariza, M., Ortiz, A., Casilda, J., Romero, R., & Moreno, M. (2018). Uso de test dual en ancianos institucionalizados con diferentes niveles de deterioro cognitivo. Estudio transversal. *Revista Facultad Medica*, 66(1), 31-36. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n1.61303>
- Vega, L., Ganado, E., Hernando, A., & Garay, I. (2018). El farmacéutico. Recuperado el 10 de abril de 2020, de <https://elfarmacéutico.es/index.php/cursos/item/9020-demencia-y-deterioro-cognitivo-en-el-anciano#.XpAQ4ohKjtR>
- Véliz, M., Riffo, B., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *RLA. Revista de lingüística teórica y aplicada*, 48(1), 75-103.

Vallejo, M. (2015). Dificultades de aprendizaje. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, 25, 1-10.

Ustárriz, J. T., García-Molina, A., Lago, M. R., & Valero, C. P. (2011). Funciones ejecutivas. *Rehabilitación neuropsicológica. Student Consult en español: Intervención y práctica clínica*, 109.

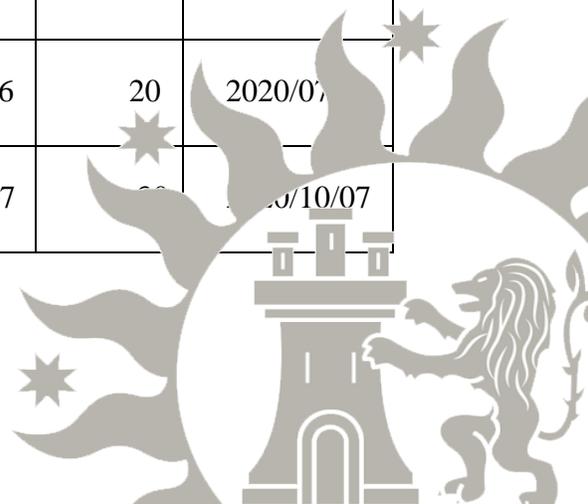
8. Anexos



a. Cronograma de trabajo

Tabla 6 Cronograma de trabajo.

Fase	Código de la actividad	Actividad	Fechas de inicio	Duración en días	Fechas de terminación
Planificación	1	Fase exploratoria (selección del tema)	2020/02/24	7	2020/03/02
	2	Planteamiento del problema	2020/03/04	5	2020/03/09
	3	Justificación	2020/03/09	2	2020/03/11
	4	Objetivos	2020/03/16	2	2020/03/18
	5	Marco teórico	2020/04/03	20	2020/04/23
	6	Diseño metodológico	2020/05/08	14	2020/05/22
	7	Elaboración de la Matriz de variables	2020/05/20	4	2020/05/24
	8	Elaboración de instrumentos	2020/05/25	3	2020/05/28
	9	Validación de los instrumentos	2020/06/08	3	2020/06/11
	10	Escritura del protocolo formal	2020/06/05	6	2020/06/12
	11	Entrega del protocolo al Departamento	2020/06/12	1	2020/06/12
	13	Mejora del Protocolo final	2020/06/13	12	2020/06/25
	15	Incorporación de las observaciones	2020/06/26	20	2020/07/16
De campo	16	Aplicación de los instrumentos	2020/09/07	20	2020/10/07



	17	Análisis de los resultados del trabajo de campo	2020/10/08	80	2020/12/29
	18	Elaboración del primer borrador de informe de investigación	2021/01/13	1	2021/01/13
Divulgación de los resultados	19	Elaboración del informe de investigación	2021/01/14	27	2021/02/10
	20	Pre-defensa al docente	2021/02/12	1	2021/02/12
	23	Entrega del informe al departamento de enfermería	2021/02/17	1	2021/02/17
		Defensa de la monografía	2021/02/22	2	2021/02/23
	24	Incorporación de las observaciones del comité evaluador	2021/02/24	3	2021/02/26



b. Presupuesto

Tabla 7 Presupuesto del estudio

Rubro	Detalles	Total
Transporte al departamento Masaya	-130x Viajes (25)	C\$:3,250
Insumo para el hogar de anciano	-Insumo de limpieza (4)	C\$:1, 200
Impresiones y fotocopias	-Presentación de los Test (1) -Protocolo de investigación (2) -Revisión de protocolo (2) -Revisión de instrumentos por expertos (3) -Instrumentos (23) -Documento para la pre defensa (1) -Documentos para la defensa (3) -Trabajo final (3)	C\$: 7,000
Equipo de protección personal	Mascarillas (100) Alcohol Gel (5)	C\$ 1,200
Vestuario para presentación	Alquiler de traje formal (2)	C\$ 1,200
Arreglo para defensa	Refrigerio para jurado	C\$ 200
TOTAL		C\$ 14,050



c. Instrumentos

Cuestionario sobre datos sociales



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud, POLISAL

Departamento de Enfermería

Enfermería en Cuidados Críticos

Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia del barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.

Objetivo de investigación: Evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia del barrio German Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020

Código de cuestionario: _____ Fecha: _____ Hora _____

Instrucciones: Tache con un lápiz o lapicero la opción que se le pide en cada pregunta.

¿En qué rango de edad se encuentra?

Tercera edad (60-74 años) Cuarta edad (75-89 años) Longevos (90-99 años)

Centenarios > 100 años

¿A qué género pertenece?

Hombre Mujer

¿Cuál es el rango de escolaridad al que llegaron los estudios del adulto mayor?

Analfabeta Educación preescolar Educación Primaria

Educación secundaria Educación superior

¿Habita con algún familiar?

Sí No



¿Cuántos habitan en el hogar?

¿Recibe ayuda económica de parte de algún familiar, si la respuesta es afirmativa, refiera de que parte?

- Recibo ayuda de parte de mis vecinos
- Recibo ayuda de partes de mis hermanos e hijos
- Por parte de mis sobrinos
- Dependo por sí mismo
- Otros

¿Cuál es su estado civil?

- Soltera (o)
- Casada (o)
- Divorciada (o)
- Viuda (o)

¿Cuántos hijos tiene?

- 0 hijos
- 1 hijo
- Más de 2 hijos

¿Cómo es la relación con sus familiares?

- Distante
- Unidos

¿Cómo es la relación con sus vecinos?

- Bien
- No nos relacionamos
- Mal

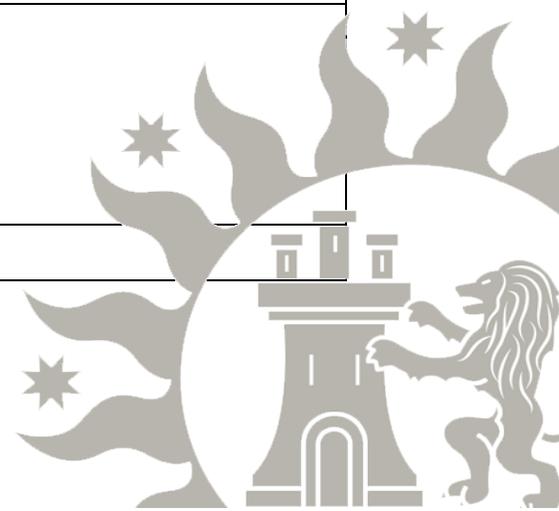
¿Cuáles son sus relaciones sociales?

- Con las personas de la iglesia
- Con mis amigos
- Con mis vecinos
- Con mis familiares



Índice de Barthel

Índice de Barthel			
Nombre:		Género: o: H: M:	Escolaridad:
Nombre del lugar a aplicar:			
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
A continuación, encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.			
Comer 0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)			
Trasladarse entre la silla y la cama 0 = Incapaz, no se mantiene sentado 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = Independiente			
Aseo personal 0 = Necesita ayuda con el aseo personal 5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse			
Uso del retrete 0 = Dependiente 5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)			
Bañarse/Ducharse			



<p>0 = Dependiente</p> <p>5 = Independiente para bañarse o ducharse</p>
<p>Desplazarse</p> <p>0 = Inmóvil</p> <p>5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m</p> <p>10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)</p> <p>15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador</p>
<p>Subir y bajar escaleras</p> <p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta</p> <p>10 = Independiente para subir y bajar</p>
<p>Vestirse y desvestirse</p> <p>0 = Dependiente</p> <p>5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda</p> <p>10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.</p>
<p>Control de heces</p> <p>0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema)</p> <p>5 = Accidente excepcional (uno/semana)</p> <p>10 = Continente</p>
<p>Control de orina</p> <p>0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa</p> <p>5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)</p> <p>10 = Continente, durante al menos 7 días</p>



Test de reloj

Criterios de puntuación del test del reloj	
1. Esfera del reloj (máximo 2 puntos).	
Puntos	RESULTADOS
2	Dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.
2. Presencia o secuencia de los números (máximo 4 puntos).	
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	Cuando los "pequeños errores" en la colocación espacial se dan en 4 o más números pequeños.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (colocar el número 3 en el espacio del número 6).
2	Omisión o adicción de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
	Números con algún desorden de secuencia (4 o más números).
	Los 12 números colocados en sentido anti horario (rotación inversa).
	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc..).
	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.
	Alineación numérica con falta o exceso de números.
	Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).
3. Manecillas (menos de 4 números).	
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones correctas de tamaño (la de la hora más corta).



3.5	Las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).
	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial).
	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "Rueda de carro".



Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL

Nombre del paciente:

Fecha:

Edad:

Nombre de quien lo aplica:

1. ORIENTACIÓN:

- ¿En qué año estamos? 1
- ¿En qué estación del año estamos? 1
- ¿En qué día de la semana estamos?..... 1
- ¿Qué día (número) es hoy?..... 1
- ¿En qué mes estamos?..... 1
- ¿En qué provincia estamos? 1
- ¿En qué país estamos? 1
- ¿En qué pueblo o ciudad estamos? 1
- ¿En qué lugar estamos en este momento? 1
- ¿Se trata de un piso o planta baja? 1

2. FIJACION:

Repita estas 3 palabras: “peseta, caballo, manzana” (1 punto por cada respuesta correcta) 3

Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que las aprenda. Acuérdesse de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:

Si tiene 30 euros y me da 3, ¿cuántos le quedan?, ¿y si me da 3? (hasta 5 restas) 5

Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda).

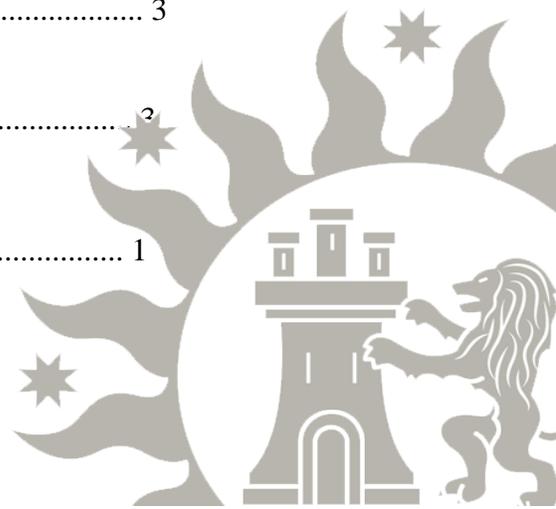
Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en núm. y orden) 3

4. MEMORIA:

¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? 3

5. LENGUAJE Y CONSTRUCCION:

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 1



Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 1

Repita esta frase: “EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS” (si es correcta) 1

- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

¿Qué son un gato y un perro? 1

¿Y el rojo y el verde? 1

- Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA,
DÓBLELO POR LA MITAD Y PONGALO ENCIMA DE LA MESA.

(1 punto por cada acción correcta) 3

Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos:
“CIERRE LOS OJOS” 1

Ahora por favor escriba una frase, la que quiera en este papel (le da un papel).1

Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se
entrelazan en un polígono de 4 lados 1



Guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud, POLISAL.

Departamento de Enfermería

Enfermería en Cuidados Críticos

Guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial

Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.

Objetivo de investigación: Evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.

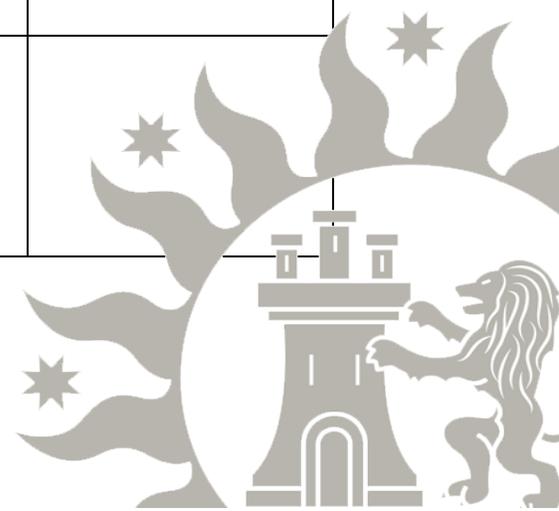
Instrucciones: pídale al adulto mayor a evaluar siga las acciones que se le muestran a continuación y marque con una **X** en el espacio indicado según lo que se observe.

Código de guía: _____ Fecha: _____ Hora _____

Números de actividades	Acciones a evaluar	REGISTRO DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		Lo realiza 2 puntos	Lo realiza con dificultad 1 puntos	No lo realiza 0 puntos	
1	Levanta la mano derecha y el pie				

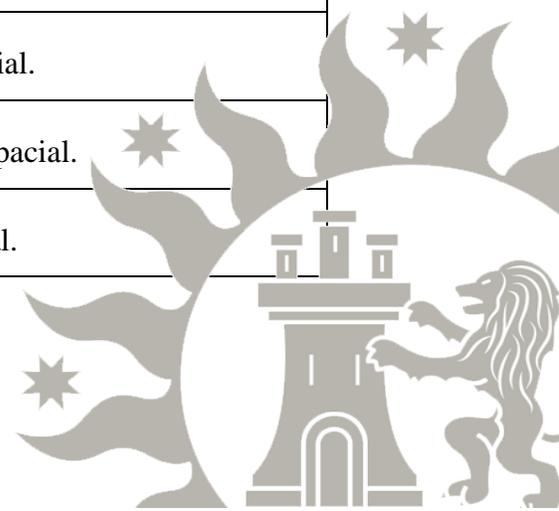


	izquierdo al mismo tiempo				
2	Levanta la mano izquierda y el derecho al mismo tiempo				
3	Toca la cabeza con la derecha y mueve la mano izquierda rotativa				
4	Toca la cabeza con la mano izquierda y mueve la mano derecha				
5	Toca la cabeza con la mano derecha y mueve el pie izquierdo				
6	Toca la cabeza con la mano izquierda y mueve el pie derecho				
7	Mirar hacia arriba levantando la mano derecha y el pie izquierdo				
8	Mirar hacia abajo levantando la mano izquierda y el pie derecho				



9	Mirar hacia arriba movimiento mano derecha y levantando pie izquierdo				
10	Mirar hacia abajo movimiento mano izquierda y levantando pie derecho				
11	Identifica objetos según posición, Izquierda				
12	Identifica objetos según posición Derecha				
13	Identifica objetos según posición Arriba				
14	Identifica objetos según posición Abajo				

Evaluación	28 – 27 Funcional, orientado, capaz.
	26 – 20 Leve disminución dual visoespacial.
	19 – 10 Moderada disfunción dual visoespacial.
	9 – 0 Grave disminución dual visoespacial.





UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud, POLISAL.

Departamento de Enfermería

Enfermería en Cuidados Críticos V año

Lista de chequeo de características clínicas de demencias

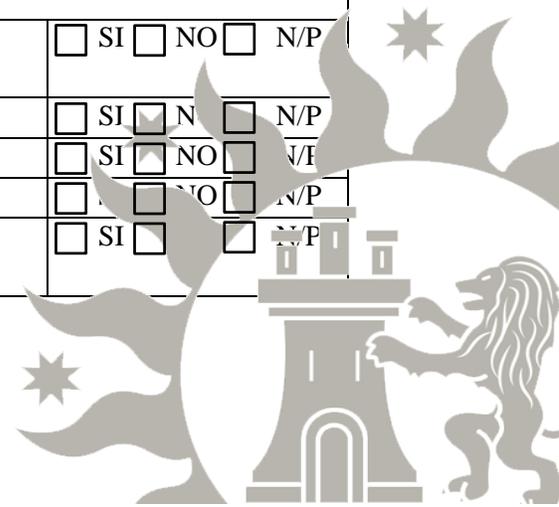
Tema de investigación: Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.

Objetivo de investigación: Evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.

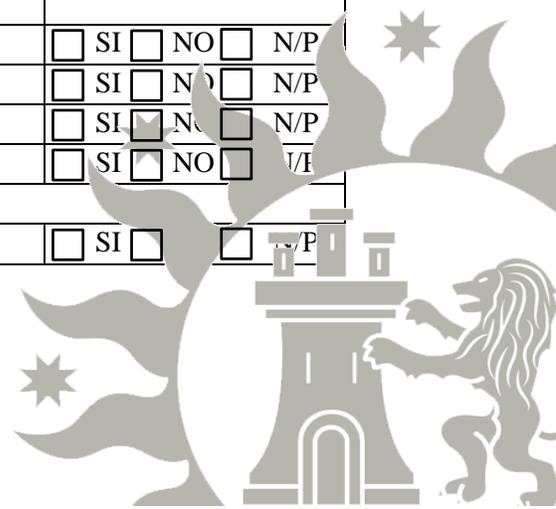
Indicaciones: marque con una **X** en la casilla SI - NO o N/P (no presenciado) en base a las respuestas dadas por el familiar o el adulto mayor. Hace elegible al adulto mayor para el estudio lo siguiente: La presencia de 3 o más ítems positivos en los puntos chequeados número 1, 2, 4, 6 y 7; la presencia de 5 o más ítems positivos en el punto de chequeo número 3; la presencia de 2 o más ítems positivos en el punto de chequeo número 5. Las respuestas que den como conclusión N/P requerirán algún tipo de ejemplo por parte del investigador o de ser posible una aplicación del ítem consultado.

Ítem/s inspeccionado/s: Signos y síntomas de demencias	Fecha:
Puntos chequeados: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Paciente no:

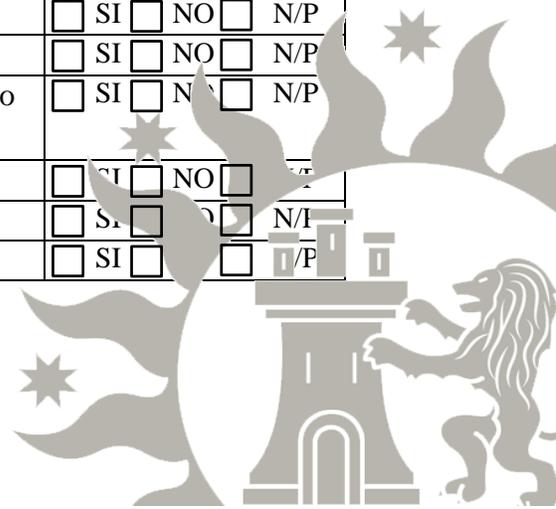
1. Demencia tipo Alzheimer	
Deterioro de la memoria, como, por ejemplo, dificultad para recordar eventos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad para concentrarse, planificar o resolver problemas	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Problemas para completar tareas diarias en el hogar o en el trabajo	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Confusión con respecto a los lugares o el paso del tiempo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultades visuales o de espacio, como, por ejemplo, no comprender distancias al conducir, perderse o poner cosas en lugares equivocados	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P



Problemas de lenguaje, como, por ejemplo, problemas para encontrar palabras o vocabulario reducido al hablar o escribir	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Retraerse de eventos laborales o compromisos sociales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Cambios de humor, como depresión u otros cambios en el comportamiento y la personalidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
2. Demencia vascular	
Desorientación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad para prestar atención y concentrarse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Capacidad reducida para organizar pensamientos o acciones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Disminución en la capacidad para analizar una situación, desarrollar un plan efectivo y comunicar ese plan a otros	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad para decidir qué hacer a continuación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Intranquilidad y agitación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Marcha inestable	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Deseo repentino y frecuente de orinar o incapacidad para controlar la micción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Depresión o apatía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
3. Demencia por enfermedad de priones	
Cambios en la personalidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Ansiedad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Depresión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Pensamiento alterado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Visión borrosa o cieguera	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Insomnio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Movimientos bruscos repentinos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
4. Demencia por cuerpos de Lewy	
Alucinaciones visuales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Movimientos lentos, músculos rígidos, temblores o caminar arrastrando los pies	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Podrías tener un trastorno de la conducta del sueño con movimientos oculares rápidos (MOR)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Episodios de somnolencia, largos períodos de observación en el espacio, largas siestas durante el día	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Habla desorganizada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Depresión o apatía	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Mareos o caídas	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Problemas intestinales como el estreñimiento.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
5. Demencia frontotemporal	
Conducta social cada vez más inapropiada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P



Pérdida de empatía y otras habilidades interpersonales, como tener sensibilidad a los sentimientos de los demás	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Falta de juicio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Pérdida de la inhibición	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Conducta compulsiva repetitiva, como golpear, aplaudir o golpear los labios	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Cambios en los hábitos alimenticios, generalmente comiendo en exceso o teniendo una preferencia por los dulces y los carbohidratos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Comer objetos no comestibles	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Deseos compulsivos de llevarse cosas a la boca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Problemas del habla y del lenguaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad creciente para usar y entender el lenguaje escrito y hablado, como tener problemas para encontrar la palabra correcta para usar en el habla o para nombrar objetos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
No saber más el significado de las palabras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Cometer errores en la construcción de frases	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
6. Demencia por enfermedad de Huntington	
Movimientos espasmódicos o de contorsión involuntarios (corea)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Problemas musculares, como rigidez o contracturas musculares (disonía)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Movimientos oculares lentos o anormales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad en la producción física del habla o para tragar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad para organizarse, establecer prioridades o enfocarse en tareas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Falta de flexibilidad o tendencia a quedarse sumido en un pensamiento, conducta o acción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Falta de conciencia sobre las conductas y habilidades propias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Lentitud para procesar pensamientos o «encontrar» palabras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Depresión como síntoma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Insomnio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Ideas frecuentes sobre la muerte, el morir o el suicidio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Comportamiento obsesivo-compulsivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
7. Demencia por enfermedad de Parkinson	
Un temblor, o sacudida, generalmente comienza en una extremidad, a menudo en la mano o los dedos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Movimientos lentos en tareas simples	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
La rigidez muscular en cualquier parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Postura encorvada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Capacidad reducida para realizar movimientos inconscientes, como parpadear, sonreír o balancear los brazos cuando caminas.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Cambios en el habla, insultar o dudar al hablar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Discurso monótono	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P
Dificultad para escribir	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P



d. Tablas

Tabla 8 Relación entre género y rango de edad.

Cuenta de Género	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	Hombre	Mujer	Total general
Cuarta edad (75-89 años)	6	4	10
Longevos (90-99 años)		1	1
Tercera edad (60-74años)	3	6	9
Total general	9	11	20

Tabla 9 Relación entre género y rango de escolaridad.

Cuenta de Género	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	Hombre	Mujer	Total general
Analfabeta		2	2
Educación preescolar	4		4
Educación primaria	4	6	10
Educación secundaria	1	1	2
Educación superior		2	2
Total general	9	11	20

Tabla 10 Estado civil con relación al rango de edad.

Cuenta de Estado civil	Etiquetas de columna				
Etiquetas de fila	Casada (o)	Divorciada (o)	Soltera (o)	Viuda (o)	Total
Hombre	2	1		1	5
Cuarta edad (75-89 años)	2	1		3	6
Tercera edad (60-74años)			1	2	3
Mujer	2	1		2	6
Cuarta edad (75-89 años)	1			3	4
Longevos (90-99 años)				1	1
Tercera edad (60-74años)	1	1	2	2	6
Total general	4	2	3	11	20

Tabla 11 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por la enfermedad de Parkinson según género y rango de edad.

Cuenta de Evaluación	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	Negativo	Positivo	Total general
Hombre		9	9
Cuarta edad (75-89 años)		6	6
Tercera edad (60-74años)		3	3
Mujer	2	9	11
Cuarta edad (75-89 años)	2	2	4
Longevos (90-99 años)		1	1
Tercera edad (60-74años)		6	6
Total general	2	18	20

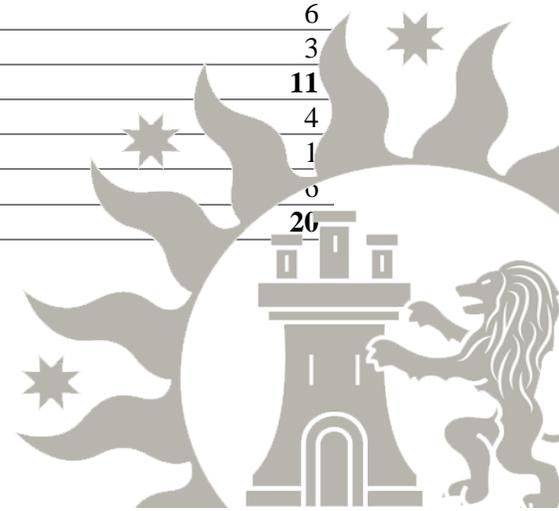


Tabla 12 Frecuencia y porcentaje de las características clínicas de la demencia por enfermedad de Parkinson.

	SI		NO		N/P	
	F.	%	F.	%	F.	%
Demencia por Parkinson						
Un temblor, o sacudida, generalmente comienza en una extremidad, a menudo en la mano o los dedos	11	55%	9	45%	0	0%
Movimientos lentos en tareas simples	16	80%	4	20%	0	0%
La rigidez muscular en cualquier parte del cuerpo	7	35%	12	60%	1	5%
Postura encorvada	15	75%	5	25%	0	0%
Problemas de equilibrio	16	80%	4	20%	0	0%
Capacidad reducida para realizar movimientos inconscientes, como parpadear, sonreír o balancear los brazos cuando caminas.	3	15%	17	85%	0	0%
Cambios en el habla, insultar o dudar al hablar	2	10%	18	90%	0	0%
Discurso monótono	6	30%	14	70%	0	0%
Dificultad para escribir	7	35%	13	65%	0	0%

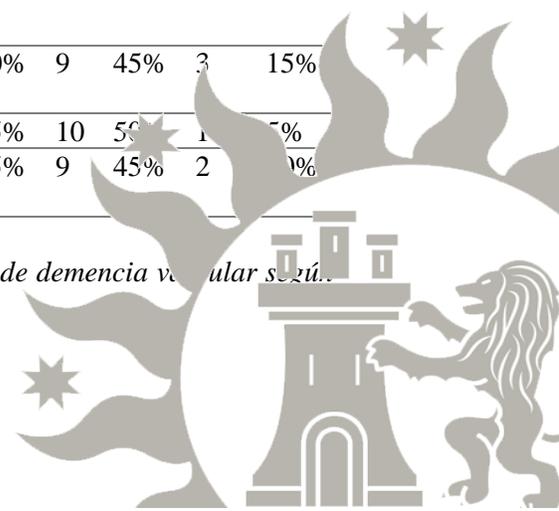
Tabla 13 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia tipo Alzheimer según género y rango de edad.

Cuenta de Evaluación	Etiquetas de columna		
	Negativo	Positivo	Total general
Etiquetas de fila			
Hombre	3	6	9
Cuarta edad (75-89 años)	1	5	6
Tercera edad (60-74años)	2	1	3
Mujer	1	10	11
Cuarta edad (75-89 años)		4	4
Longevos (90-99 años)		1	1
Tercera edad (60-74años)	1	5	6
Total general	4	16	20

Tabla 14 Frecuencia y porcentaje de las características clínicas de demencia tipo Alzheimer.

	Si		No		N/P	
	F.	%	F.	%	F.	%
Demencia tipo Alzheimer						
Deterioro de la memoria, como por ejemplo, dificultad para recordar eventos	15	75%	4	20%	1	5%
Dificultad para concentrarse, planificar o resolver problemas	13	65%	6	30%	1	5%
Problemas para completar tareas diarias en el hogar o en el trabajo	9	45%	11	55%	0	0%
Confusión con respecto a los lugares o el paso del tiempo	14	70%	4	20%	2	10%
Dificultades visuales o de espacio, como por ejemplo, no comprender distancias al conducir, perderse o poner cosas en lugares equivocados	8	40%	9	45%	3	15%
Problemas de lenguaje, como, por ejemplo, problemas para encontrar palabras o vocabulario reducido al hablar o escribir	8	40%	9	45%	3	15%
Retraerse de eventos laborales o compromisos sociales	9	45%	10	50%	1	5%
Cambios de humor, como depresión u otros cambios en el comportamiento y la personalidad	9	45%	9	45%	2	10%

Tabla 15 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia vascular según género y rango de edad.



Cuenta de Evaluación	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	Negativo	Positivo	Total general
Hombre	5	4	9
Cuarta edad (75-89 años)	2	4	6
Tercera edad (60-74años)	3		3
Mujer	4	7	11
Cuarta edad (75-89 años)	1	3	4
Longevos (90-99 años)	1		1
Tercera edad (60-74años)	2	4	6
Total general	9	11	20

Tabla 16 Frecuencia y porcentaje de las características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy.

Demencia por cuerpos de Lewy	SI		NO	
	F.	%	F.	%
Alucinaciones visuales	5	25%	15	75%
Movimientos lentos, músculos rígidos, temblores o caminar arrastrando los pies	11	55%	9	45%
Trastorno de la conducta del sueño con movimientos oculares rápidos	0	0%	20	100%
Episodios de somnolencia, largos o períodos de observación en el espacio	7	35%	13	65%
Habla desorganizada	2	10%	18	90%
Depresión o apatía	3	15%	17	85%
Mareos o caídas	13	65%	7	35%
Problemas intestinales como el estreñimiento.	15	75%	5	25%

Tabla 17 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy según género y rango de edad.

Cuenta de Evaluación	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	Negativo	Positivo	Total general
Hombre	4	5	9
Cuarta edad (75-89 años)	2	4	6
Tercera edad (60-74años)	2	1	3
Mujer	6	5	11
Cuarta edad (75-89 años)	2	2	4
Longevos (90-99 años)	1		1
Tercera edad (60-74años)	3	3	6
Total general	10	10	20

Tabla 18 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por enfermedad de Huntington según género y rango de edad.

Cuenta de Evaluación	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	Negativo	Positivo	Total general



Hombre	5	4	9
Cuarta edad (75-89 años)	2	4	6
Tercera edad (60-74años)	3		3
Mujer	5	6	11
Cuarta edad (75-89 años)	3	1	4
Longevos (90-99 años)	1		1
Tercera edad (60-74años)	1	5	6
Total general	10	10	20

Tabla 19 Frecuencia y porcentaje de características clínicas positivas de demencia por enfermedad de Huntington.

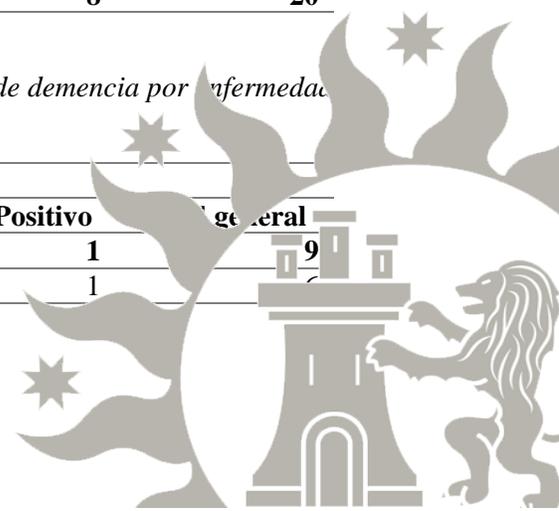
Demencia por Huntington	F.	%
Movimientos espasmódicos o de contorsión involuntarios (corea)	3	15%
Problemas musculares, como rigidez o contracturas musculares (disonía)	4	20%
Movimientos oculares lentos o anormales	2	10%
Dificultad en la producción física del habla o para tragar	5	25%
Dificultad para organizarse, establecer prioridades o enfocarse en tareas	9	45%
Falta de flexibilidad o tendencia a quedarse sumido en un pensamiento, conducta o acción	6	30%
Falta de conciencia sobre las conductas y habilidades propias	5	25%
Lentitud para procesar pensamientos o "encontrar" palabras	10	50%
Depresión como síntoma	4	20%
Insomnio	10	50%
Ideas frecuentes sobre la muerte, el morir o el suicidio	6	30%
Comportamiento obsesivo-compulsivo	3	15%

Tabla 20 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia frontotemporal según género y rango de edad.

Cuenta de Evaluación	Etiquetas de columna		
	Negativo	Positivo	Total general
Hombre	6	3	9
Cuarta edad (75-89 años)	4	2	6
Tercera edad (60-74años)	2	1	3
Mujer	6	5	11
Cuarta edad (75-89 años)	3	1	4
Longevos (90-99 años)	1		1
Tercera edad (60-74años)	2	4	6
Total general	12	8	20

Tabla 21 Evaluación de la lista de chequeo de características clínicas de demencia por enfermedad de Priones según género y rango de edad.

Cuenta de Evaluación	Etiquetas de columna		
	Negativo	Positivo	Total general
Hombre	8	1	9
Cuarta edad (75-89 años)	5	1	6



Tercera edad (60-74años)	3		3
Mujer	9	2	11
Cuarta edad (75-89 años)	3	1	4
Longevos (90-99 años)	1		1
Tercera edad (60-74años)	5	1	6
Total general	17	3	20

Tabla 22 Resultados positivos en la lista de chequeos de características clínicas de demencia por rango de escolaridad.

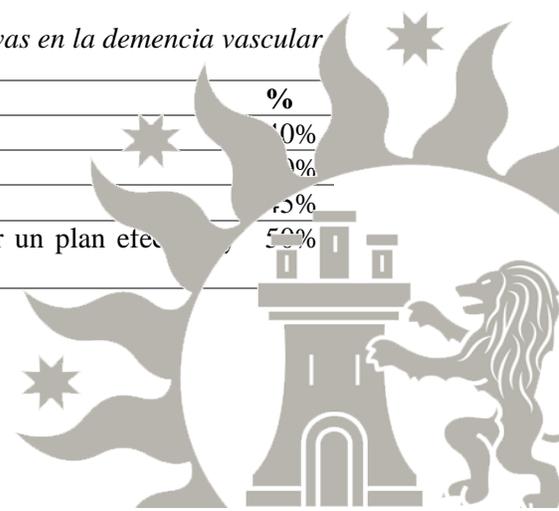
Frecuencia	Demencia tipo alzheimer	Demencia vascular	Demencia por enfermedad de priones	Demencia por cuerpos de Lewy	Demencia frontotemporal	Demencia por enfermedad de Huntington	Demencia por enfermedad de Parkinson
Analfabeta	2	1		1	2	2	2
Educación preescolar	4	3	1	3	1	3	4
Educación primaria	8	5	1	3	2	3	8
Educación secundaria	1			1	2	1	2
Educación superior	1	2	1	2	1	1	2

Tabla 23 Resultados de Desplazarse según el Índice de Barthel con relación a las características clínicas de demencia por Parkinson, por cuerpos de Lewy y Vascular.

Desplazarse	Problemas de equilibrio	Un temblor, o sacudida, en la mano o los dedos	Marcha inestable
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	40%	15%	15%
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	35%	35%	15%
Inmóvil	5%	5%	5%

Tabla 24 Porcentaje de resultados en las características clínicas positivas en la demencia vascular

DEMENCIA VASCULAR	%
Desorientación	100%
Dificultad para prestar atención y concentrarse	100%
Capacidad reducida para organizar pensamientos o acciones	75%
Disminución en la capacidad para analizar una situación, desarrollar un plan efectivo y comunicar ese plan a otros	50%



Dificultad para decidir qué hacer a continuación	40%
Intranquilidad y agitación	40%
Marcha inestable	35%
Deseo repentino y frecuente de orinar o incapacidad para controlar la micción	55%
Depresión o apatía	15%

Tabla 25 Resultados de control de heces y orina según el Índice de Barthel con relación a las características clínicas de demencia por cuerpos de Lewy y Vascular.

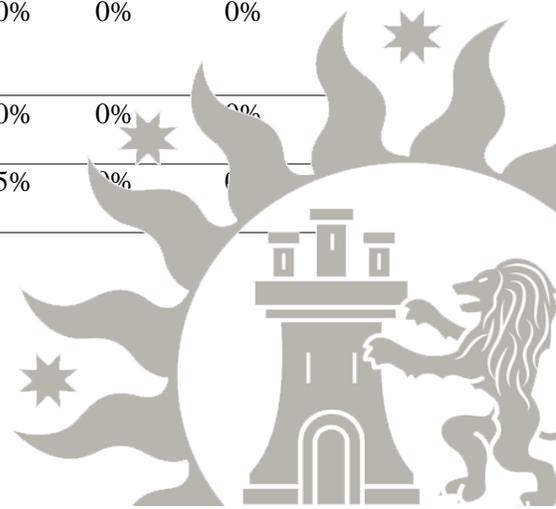
Problemas intestinales	%
Continente	40%
Accidente excepcional (uno/semana)	30%
Incontinente (o necesita que le suministren enema)	5%
Deseo repentino y frecuente de orinar o incapacidad para controlar la micción	
Continente, durante al menos 7 días	15%
Accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	35%
Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	5%

Tabla 26 Resultados del Índice de Barthel en adultos mayores positivos en características clínicas de demencia por enfermedad de Parkinson.

Casos positivos de demencia por Parkinson e Índice de Barthel	Independencia	Dependencia escasa	Dependencia moderada	Dependencia severa	Dependencia total
Tercera edad (60-74 años)	10%	10%	20%	5%	0%
Cuarta edad (75-89 años)	0%	0%	30%	5%	5%
Longevos (90-99 años)	0%	0%	5%	0%	0%

Tabla 27 Resultados positivos de las funciones ejecutivas según las características clínicas de las demencias en la lista de chequeo.

Funciones ejecutivas según las demencias	Planeación y secuenciación	Flexibilidad y rigidez cognitiva	Toma de decisiones	Inhibición cognitiva	Ejecución dual	Función visoespacial	Atención cognitiva
Demencia tipo alzheimer	65%	40%	45%	65%	45%	40%	0%
Demencia vascular	50%	45%	40%	40%	50%	40%	50%
Demencia por enfermedad de priones	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%
Demencia por Lewy	0%	0%	0%	35%	0%	0%	0%
Demencia frontotemporal	0%	0%	25%	0%	5%	0%	0%



Demencia por enfermedad de Huntington	45%	30%	45%	30%	45%	0%	45%
Demencia por enfermedad de Parkinson	0%	0%	0%	30%	0%	0%	0%

Tabla 28 Resultados del Test de reloj a Orden según rango de edad y escolaridad.

TRO	Analfabeta	Educación preescolar	Educación primaria	Educación secundaria	Educación superior	Total General
Negativo						
Tercera edad (60-74años)	0%	0%	0%	10%	5%	15%
Cuarta edad (75-89 años)	0%	0%	5%	0%	0%	5%
Longevos (90-99 años)	0%	0%	5%	0%	0%	5%
Positivo						0%
Tercera edad (60-74años)	10%	5%	10%	0%	5%	30%
Cuarta edad (75-89 años)	0%	15%	30%	0%	0%	45%
TOTAL	10%	20%	50%	10%	10%	100%



Tabla 29 Resultados del Test de reloj a Copia según rango de edad y escolaridad.

TRC	Analfabeta	Educación preescolar	Educación primaria	Educación secundaria	Educación superior	Total general
Negativo						
Tercera edad (60-74años)	0%	0%	5%	5%	5%	15%
Cuarta edad (75-89 años)	0%	0%	10%	0%	0%	10%
Longevos (90-99 años)	0%	0%	5%	0%	0%	5%
Positivo						
Tercera edad (60-74años)	10%	5%	5%	5%	5%	30%
Cuarta edad (75-89 años)	0%	15%	25%	0%	0%	40%
Total	10%	20%	30%	5%	5%	100%

Tabla 30 Resultados de la guía de observación de ejecución dual y relación visoespacial según rango de edad.

Ejecución dual y relación visoespacial	Funcional y orientado	Leve disminución dual visoespacial	Moderada disfunción dual visoespacial	Grave disminución dual visoespacial	Total general
Tercera edad (60-74años)	5%	15%	20%	5%	45%
Cuarta edad (75-89 años)	5%	5%	30%	10%	50%
Longevos (90-99 años)	0%	0%	5%	0%	5%
Total general	10%	20%	55%	15%	100%

Tabla 31 Frecuencia y porcentaje de características clínicas positivas de la demencia por enfermedad de Priones.

Demencia por Priones	SI	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cambios en la personalidad	5	25%
Ansiedad	5	25%
Depresión	3	15%
Pensamiento alterado	4	20%
Visión borrosa o ceguera	15	75%
Insomnio	11	55%
Dificultad para hablar	7	35%
Dificultad para tragar	2	10%
Movimientos bruscos repentinos	2	10%
Pérdida de memoria	8	40%

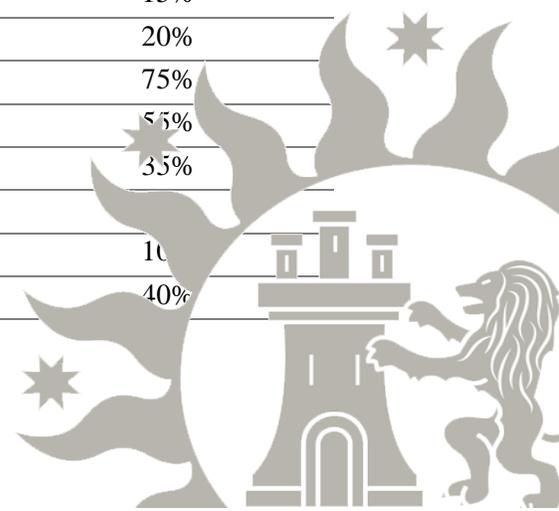


Tabla 32 Resultados de la evaluación de memoria del examen cognoscitivo mini mental según rango de edad.

Cuenta de MEMORIA	Etiquetas de columna		
	Correcto	Incorrecto	Total general
Etiquetas de fila			
Cuarta edad (75-89 años)	2	8	10
Longevos (90-99 años)		1	1
Tercera edad (60-74años)	5	4	9
Total general	7	13	20

Tabla 33 Frecuencia y porcentaje de las características clínicas relacionadas al lenguaje en la demencia frontotemporal

Características de lenguaje en Frontotemporal	SI		NO		N/P	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
Problemas del habla y del lenguaje en conversación	9	45%	11	55%	0	0%
No encontrar palabras al hablar o para nombrar objetos conocidos	2	10%	18	90%	0	0%
No saber más el significado de las palabras	8	40%	11	55%	1	5%
Cometer errores en la construcción de frases	7	35%	12	60%	1	5%

Tabla 34 Resultados de construcción de frases y escritura del examen cognoscitivo mini mental según edad y rango de escolaridad.

Cuenta de Escribir frase	Etiquetas de columna		
	Correcto	Incorrecto	Total general
Etiquetas de fila			
Cuarta edad (75-89 años)	4	6	10
Educación preescolar		3	3
Educación primaria	4	3	7
Longevos (90-99 años)		1	1
Educación primaria		1	1
Tercera edad (60-74años)	3	6	9
Analfabeta		2	2
Educación preescolar		1	1
Educación primaria	1	1	2
Educación secundaria	1	1	2
Educación superior	1	1	2
Total general	7	13	20

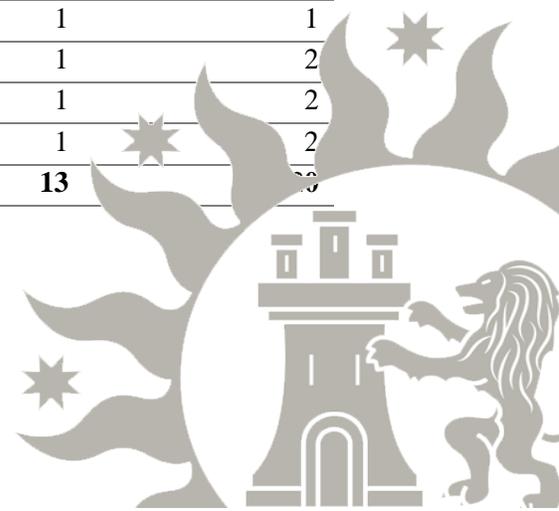


Tabla 35 Porcentaje de alteraciones de memoria y lenguaje en base al examen cognoscitivo mini mental según escolaridad.

	Memoria	Lenguaje y construcción
Analfabeta	5%	10%
Educación preescolar	10%	15%
Educación primaria	40%	20%
Educación secundaria	10%	0%
Educación superior	0%	0%

Tabla 36 . Resultados del examen cognoscitivo mini mental según rango de edad y escolarización.

Mini Mental según edad y escolaridad	Tercera edad (60-74años)					Cuarta edad (75-89 años)		Longevos (90-99 años)	
	Analfa beta	Educación preescolar	Educación primaria	Educación secundaria	Educación superior	Educación preescolar	Educación primaria	Educación primaria	Educación primaria
No existe deterioro cognitivo	0%	0%	5%	5%	0%	0%	5%	0%	
Pudiera existir un posible deterioro cognitivo.	0%	0%	5%	0%	5%	0%	5%	0%	
Existe un deterioro cognitivo leve a moderado.	5%	5%	0%	5%	5%	10%	25%	5%	
Existe un deterioro cognitivo de moderado a severo	5%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	0%	



g. Consentimiento informado

Título del protocolo: Grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

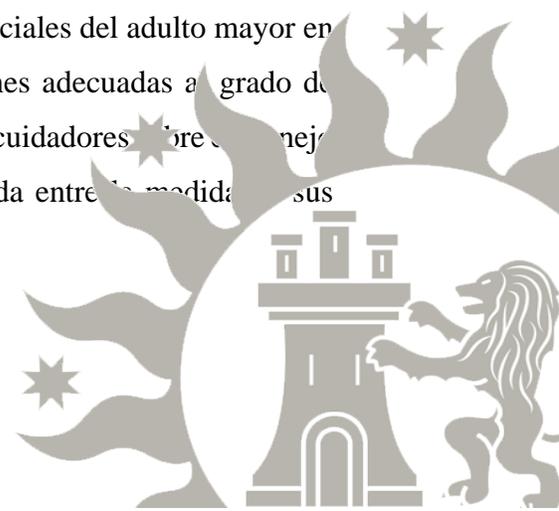
Investigador principal: Ninoska Osorio Blanco/Raquel Sandino Escobar

Iniciales del participante: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación científica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes puntos. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. Justificación del estudio: La presente investigación pretende contribuir, con evidencias en el contexto nicaragüense de la realidad, sobre el adulto mayor con características de demencia para comprender cómo evoluciona el grado de deterioro neurocognitivo en el ámbito comunitario y puntualizar la repercusión del proceso degenerativo en la calidad de vida del adulto mayor. A su vez, los resultados del estudio servirán a profesionales de la salud a nivel primario en su quehacer para el mejoramiento de la atención comunitaria a adultos con características clínicas de demencia. Por otro lado, con la investigación se desarrollarán instrumentos para la identificación del estado de la ejecución dual y relación visoespacial, características clínicas de demencias y recolección de los datos sociales del adulto mayor en la familia nicaragüense. Permitiendo brindar así, recomendaciones adecuadas al grado de deterioro neurocognitivo presentado por los adultos mayores a los cuidadores, sobre el mejoramiento y cuidado del adulto mayor para la mejora de su condición de vida entre las medidas de sus capacidades.



2. Objetivo del estudio: Evaluar el grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia, que habitan en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya, II semestre 2020.

3. Beneficios del estudio: con el estudio se podrá medir el estado de salud neurocognitivo del adulto mayor que habita en el barrio Germán Pomares Ordoñez, Masaya con el fin de proponer recomendaciones para sobrellevar con información la condición del adulto mayor de manera efectiva desde el hogar.

Aclaraciones

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- **No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.**
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.



e. **Carta firmada por el líder comunitario**



Sub Dirección Docente

"2020: Año de la Educación con Calidad y Pertinencia"

Managua, 16 de octubre 2020

**Señores líderes comunitarios
Barrio, German Pomares Ordoñez
Masaya**

Estimados señores:

Reciba saludos y bendiciones del Instituto Politécnico de la Salud.

A través de la presente le estamos solicitando de su apoyo y gestión en autorizar que estudiantes del Instituto Politécnico de la Salud UNAN-Managua, de la carrera Lic. Enfermería cuidados Críticos V año, puedan realizar investigación sobre: **Valoración del grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia Barrio, German Pomares Ordoñez, Masaya II semestre 2020.**

Autores: Br. Ninoska de los Ángeles Orozco Blanco, Br. Raquel Abigail Sandino Escobar. Se adjunta perfil de investigación

Agradeciendo su amable atención a la presente, le saludo.

Cordialmente.


PhD. Zeneyda Quiroz Flores
Sub Dirección Docente
POLISAL UNAN-Managua

Recibido: 



Archivo
ZDF/mar

¡A la Libertad por la Universidad!

Rotonda Universitaria Rigoberto López Pérez, 150 Metros al Este, Código Postal: 663 - Managua, Nicaragua
Teléfonos 505 22770267 | 22770269, Ext. 6109, 6126
Correo: ips@unan.edu.ni | www.unan.edu.ni



f. Cartas de validación de expertos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD "LUÍS FELIPE MONCADA"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

Ficha de opinión de expertos

Fecha 07 / 09 / 2020

Datos generales del experto

1. Nombres y apellidos
2. Cargo e institución donde labora
3. Especialidad

Elizabeth de los Ang. Hernández Castillo
Dpto. Enfermería (IPS-UNAN), Managua
Envejecimiento y Sociedad.

Datos del trabajo

1. Título delimitado del trabajo

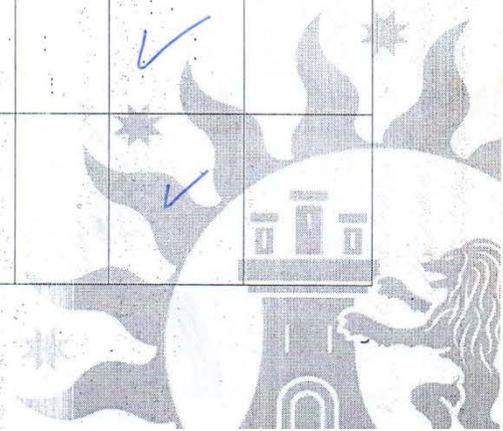
Valoración del grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia que habitan en el barrio Reparto German Pomares Ordoñez, Masaya.

2. Autor (es)

Ninoska de los Angeles Osorio Blanco
Raquel Abigail Sandino Escobar



#	Criterios de evaluación	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
			1	2	3	4	5
1	Claridad	El instrumento esta formulado con lenguaje apropiado al tipo de usuario que lo aplicará.				✓	
2	Actualidad	Los conceptos, clasificaciones y lenguaje técnico son adecuados al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
3	Organización	En el instrumento existe una organización lógica.				✓	
4	Suficiencia	El instrumento comprende los aspectos en cantidad y calidad.				✓	
5	Consistencia	El instrumento está basado en aspectos teóricos y científicos.				✓	
6	Coherencia	Existe coherencia entre las variables, valores, indicadores, definición conceptual.				✓	
7	Metodología	Existe coherencia metodológica entre el planteamiento del problema, el objetivo general, la hipótesis y el diseño metodológico.				✓	
8	Objetividad	El instrumento evidencia que fue creado evitando ser influenciado por creencias, tendencias ideológicas, orientación sexual o afinidad política de los investigadores.				✓	
9	Validez de contenido	El instrumento mide adecuadamente las principales variables en cuestión.				✓	
10	Evidencia relacionada con el constructo	En caso de usar una escala o test. En las páginas entregadas adjuntas a los instrumentos se explica cómo opera el.				✓	



#	Criterios de evaluación	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
			1	2	3	4	5
		instrumento además de qué significan las puntuaciones.				✓	
Total							

Debe sumar todos puntaje obtenido por cada criterio y clasificar el resultado según la siguiente escala

	Deficiente Igual a 10 pts.	Regular 11 – 20 pts.	Buena 21 – 30 pts.	Muy buena 31 – 40 pts.	Excelente 41 – 50 pts.
Puntaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Resumen de observaciones

Solo deben mejorar algunos aspectos de redacción y gramática. Los demás aspectos considero debentian retomar los que les puntualiza en el documento que les aparece en lapicero color rojo.

Firma del experto evaluador:

F. Hernández





UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD "LUIS FELIPE MONCADA"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

Ficha de opinión de expertos

Fecha: 07 / 09 / 20

Datos generales del experto

1. Nombres y apellidos Nubia Isabel Naváez Atamirano
2. Cargo e institución donde labora SERMESA, Bolonia. IPS-UNAN, Managua. Clínica San Miguel
3. Especialidad Lic. Enfermería Materno Infantil / Psicóloga / Docente

Datos del trabajo

1. Título delimitado del trabajo Valoración del grado de deterioro neurocognitivo en el adulto mayor con características clínicas de demencia que habitan en el barrio Reparto German Pomares Ordoñez, Masaya.
2. Autor (es)
Ninoska de los Angeles Osorio Blanco
Raquel Abigail Sandino Escobar



#	Criterios de evaluación	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
			1	2	3	4	5
1	Claridad	El instrumento está formulado con lenguaje apropiado al tipo de usuario que lo aplicará.				✓	
2	Actualidad	Los conceptos, clasificaciones y lenguaje técnico son adecuados al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
3	Organización	En el instrumento existe una organización lógica.					✓
4	Suficiencia	El instrumento comprende los aspectos en cantidad y calidad.					✓
5	Consistencia	El instrumento está basado en aspectos teóricos y científicos.					✓
6	Coherencia	Existe coherencia entre las variables, valores, indicadores, definición conceptual.					✓
7	Metodología	Existe coherencia metodológica entre el planteamiento del problema, el objetivo general, la hipótesis y el diseño metodológico.				✓	
8	Objetividad	El instrumento evidencia que fue creado evitando ser influenciado por creencias, tendencias ideológicas, orientación sexual o afinidad política de los investigadores.					✓
9	Validez de contenido	El instrumento mide adecuadamente las principales variables en cuestión.					✓
10	Evidencia relacionada con el constructo	En caso de usar una escala o test. En las páginas entregadas adjuntas a los instrumentos se explica cómo opera el					✓

#	Criterios de evaluación	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
			1	2	3	4	5
		instrumento además de qué significan las puntuaciones.					
Total							

Debe sumar todos puntaje obtenido por cada criterio y clasificar el resultado según la siguiente escala

Puntaje	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
	Igual a 10 pts.	11 – 20 pts.	21 – 30 pts.	31 – 40 pts.	41 – 50 pts.
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Resumen de observaciones

Excelente tema de investigación
Sugerencias, están inmersas en el desarrollo del estudio
Presentado.

Firma del experto evaluador:

Lic. Nubia S. Navarro A

Lic. Nubia S. Navarro A
Lic. En Psicología
Código MINSU 41062

Lic. Nubia S. Navarro A
Especialista Materias Infantiles
Cod. MINSU 41062





UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD "LUIS FELIPE MONCADA"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

Ficha de opinión de expertos

Fecha: 7/9/2020

Datos generales del experto

1. Nombres y apellidos
2. Cargo e institución donde labora
3. Especialidad

Carla Patricia Mejía Vargas.
POUSAL UNAN Managua.
Maíster en Enfermería con énfasis
en Gerencia de Servicios de Salud.

Datos del trabajo

1. Título delimitado del trabajo

Valoración del grado de deterioro neurocognitivo en
el adulto mayor con características clínicas de
demenia que habitan en el barrio ~~Reparto~~ German
Pomares Ordoñez, Masaya.

2. Autor (es)

Ninoska de los Angeles Osorio Blanco
Raquel Abigail Sandino Escobar



#	Criterios de evaluación	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
			1	2	3	4	5
1	Claridad	El instrumento esta formulado con lenguaje apropiado al tipo de usuario que lo aplicará.					✓
2	Actualidad	Los conceptos, clasificaciones y lenguaje técnico son adecuados al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
3	Organización	En el instrumento existe una organización lógica.					✓
4	Suficiencia	El instrumento comprende los aspectos en cantidad y calidad.					✓
5	Consistencia	El instrumento está basado en aspectos teóricos y científicos.					✓
6	Coherencia	Existe coherencia entre las variables, valores, indicadores, definición conceptual.					✓
7	Metodología	Existe coherencia metodológica entre el planteamiento del problema, el objetivo general, la hipótesis y el diseño metodológico.					✓
8	Objetividad	El instrumento evidencia que fue creado evitando ser influenciado por creencias, tendencias ideológicas, orientación sexual o afinidad política de los investigadores.					✓
9	Validez de contenido	El instrumento mide adecuadamente las principales variables en cuestión.					✓
10	Evidencia relacionada con el constructo	En caso de usar una escala o test. En las páginas entregadas adjuntas a los instrumentos se explica cómo opera el					✓

#	Criterios de evaluación	Criterios cualitativos y cuantitativos	Deficiente 1	Regular 2	Buena 3	Muy buena 4	Excelente 5
		instrumento además de qué significan las puntuaciones.					✓
Total							

Debe sumar todos puntaje obtenido por cada criterio y clasificar el resultado según la siguiente escala

	Deficiente Igual a 10 pts.	Regular 11 – 20 pts.	Buena 21 – 30 pts.	Muy buena 31 – 40 pts.	Excelente 41 – 50 pts.
Puntaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Resumen de observaciones

mejoraron y realizaron cambios positivos en los diferentes trabajos que me dieron a revisar, lo que refleja un esfuerzo importante que tomé en cuenta.

En general, está muy bueno, deben continuar realizando revisión en la puntuación del mismo. Las felicito!

Firma del experto evaluador:

Alfajitas



h. Fotos tomadas



