

Características cognitivas de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia, institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

Programa de Psicología UNAB – Extensión UNISANGIL, Yopal

Facultad de Ciencia de la Salud

Universidad Autónoma de Bucaramanga Extensión UNISANGIL

El Yopal - Casanare

2021

Características cognitivas de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia, institucionalizados y usuarios de centro día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

Stephany Yulie Garcia Orozco

Andrea Tatiana Guanay

Lina Maria Muñoz Fernandez

Angela Patricia Soto Mariño

Trabajo de Grado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Juan Camilo Urazan Chinchilla, (c) PhD. En Psiquiatría y Salud Mental
(Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil)



Programa de Psicología UNAB – Extensión UNISANGIL, Yopal

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Autónoma de Bucaramanga – Fundación Universitaria de San Gil

El Yopal - Casanare

2021

Cita	(Garcia, Guanay, Muñoz y Soto, 2021)
Referencia	Garcia, O, S, Y., Guanay, A.T., Muñoz, F, L. y Soto, M, A. P. (2021). <i>Características cognitivas de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia, institucionalizados y usuarios de centro día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.</i> [Trabajo de Grado] Universidad de Autónoma de Bucaramanga Extensión UNISANGIL, Yopal-Casanare
Estilo APA 7 (2020)	



Programa de Psicología

Universidad Autónoma de Bucaramanga Extensión UNISANGIL, Yopal



Red de Bibliotecas de la Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL Yopal.

Repositorio Institucional: <http://centuria.unisangil.edu.co/>

Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL - <http://www.unisangil.edu.co/>

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi mamá y mi hermana quienes me apoyaron día a día en el transcurso de mi carrera universitaria, a mis compañeras quienes hicieron posible este trabajo y a todas las personas que me han apoyado a lo largo de este proceso aportando grandes enseñanzas a mi vida le ofrezco mi gratitud y lealtad por darme la suficiente confianza para seguir adelante a pesar de mil obstáculos.

Stephany Yulie Garcia Orozco

“Este proyecto de grado está dedicado a: A mis padres Mario Alberto Medina (Q.E.P.D) & Rosa Amelia Ibarra quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de responsabilidad y carácter, de no temerle a las adversidades que se me presenten de hoy en adelante como profesional. A mi madre Nubia Emérita Guanay le agradezco el apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento. Finalmente quiero dedicar este proyecto de grado a mi hija Anny Amelia, por darme fortaleza cuando más lo necesitaba, en los momentos difíciles siempre brindándome una cálida sonrisa.”

Andrea Tatiana Guanay.

Dedico este trabajo aquellos seres le dieron sentido a mi vida en esta etapa y me ayudaron a crear escenarios adecuados para que este esfuerzo diera frutos, a mi Madre Rosa Muñoz por su apoyo incondicional, a Dairo Diaz por su amor y nobleza, a mis compañeras por su compañía y esfuerzo en este proyecto. A la memoria de mi abuelita Teresa de Jesus Fernandez a quien le debo parte de lo soy y a mi angelito que se gestó, pero hoy está en el cielo, siempre estarán en mi mente y corazón.

Lina Maria Muñoz Fernandez

Dedico mi proceso formativo y mi proyecto de grado a quienes han hecho parte del trayecto, agradecimientos a Dios quien me abrió la puerta, a Ocesa, a mi madre por creer y apoyar mi sueño, mi esposo que cada día ha construido en conjunto esta fortaleza llamada hogar, a mis hijos, por su comprensión y amor y por último y no menos importante, dedico este logro a mí y mis compañeras de investigación, por ser fuertes y nunca desfallecer ante los obstáculos, las críticas, el desánimo o el cansancio, lo logramos.

Angela Patricia Soto Mariño

Agradecimientos

Primeramente, agradecemos a Dios por permitirnos terminar este proceso de formación académico, un punto de partida determinante para nuestros proyectos de vida, en segundo lugar, agradecemos a nuestras familias por su apoyo incondicional. Por último, agradecemos al docente investigador Juan Camilo Urazan por su asesoría en este trabajo; a los centros geriátricos y el programa adulto mayor de la alcaldía de Yopal por permitirnos el acercamiento a los adultos mayores.

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma de la Coordinación de Investigaciones del Programa

Firma de la Dirección del Programa

Tabla de contenido

Resumen	12
Abstract	13
Introducción	14
1 Planteamiento del problema	15
1. 1 Pregunta de Investigación	16
2 Justificación	17
3 Objetivos	20
3.1 Objetivo general	20
3.2 Objetivos específicos	20
4. Bases Teóricas	21
4.1 Antecedentes	21
4.2 Estado del Arte	27
4.3 Marco Teórico	27
4.3.1 Envejecimiento normal y patológico:	27
4.1.2 Modelo Clínico de la Atención de Sohlberg y Mateer	28
4.1.3 Modelo de Memoria de Alan D. Baddeley	29
4.1.4 Modelo de las Agnosias de Hecaen	30
4.1.5 Modelo de Afasias de Benson y Geschwind	32
4.1.6 Modelo de apraxias de Geschwind	35
4.1.7 Modelo de funciones ejecutivas de Lezak	36
4.4 Marco Legal	37
4.5 Consideraciones éticas	37
5 Metodología	40
5.1 Tipo de investigación	40
5.2 Diseño de investigación	40

5.3 Población	40
5.4 Muestra	40
5.5 Muestreo	41
5.6 Criterios de inclusión y exclusión	41
5.7 Instrumentos	42
5.7.1 Ficha de Datos sociodemográficos	42
5.7.2 Addenbrooke's Cognitive Examination Revisado – ACER (Ospina-García, 2015)	42
5.8 Procedimientos	43
5.9 Fases del estudio	44
5.10 Análisis de resultados	45
5.11 Cronograma	45
5.12 Recursos humanos y materiales	47
5.13 Resultados esperados	48
6 Resultados	49
Capítulo 1. Variables sociodemográficas de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.	49
Capítulo 2. Exploración del estado cognitivo de una muestra de pacientes con demencia institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.	65
Capítulo 3. Comparación del estado cognitivo de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve institucionalizados y usuarios de centro día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.	75
7 Discusión de resultados	78
8 Conclusiones	82
9 Recomendaciones	83
Referencias	84

Lista de tablas

Tabla 1. Variable Sociodemográfica de Sexo resultados generales	49
Tabla 2. Variable Sociodemográfica de Sexo adultos mayores institucionalizados	50
Tabla 3. Variable sociodemográfica de sexo adultos mayores usuarios de centros día.	51
Tabla 4. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Generales	52
Tabla 5. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Institucionalizados	53
Tabla 6. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Usuarios centro día	54
Tabla 7. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Generales	55
Tabla 8. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Institucionalizados	56
Tabla 9. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Centro día	57
Tabla 10. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Generales	58
Tabla 11. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Institucionalizados	59
Tabla 12. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Usuarios Centro día	60
Tabla 13. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Generales	61
Tabla 14. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Usuarios Institucionalizados	62
Tabla 15. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Usuarios Centro día	62
Tabla 16. Variable sociodemográfica de condición actual del paciente resultados Generales	63
Tabla 17. Variable atención/orientación resultados generales	64
Tabla 18. Variable atención/orientación resultados usuarios institucionalizados	64
Tabla 19. Variable atención/orientación resultados usuarios centro día	65
Tabla 20. Variable memoria resultados generales	65
Tabla 21. Variable memoria resultados usuarios institucionalizados	66

Tabla 22. Variable Memoria resultados usuarios centro día	66
Tabla 23. Variable fluencia resultados generales	67
Tabla 24. Variable fluencia resultados usuarios institucionalizados	67
Tabla 25. Variable fluencia resultados usuarios centro día	67
Tabla 26. Variable lenguaje resultados generales	68
Tabla 27. Variable lenguaje resultados usuarios institucionalizados	69
Tabla 28. Variable lenguaje resultados usuarios centro día	70
Tabla 29. Variable visoespacial resultados generales	71
Tabla 30. Variable visoespacial resultados usuarios institucionalizados	71
Tabla 31. Variable visoespacial resultados usuarios centro día	72
Tabla 32. Comparación de media para la variable de atención/orientación	73
Tabla 33. Comparación de media para la variable de memoria	73
Tabla 34. Comparación de media para la variable de fluencia	74
Tabla 35. Comparación de media para la variable de lenguaje	74
Tabla 36. Comparación de media para la variable de visoespacial	74
Tabla 37. Comparación de media para el total ACER-R	75

Lista de gráficos

Grafica 1. Variable Sociodemográfica de Sexo resultados generales	51
Grafica 2. Variable sociodemográfica de sexo adultos mayores institucionalizados	52
Grafica 3. Variable sociodemográfica de sexo adultos mayores usuarios de centro día.	53
Grafica 4. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Generales	54
Grafica 5. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Institucionalizados.	55
Grafica 6. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Usuarios centro día	56
Grafica 7. Variable sociodemográfica de estado civil resultados General	57
Grafica 8. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Institucionalizados	58
Grafica 9. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Centro día	59
Grafica 10. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Generales	60
Grafica 11. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Usuarios Institucionalizados	61
Gráfica 12. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Usuarios Centro día	62
Grafica 13. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Generales	63
Gráfica 14. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Usuarios Centro día	64
Gráfica 15. Variable sociodemográfica de condición actual del paciente resultados Generales	65

Resumen

El deterioro cognitivo leve hace referencia a un estado funcional que va desde el deterioro cognitivo normalmente cursado durante el envejecimiento y un deterioro de mayor nivel asociado con la demencia. Se han caracterizado las funciones cognitivas de pacientes institucionalizados y usuarios de centros geriátricos en el Municipio de Yopal Casanare. El estudio se centra en establecer las variables sociodemográficas características de los pacientes, la exploración de su estado cognitivo, la evaluación comparativa entre los resultados obtenidos para la población institucionalizada con deterioro cognitivo leve y usuarios regulares en centros asistenciales. En el marco de una investigación cuantitativa, se recopiló la información de una muestra de 105 adultos mayores de una población estimada de 38.146, con un muestreo intencional o de conveniencia de acuerdo con los intereses de la investigación. Se emplea el desarrollo de fichas socioeconómicas y la aplicación de la prueba multidominio (ACE-R), en el que evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención, orientación, fluencias verbales, memoria, lenguaje y viso espacial. Los resultados obtenidos del deterioro cognitivo leve es una condición prevalente en la población de adultos mayores, sector que fue caracterizado en el presente documento a través del empleo de fichas socioeconómicas en un muestreo intencional enfocado a pacientes institucionalizados y usuarios de centros de cuidado al adulto mayor. Los datos obtenidos en dicha caracterización permite concluir que los pacientes, entre institucionalizados y los usuarios de centros día, la mayor parte pertenecen al sexo masculino; además, de acuerdo con los rangos de edad de los pacientes, se evidenció una mayor participación de personas entre 71-80 años, mientras que con respecto al estado civil que declaran las personas encuestadas, predomina el estado civil soltero; en términos de escolaridad la mayor proporción estuvo ubicado en el rango de 1 a 5 años .

Palabras clave: Adulto Mayor, Deterioro cognitivo, Demencia.

Abstract

The concept of mild cognitive impairment is used to describe the intermediate functional state between cognitive impairment normally developed with aging and a higher level of impairment associated with dementia. Cognitive functions of institutionalized patients and users of geriatric centers in the municipality of Yopal Casanare have been characterized. The analysis focuses on the determination of sociodemographic variables characteristic of patients, the exploration of their cognitive status, the comparative evaluation between the results obtained for the institutionalized population with mild cognitive impairment and regular users in care centers. On the quantitative research, information is collected from a sample of 105 older adults from an estimated population of 38,146, with a purposive or convenience sampling according to the interests of the research. The development of socioeconomic cards and the application of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) multi-domain test, which evaluates five cognitive domains: orientation, attention, memory, verbal fluency, language and visual-spatial. The data obtained show that, among the institutionalized participants and users of geriatric centers, the majority belong to the male sex; there is a greater participation of older adults in the 71-80 age range; the predominant marital status is single and in terms of schooling, the highest proportion was in the 1 to 5 years range.

Keywords: Elderly, Cognitive impairment, Dementia.

Introducción

La demencia y el deterioro cognitivo son patologías directamente relacionadas con el envejecimiento, sin embargo, muchas de las características sintomatológicas de estas enfermedades neurodegenerativas, hacen parte de los rasgos propios de la vejez normal (Cerella, 1985; Salthouse, 1996).

Según el informe de la ONU respecto al estado mundial de envejecimiento, señala que para el periodo comprendido entre 2015 y el 2030 la población superior a los 60 años crecerá un 56% superando los 901 millones a 1.4 billones de personas, estimando que para el año 2050 la población adulta mayor aumentará siendo el doble del tamaño presentado en el 2015 llegando al 2.1 billones de personas, para Latinoamérica y parte del Caribe se estima que para los siguientes 15 años el aumento de la población adulta mayor será de un 71%, representando la mayor alza a nivel mundial (Benavides, 2017).

Con base a lo anterior, nace la necesidad de caracterizar el estado cognitivo de una muestra de adultos mayores con deterioro cognitivo leve y demencia institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare, que permita describir y evidenciar la cognición actual de los adultos mayores pertenecientes a los diferentes hogares geriátricos y aquellos adultos mayores que hacen parte de hogares día en cabeza de los entes gubernamentales. De esta manera se pretende tener un panorama actualizado respecto a las necesidades de los adultos mayores y brindar un punto de partida a futuras investigaciones y programas enfocados a la prevención del deterioro cognitivo patológico herramientas para el mantenimiento en la salud de esta población.

Para la realización del presente trabajo de grado, en primeros capítulos se mostrará una recopilación teórica de las investigaciones sobre el deterioro cognitivo en edades avanzadas, estas permiten establecer una conexión entre el deterioro cognitivo leve y factores predisponentes en el ser humano, inclusive, algunas investigaciones establecieron el orden en que se presentan los resultados cognitivos y neurológicos que modifican el deterioro cognitivo, en dichas investigaciones, los autores reconocen la importancia de emplear pruebas neuropsicológicas que permitan establecer características cognitivas en una población de riesgo a presentar demencias,

para tal fin, se intenta determinar las variables sociodemográficas de una muestra de pacientes con demencia institucionalizados y usuarios de centros día.

Para explorar el estado cognitivo de los participantes, se hace uso de la prueba de multidominio Addenbrooke's cognitive examination revised-ACER (Ospina-García, 2015) para luego, establecer una comparación en los resultados de las poblaciones evaluadas, es así que, la metodología a utilizar se basa en la recolección de datos cuantitativos, usando un muestreo intencional de acuerdo a los intereses de la investigación.

Por otra parte, se presenta el apartado de resultados el cual comprende tres capítulos, en el primer capítulo se muestra los resultados de las variables sociodemográficas de los participantes evaluados, donde se evidencio mayor participación del sexo masculino y adultos mayores entre la edad de 71-80 años, en el capítulo dos se mostraran los resultados de la exploración realizada al estado cognitivo de los adultos mayores, las variables presentaron puntuaciones más bajas para los usuarios institucionalizados sin embargo, los resultados de las media fueron homogéneos, mientras que, para la comparación de los resultados en el capítulo tres, se dispuso de la prueba de Mann-Whitney donde se evidencia mejores resultados en los participantes usuarios de centros día.

1 Planteamiento del problema

El proceso de envejecimiento puede entenderse como la compilación de alteraciones que se generan durante la vida del ser humano, que van causando un deterioro en el desempeño funcional con el paso del tiempo, como resultado de alteraciones anatómicas, fisiológicas y funcionales programadas genéticamente (Mendoza y Martínez, 2013). El envejecimiento, desde lo indicado por la biología, es percibido como el efecto del deterioro celular y molecular que se dan con los años, generando un deterioro progresivo en las competencias tanto en lo físico como en lo mental que suscitan un desgaste natural en todos los órganos y sistemas corporales. (Hernández et al., 2014)

Para teoría del enlentecimiento, en lo indicado por (Cerella, 1985; Salthouse, 1996), el descenso de las capacidades cognitivas se produce por una velocidad de transmisión neuronal lenta, que afecta el óptimo procesamiento de la información, sin embargo, esto se entiende como el envejecimiento normal del ser humano; que en ocasiones tiende a confundirse con el envejecimiento de tipo patológico, que engloban las enfermedades que aceleran el deterioro cognitivo como: las demencias, los tumores cerebrales, el Alzheimer, y entre otras enfermedades neurodegenerativas que afectan el normal funcionamiento a nivel psicológico y cognitivo de la población adulto mayor. llevándolos a un deterioro progresivo de sus capacidades mentales y físicas. Dentro de los deterioros más comunes encontramos el deterioro cognitivo leve, caracterizado por unas manifestaciones intermedias entre el deterioro cognitivo que se espera por envejecimiento del ser humano y el deterioro severo o grave, la demencia caracterizada por las dificultades al recordar, hablar, pensar y decidir (Graff - Radford et al., 2014).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), la demencia es considerada como síntoma no reversible, que se manifiesta por la disminución de las funciones cognitivas, no relacionadas con el envejecimiento normal. Si no que, es determinado por diferentes enfermedades o afectaciones, entre estas los daños cerebrovasculares o síndromes neurodegenerativas como el parkinson y el alzheimer, que perturban las capacidades cognitivas que permiten pensar, recordar, orientarse, aprender y el lenguaje, entre otras; Estas afectaciones normalmente van acompañadas por una incapacidad en el control emocional y la adaptación social, impidiendo el desarrollo de la persona en la vida diaria (Lopera,2012).

Las demencias no solo afectan a la persona que las padece, también tienen un impacto significativo para la salud, la economía, lo social y de salud mental de los cuidadores y sus familiares debido a la dependencia y pérdida de autonomía del adulto mayor (Mendoza y Martínez 2013).

Actualmente, los seres humanos poseen una esperanza de vida mayor o igual a 60 años, de acuerdo con los datos generados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018) para Colombia, aproximadamente el 9,23% de la población pertenece a personas mayores de 60 años. Por otra parte, para el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) reporta que 223.512 personas mayores de 59 años presentan alteraciones permanentes en el sistema nervioso central de esta cifra 187.077 presentan dificultad en sus actividades diarias a nivel de procesos cognitivos como la memoria y 72.871 en los procesos de lenguaje.

Así mismo; para el adulto mayor es difícil adaptarse a los cambios significativos de una sociedad que está en constante cambio por la globalización e intereses políticos, sociales, económicos y culturales. Este grado de dificultad es mayor, si se padece una afectación cognitiva no diagnosticada o subdiagnosticada impidiendo el acceso a las atenciones de la salud y recibir el tratamiento necesario a tiempo.

Por otra parte, los adultos mayores en los últimos 2 años han estado limitados a su libre autonomía, debido a la emergencia sanitaria del COVID19, situación que los posicionó como la población más vulnerable, demandando hacia ellos más cuidados y cambios en sus rutinas diarias que significan una realidad, estar aislados de los entornos sociales y familiares, afectando el bienestar psicológico de adultos mayores con deterioros cognitivos patológicos.

El gentilicio de adultos mayores delimitado en la presente investigación fueron los pertenecientes a hogares geriátricos y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal, dado que, representaban una muestra significativa para la caracterización cognitiva que se pretende.

En virtud de lo anterior, para el presente proyecto se plantea como pregunta de investigación:

1. 1 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características cognitivas de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare?

2 Justificación

Acorde con el informe de la OMS (2020), la demencia atañe aproximadamente a 50 millones de la población general en el mundo, de este número, cerca del 60% presentan condiciones de vulnerabilidad en países de ingresos bajos y medios. Cifras que van en aumento, puesto que, anualmente hay aproximadamente 10 millones de nuevos casos. Según lo estipulado entre un 5% y 8% en la población de 60 años o mayor cursa demencia en alguna vez en la vida, lo que lleva a indicar de acuerdo con las estadísticas que para el 2050 cerca de 152 millones de personas tendrán demencias.

Por otra parte, según datos del DANE (2018) el 9,23% de la población colombiana es mayor de 65 años, cifra que tiene una tendencia a incrementarse progresivamente, representando un desafío en términos de políticas y recursos que garanticen la seguridad y bienestar de los adultos mayores.

Con referencia a lo anterior el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) ha aumentado la información de salud mental para “el plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que asegura la prestación de servicios para diagnósticos que agrupan desórdenes cognitivos como el Alzheimer, demencia, parkinson, la enfermedad por cuerpos de Lewy” Sin embargo, para los últimos años, la pirámide poblacional cambió radicalmente en cuanto a las enfermedades asociadas a la edad han aumentado su incidencia transformándose en una dificultad de salud en el mundo.

En ese sentido se evidencia que en Colombia no hay disposición de información al día relacionada con el presupuesto total destinado para este tipo de patologías, al tener esta información sería de gran ayuda en la planeación del sistema general de seguridad social en salud y el cumplimiento en los diferentes programas diseñados para reducir la prevalencia y tratamiento de la demencia. En el 2018, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística reportó en Casanare un total de población de adultos mayores de 10.134.

Para este mismo año, desde el Departamento Nacional de Planeación del Municipio de Yopal (2018), se presentaron como indicadores de referencia para el mejoramiento de la atención integral y apoyo al adulto mayor, tres principales problemáticas que vulneran esta población:

El quebranto de los valores e importancia de los familiares.

Decadente atención para la precaución de los peligros y traumas a nivel físico.

Negligencia en la prestación de servicios médicos generales y salud mental que manifiestan los adultos mayores.

Dichas problemáticas han generado el incremento en los casos de morbilidad en los adultos mayores que ocasionan deterioro o pérdida en habilidades físicas y mentales amenazando la esperanza de vida en los adultos mayores por el aumento de enfermedades crónicas prevenibles que altera de manera importante las condiciones de vida del adulto mayores, sus familias y su cuidador.

Por tanto desde la psicología se plantea realizar una evaluación objetiva del deterioro cognitivo de la población a estudiar, donde dichos resultados permitirán definir adecuadamente los perfiles que caracterizan la adultez mayor en los diferentes procesos cognitivos, no sólo de las personas que padecen alguna patología sino también de los adultos mayores que cursan un envejecimiento normal, con la finalidad de identificar los objetivos que se pueden trazar en principio para proponer programas de prevención y mantenimiento que puedan disminuir el deterioro patológico en la adultez mayor y en segunda medida establecer programas de intervención que puedan disminuir el impacto no solo en las diferentes esferas del individuo sino también en sus familiares y/o cuidadores.

Por otra parte, la investigación sobre las variables que se presentan en las funciones cognitivas en la adultez mayor constituye una herramienta fundamental para la construcción de nuevos instrumentos que soportan una alta especificidad y sensibilidad en la evaluación Neuropsicológica, en este particular, teniendo en cuenta los factores socioculturales que caracterizan a los adultos mayores residentes en Yopal Casanare.

Finalmente, con los resultados de la investigación se espera se pueda dar inicio para el trabajo articulado con proyectos y entidades que velan por la actualización de las políticas públicas sobre el adulto mayor en Casanare y de igual forma se espera influir positivamente sobre la forma como se entiende y maneja el desgaste cognitivo patológico en población mayor, entorno a su familia, cuidadores, comunidad y entes promotores de salud para que los haga participes en las

acciones tempranas de prevención y se doten de herramienta para la mitigación de estas enfermedades.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Caracterizar el estado cognitivo de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

3.2 Objetivos específicos

Determinar las variables sociodemográficas de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

Explorar el estado cognitivo de una muestra de pacientes con demencia institucionalizados y usuarios de centro día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

Comparar el estado cognitivo de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

4. Bases Teóricas

4.1 Antecedentes

El envejecimiento, es uno de los logros del ser humano y también uno de sus mayores desafíos como proceso gradual y continuo del ciclo vital donde suceden y se manifiestan cambios progresivos o degenerativos de acuerdo con múltiples factores de la persona. Actualmente, viendo las cifras de morbilidad que presenta esa etapa cronológica; es de conocimiento que el envejecimiento es uno de los índices de problemáticas de salud pública que requiere mayor atención. En salud mental, la decadencia de las funciones mentales es un intervalo del deterioro cognitivo supuesto frente a la vejez natural y el deterioro de mayor grado de la demencia; de acuerdo con la revisión sistemática de interés se encontró que las patologías en esa edad son multicausales y están comprometidas con aspectos cognitivos.

Para Pedraza et al. (2019) en su investigación “Progresión del deterioro cognitivo y su relación con los factores de riesgo modificables en una cohorte de adultos” evaluaron la relación entre factores desencadenantes como las enfermedades cardiometabólicas o Factores de riesgo sociales que aumenten el avance la decadencia cognitiva leve a la demencia, en una población seleccionada de adultos mayores autónomos de Bogotá, en ésta investigación participaron 215 adultos autónomos, de los cuales 118 no presentaron ningún síntoma asociado al DCL, 97 sujetos, de los cuales el 73% fueron mujeres en edades medias, con baja escolaridad, cumpliendo con los criterios para el Dx de deterioro cognitivo leve, en este grupo de los 97 participantes, el 6% avanzó a la demencia en un tiempo de 4 años, con un IMC=25, El 75% de los sujetos normales permanecieron sin cambios y el 22% progresa al deterioro cognitivo leve, mientras que el 65% de los sujetos diagnosticados con deterioro cognitivo leve no presenta cambios y el 25% fue regular. La investigación concluye que una escolaridad baja, mayor edad y enfermedad HTA sistólica (baja) son factores predisponentes para aumentar el riesgo del desgaste cognitivo y enfermedad HTA diastólica (alta) es visto como un factor protector. Los investigadores refieren que la educación superior disminuye de manera significativa el riesgo de presentar síntomas asociados a la demencia preservando la reserva cerebral. Adicionalmente, concuerdan con otros estudios que por cada año adicional de estudios se disminuirá en un 7% el riesgo de padecer demencia.

Así mismo, Brodaty, Connors, Ames & Woodward (2014), realizaron un estudio observacional titulado “Progresión del deterioro cognitivo leve de la demencia: Una investigación longitudinal observacional durante 3 años” con una muestra de 970 paciente de nueve clínicas diferentes en Australia, donde 185 pacientes tenían un deterioro cognitivo leve diagnosticado, se estableció una evaluación entre los síntomas predictores y las variables de resultados en participantes diagnosticados con demencia y deterioro cognitivo leve, teniendo en cuenta los criterios de Peterson, 2009, se encontró una tasa de conversión anual del 10%, al igual que en otras investigaciones donde se tenía en cuenta los criterios de Peterson, la edad avanzada y la menor capacidad cognitiva predijeron el desarrollo del deterioro cognitivo leve a la demencia, de los 185 pacientes diagnosticados al inicio con deterioro cognitivo leve 52 fueron diagnosticados con demencia durante el periodo de 3 años, entre estos se presentaban enfermedades como alzhéimer, demencia vascular entre otras, los resultados del estudio demuestran que una evaluación longitudinal con herramientas clínicas sencillas permiten determinar qué pacientes desarrollarán demencia.

Por otra parte, Leis, Taragano, & Allegri (2013) en su investigación titulada, “Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos” tenía como objetivo evaluar la alteración a demencia de los diferentes subtipos de DCL y encontrar las causas de exposición relacionadas a la misma. Para la investigación, se obtuvo un muestreo de 127 participantes con decadencia cognitiva leve entre las (edades 70,21) los cuales valoraron con una batería neuropsicológica y neuropsiquiátrica clasificados en 3 grupos clínicos (Deterioro cognitivo leve amnésico “DCLa”, dominios múltiples “DCL md” y único dominio no amnésico “DCL duna”). Los investigadores no reportaron diferencias relevantes en sus características sociodemográficas, ni antecedentes familiares. Como factor predominante se encontró la depresión y la edad avanzada. El subtipo de demencias más relevante en la población estudio fue el de múltiples dominios, seguida por el tipo amnésico y por último dominio único no amnésico. Los hallazgos presentados muestran la necesidad de los profesionales encargados de la evaluación de la salud de los adultos mayores para reconocer que existe una población con riesgo de demencia degenerativas y establecer el tipo amnésico como el subtipo de mayor riesgo para evolucionar a la demencia.

Adicionalmente, Ríos et al. (2020) realizaron un estudio sobre la existencia de diferencias en la capacidad cognitiva en ambos sexos que cursaron edades de 60-80 años de los programas de

actividad física de la ciudad de Medellín, el objetivo del estudio era encontrar similitudes entre las respuestas y el estado de los procesos cognitivos en los adultos mayores que realizan actividad física. Fue un estudio no experimental transeccional con niveles descriptivos correlacionales y comparativos; se evaluaron de manera transversal a 112 personas mayores de 60 años pertenecientes a distintos grupos de actividad física de la ciudad de Medellín. Utilizaron el test Fantástico con el fin de evaluar los estilos de vida, Tuvieron en cuenta datos sociodemográficos, evaluaron la parte psicocorporal, midieron presión arterial. Adicionalmente aplicaron la prueba MoCa que les permitió evaluar el estado cognitivo. Como resultado evidenciaron a través del MoCa que la media entre los dos sexos fue de 22 (3,84), Los que permitió obtener una calificación que los coloca en (DCL) deterioro cognitivo leve, que no se relaciona con el estado de actividad física. Por otra parte, se evidenciaron correlaciones en las puntuaciones de los resultados del MoCa y los datos sociodemográficos como el grado educativo y la edad.

De acuerdo a la investigación realizada por Feldberg et al. (2020) “El rol de la reserva cognitiva en la progresión del deterioro cognitivo leve a demencia: un estudio de cohorte” evaluaron la influencia que tienen el nivel de escolaridad, las labores complejas, el coeficiente intelectual y el desarrollo de actividades que aportan a la estimulación cognitiva identificando que estos pueden servir como factores protectores en el avance del deterioro cognitivo leve a demencias; para la investigación se utilizó un diseño longitudinal participando 84 personas con edad avanzada diagnosticados con decadencia cognitiva leve, durante la investigación se practicó seguimiento anual aplicando distintos instrumentos de evaluación como el screening inicial, la batería de memoria de siignored, el test auditivo que mide la fluencia verbal, Trail making test, entre otros cuestionarios que exponen la tasa de progresión y confiabilidad del 95% , para la correlación de la demencia y los datos sociales, se utiliza un estadístico de Odds Ratio, donde se presentó una tasa de conversión a demencia 14,1 %, finalmente en la evaluación de las dos variables se compara la media del coeficiente de partida en los participantes con demencia y los que no, obteniendo una significancia del 0,40. Concluyendo que la tasa de avance de deterioro cognitivo la demencia el coeficiente intelectual resultó ser un factor protector en para la reserva cognitiva.

Por otra parte, Reyes et al. (2020) analizaron que la tercera edad es la población más afectada por el COVID-19 y con mayor índice en la tasa de mortalidad, como se evidenció en un análisis realizado para determinar la letalidad por COVID-19 en usuarios diagnosticados con

demencias neurodegenerativas. La finalidad del trabajo era estudiar la letalidad de pacientes con demencias degenerativas primarias. El estudio es una muestra representativa de casos de control de pacientes diagnosticados con demencias neurodegenerativas principales, estuvo conformado por 88 pacientes con COVID-19. Como resultado de los (88) participantes que abarcan en el estudio, 24 enfermos con COVID-19 el 43,4% eran participantes que cumplían con los criterios diagnósticos de demencia y el 21,5% eran participantes que conformaban el grupo control, demostrando una diferencia estadísticamente significativa. El riesgo por COVID-19 en los participantes que presentan demencias degenerativas demostró una diferencia estadísticamente significativa, concluyendo que el riesgo por COVID-19 en estos la demencia es mayor que en otros participantes con edades intermedias y enfermedades similares.

Por su parte Pedraza et al. (2014) en su investigación, observaron que las distintas pruebas neuropsicológicas permitieron realizar una exploración de las capacidades mentales del adulto de edad avanzada, de un lapso menor a lo esperado. En Colombia no existen muchas investigaciones sobre calificaciones y puntos de corte para el Mini-Mental State Examination (MMSE) y del Montreal Cognitive Assessment (MOCA) que relacionan con el diagnóstico (DCL). El objetivo del estudio se basó en la descripción de las puntuaciones de los anteriores instrumentos, los participantes fueron 248 adultos evaluados por un equipo de profesionales en salud de áreas interdisciplinarias, que acudieron al HIUSJ del 2009 al 2012. En los resultados se identificó que para el MOCA y MMSE, el el n° mayor de participantes fueron debidamente seleccionados, así mismo para los resultados encontrados, se indica que el 70% de las personas participantes padecían DCL y un 69% de los resultados se enmarcaron en los criterios de normalidad, en los resultados del MMSE fueron menores e iguales a 28. Los participantes con diagnósticos de demencia, para esta investigación las demencias indicaron puntos del MMSE por debajo o iguales a 27 y por debajo y no mayores a 24 en el MoCA. Para esta investigación, la evaluación de capacidades cognitivas, realizada con el MoCA, permitió clasificar de forma adecuada con relación al MMSE.

Con respecto a Cancino y Rehbein (2016) En su artículo "Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica", presentaron en resumen sobre DCL en adultos mayores, teniendo presente que los actores primordiales de riesgo para desarrollar el envejecimiento de las capacidades cognitivas, lo que prevalece la posibilidad de ser diagnosticados con DCL. De esta manera el DCL, refuerza la probabilidad de padecer demencia, específicamente

la demencia de tipo Alzheimer. Además, en esta investigación se presentan varias maneras de desgaste cognitivo y su conexión con la patología depresiva y las predisposiciones al parkinson. El artículo también permitió evidenciar recientes hallazgos y relevantes datos relacionados con disfunción cognitiva en la población adulto mayor que se ubican cada vez en un número mayor en la población general mundial.

Como precisa Velasquez, (2017) en la investigación sobre los síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas, la autora pretendía dar especial relevancia a los síntomas neuropsiquiátricos en la demencia, expone la prevalencia que ha tenido el diagnóstico de demencia en las últimas décadas, para 2013 eran 44 millones de la población, para 2030 se estima que serán 76 millones de personas y para el 2050 serán 135 millones, si bien los criterios de diagnóstico para la demencia son cognitivos, pueden presentar síntomas neuropsiquiátricos, es aquí donde se debe replantear la evaluación y evolución de los síntomas, partiendo del funcionamiento del paciente, los rasgos del comportamiento personal y padecimientos de patologías mentales, antes de recurrir a un tratamiento farmacológico, apuntando en primera instancia a las terapias como, la terapia de reminiscencia de corroboración simulando la presencia, aprendizaje para rehabilitarse cognitivamente, además de evaluar directamente el ambiente del paciente para menguar la afectación de la sintomatología.

Adicionalmente, Hicks et al. (2019) en su investigación titulada “Experiencias de la vida rural entre los hombres mayores con demencia y sus implicaciones para la inclusión social”, donde el objetivo trazado fue explorar la forma en la que se percibe la vida en el día a día de los varones en edad avanzada de más 65 años se sitúan en las zonas rurales de Inglaterra, el estudio fue realizado con 17 varones en edad avanzada de más 65 años se alojan con demencia en tres zonas rurales de Inglaterra a los cuales se les realizó una entrevista abierta; los datos obtenidos destacan el beneficio de la vida rural, como un entorno agradable pues saben los sujetos saben que los residentes locales les ayudarían si decidiera emprender paseos y se perdieran, y donde las políticas internacionales están haciendo frente a la demanda de la población con demencia creando comunidades que apoyen a las personas que la padecen y así establecer estas rutas de apoyo con la comunidad aseguran estar conectados socialmente, resolviendo los riesgos de aislamiento y exclusión social de personas mayores, para finalizar los autores resaltan la importancia de mejorar la comprensión pública de la demencia realizando campañas de concientización pública, iniciativas

comunitarias y formación sanitaria que se base en la inclusión social y comprenda las necesidades de los hombres mayores con demencia.

Finalmente, Camargo y Laguado (2016) en su trabajo llamado “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en geriátricos para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia”, donde su finalidad era evaluar cómo el entorno predice el nivel de deterioro cognitivo de la población de adultos mayores institucionalizados en dos hogares para personas de la tercera edad del área metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia. Con una muestra de 60 adultos mayores de 2 hogares geriátricos, se usó como instrumento el MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental). Obteniendo los siguientes resultados: los adultos mayores que participaron en la investigación tenían edades de 75 a 94 años, prevalecían el sexo masculino; y el nivel educativo no superó la básica primaria, sus familiares estaban en contacto permanente, en cuanto al tiempo de duración en los centros geriátricos oscilaba entre uno y cinco años. El 41,7% de los participantes incidieron en que tenían deterioro cognitivo grave y presentaron la necesidad de recibir actividades que estimulen los procesos cognitivos.

4.2 Estado del Arte

La revisión de las investigaciones sobre el deterioro cognitivo en edades avanzadas permite establecer una conexión entre el deterioro cognitivo leve y factores predisponentes en el ser humano, inclusive, algunas investigaciones establecieron el orden en que se presentan los resultados cognitivos y neurológicos que modifican el deterioro cognitivo.

Los autores resaltan la necesidad de emplear pruebas neuropsicológicas que permitan establecer características en una población con riesgo de presentar demencias degenerativas, considerando trascendente la detección, evaluación e intervención en el deterioro cognitivo leve, donde se proporcione un enfoque de salud preciso para el diseño de la intervención que permita retrasar la aparición o reducir el ritmo del deterioro causado por la demencia.

4.3 Marco Teórico

El marco teórico, que conforma la presente investigación, permite comprender los conceptos principalmente necesarios para la comprensión del desarrollo de esta investigación, primero, se presenta la teoría del envejecimiento normal y patológico, donde se establece la diferencia entre ambos conceptos para comprender a que se atribuye al hablar de deterioro cognitivo leve, demencias, para definir la atención se plantea el modelo teórico clínico de la atención de Sohlberg, Mateer & Crinean (1987) donde los autores proponen un modelo en el que diferencia la atención en varios elementos.

Posteriormente, se describe el modelo de memoria Baddeley y Hitch (1974), donde se presenta una explicación más precisa sobre la memoria a corto y largo plazo, la idea central del modelo es que cuando se está realizando una tarea se usa un tipo de memoria llamado memoria de trabajo, donde este sistema prioriza qué datos serán almacenados de manera temporal porque serán útiles mientras se realiza dicha actividad y que datos se han de recuperar de la memoria a largo plazo que también serán útil para completar la actividad, así mismo, entre las teorías que se tiene en cuenta para la investigación, el modelo de agnosias de Hecaen, donde define a la agnosia como la incapacidad de percibir un estímulo pese a estar presente una estimulación adecuada; en el modelo de apraxias de Geschwind (1975), define la apraxia como la disminución de la competencia para realizar llevar movimientos conscientes, familiares o obtenidos por el aprendizaje, pese a que se cuente con la capacidad física; finalmente el modelo de funciones ejecutivas de lezak (1995), indica que las capacidades ejecutivas como “las funciones cognitivas son determinantes para realizar una acción eficiente, ingeniosa y con aceptación social”.

4.3.1 Envejecimiento normal y patológico:

En el envejecimiento propio de las funciones cognitivas, está acompañado del decrecimiento en los acatamientos en una u otras de las diversas capacidades celebró neuronales: “memorizar, pensar abstractamente, orientarse, comunicarse, comprobación de la verdad, razonar, calcular, capacidad de construir y ubicación visoespacial” (Cornachione-Larrinaga, 1999).

En la transición del envejecimiento es natural que se presenten varios cambios que

dificultan en diferentes niveles los sistemas funcionales; los cambios más característicos de esta etapa es el enlentecimiento del cerebro; este enlentecimiento será muy evidente específicamente en las funciones motoras dado que las capacidades sensoriales reducen los procesos de memoria y cognitivos.

Cuando se habla del envejecimiento cerebral natural, en donde no hay riesgos patológicos para padecer enfermedades neurodegenerativas o por el contrario donde se puede presentar un envejecimiento con signos de deterioro cognitivo o una enfermedad degenerativa como la demencia por el desgaste de las funciones cognitivas. (Davicino y Muñoz, 2008; Nadler, Damis y Richardson, 1997; Wilson, Bennett y Swartzendruber, 1997).

Se puede hablar de enfermedades neurodegenerativas al incluir varias enfermedades de presencia y curso desconocido y que presentan características comunes la presencia progresiva de síntomas, que reflejan de la disminución progresiva de los sistemas nerviosos.

4.1.2 Modelo Clínico de la Atención de Sohlberg y Mateer

Sohlberg & Mateer (1987) fomentaron una idea gradual para el proceso atencional, donde los elementos incrementan los obstáculos, reflejado en la dificultad atencional que requiere. En el breviarío, los últimos grados solicitan un mayor grado de atención que en los anteriores. En definitiva, las actoras en la elaboración de este modelo permiten encauzar en la averiguación de la manera de hacer una valoración de la atención; describiendo los elementos expuestos a continuación:

Arousal, entendido como poder estar alerta y despierto, supone la competencia de acatar estímulos o reglas. Es la diligencia más generalizada del organismo.

Atención sostenida, es la aptitud para responder de manera consistente por un tiempo determinado y continuo, y a la vez permite la división en dos elementos, uno hace referencia a vigilar cuando la tarea es de detectar y la otra requiere de concentración cuando se habla de varias tareas que exigen capacidad cognitiva.

Atención focalizada, permite poner a prueba la capacidad de elegir entre diferentes opciones, prestando atención a la información importante a procesar para llevar a cabo una o varias

acciones, disminuyendo la atención en uno de los estímulos mientras se enfoca en otro.

Atención Alternante o también conocida como flexibilidad mental, se define como la capacidad de cambiar de enfoque de la atención entre varias acciones que tienen necesidades cognitivas diferentes, permitiendo en control de la información a procesar en cada situación, las alternancias de este grado no permiten a las personas hacer un cambio rápido y fluido entre los quehaceres.

Atención Dividida, consiste en poder hacer y brindar atención a dos cosas a la misma vez, es la habilidad de seleccionar información variada y procesarla para realizar en simultáneo la acciones. Es un procesamiento que permite la distribución de provisiones de una misma acción. Permite también cambiar rápidamente y alternar las tareas de una forma automática.

4.1.3 Modelo de Memoria de Alan D. Baddeley

Una de las opciones frente al planteamiento del modelo modal es la propuesta de Baddeley y Hitch (1974), estos autores proponen una idea basada en que las investigaciones de la memoria a corto plazo han sido exploradas a detalle a ciencia cierta la información obtenida es mínima para indicar que existe un conocimiento real sobre cómo procesan la información los seres humanos. Estos autores afirman que, aunque la memoria primaria se conoce como memoria operaria, las investigaciones han sido poco relevantes.

Este modelo teórico propone hacer una división en tres elementos de la memoria de trabajos, para que la principal protagonista sea las funciones ejecutivas centrales dado que eran consideradas el centro de control del sistema nervioso central que clasifica y permite la ejecución de variados procesos de control. Adicionalmente refieren que para procesar la información tiene un límite en la capacidad. Lo que si se le atribuye según Baddeley & Hitch (1974) “es la capacidad de descargar algunas de las necesidades de almacenamiento a sistemas “esclavos” subsidiarios, de los cuales hay dos claramente diferenciados, por un lado, el lazo articulatorio, que tiene la capacidad de preservar una reserva verbal mediante repaso subvocal; por otro lado, la agenda viso espacial, que desarrolla una función parecida a la que se realiza en la visualización de material visual y espacial”

Con base a lo anterior, el sistema ejecutivo central es quien tiene la responsabilidad de hacer una focalización en la atención y su funcionamiento está relacionado con el control, para los requerimientos se hace una ejecución y se modifica de la conducta en el momento; adicionalmente, es igual de importante aludir la coordinación de actividades de varios elementos.

Por otra parte, para Baddeley & Hitch, (1974):

“El punto de conexión y el dietario viso espacial suponen funciones para almacenar de manera controlada las capacidades ejecutivas centrales, que vienen siendo un sistema de que funciona de manera limitada, este proceso finito es usado para el desarrollo de conocimiento que ingresa a el sistema receptivo, y el otro lado es usado para almacenar los resultados que se producen para este funcionamiento , además el punto de articulación y el dietario viso espacial son dos subgrupos de trabajadores que apoyan los procesos ejecutivos centrales, se relacionan con la producción de información visualmente en el espacio y fonética.

Adicionalmente, los sistemas esclavos se conciben como elementos de la cognición de la memoria de trabajo; dichos módulos pueden estar conformados por diversos componentes. dicho de otras manera , el lazo articulatorio, que está compuesto por dos componentes: el primero es el almacén fonológico, que conserva la información verbal oral durante un tiempo aproximado de unos 1,5 a 2 segundos 55, en segundo lugar el desarrollo del repaso subvocal, admite una reactivación de los trazos en la memoria mediante un proceso de repetición interno que activa los procesos articulatorios requeridos para elaborar las secuencias verbales que conforman la información deberá ser contenida, de acuerdo con los planteamientos de Baddeley y su concepción de memoria, aunque este planteamiento establece una ruta , una de las teorías aún más fuerte sobre la memoria; autores como Cohen y Squire, (1980) parten de las ideas planteadas en el modelo de memoria de trabajo y gracias a las evidencias encontradas en el paciente H.M expuesto por Milner 1966 (como se citó en Cohen y Squire, 1980) “sugieren dos subtipos de memoria las cuales componen lo que se conoce como memoria a largo plazo descrita por otros autores. dichos sistemas establecen un tipo de memoria diferente pero no independiente sustentada por diversos tipos de aprendizaje; estos son llamados por los autores memoria declarativa y memoria procedimental”

4.1.4 Modelo de las Agnosias de Hecaen

Según Hecaen (1972), una agnosia se comprende como un “decaimiento al reconocer cosas objetivadas por medio de los sentidos y no se indica solamente a un defecto de los sentidos, desgaste cognitivo, hostigamiento cociente, desatención y no poder familiarizar el objeto”, de igual manera esta es diferente en cuanto al episodio mental que pueda exhibir la persona y de igual forma se debe excluir como causa un defecto sensorial primario. Clásicamente desde el modelo de Hecaen se han clasificados las agnosias en (1) visuales, (2) somestésicas y (3) auditivas, estas a su vez se dividen en las siguientes:

- 1 . Agnosias Visuales

- a. Agnosias de Objeto

- i. Colores (Inconveniente permanente al relacionar color correspondiente al estímulo cromático presentado)

- ii. Simultagnosia (Inconveniente para relacionar un significado a los estímulos indicados en simultáneo a la par de la función de la percepción y descripción correspondiente a cada uno)

- iii. Objetos tridimensionales y de dibujos (no poder hacer una identificación de algo observado)

- b. Agnosia de Caras (Prosopagnosia), [no poder en lo absoluto o parcialmente reconocer personas familiarizadas por la observación de sus rostros]

- a. Agnosia visual del espacio.

- i. Dificultad para indicar visualmente donde está un objeto (inconvenientes al percibir el lugar de una estimulación basado solo en lo observado)

1. Trastornos de la visión en la profundidad

2. Trastornos al apreciar y localizar un lugar:

- ii. Agnosia de señales topográficas (no poder hacer una orientación en un lugar externo, ni memorizar una manera de llegar a un lugar)

- iii. Agnosia espacial unilateral (Heminegligencia), [la persona no pone cuidado, ni presta interés en lo que se encuentra al otro lado del daño]

2. Agnosias Somestésicas

a. Supresión de corte sensorial (trastorno de Verger-Dejerine), disminución en el reconocimiento por el sentido táctil, características en un objeto como el tejido, la solidez, etc. incapacidad sensitiva en la ubicación de las extremidades, para catalogar siluetas, estructuras, espacios de 2 punciones hechas en la dermis].

Asteroagnosia (Incapacidad para el reconocimiento táctil de cosas u objetos que pueden reconocerse fácilmente a través de variaciones modales y no se atribuye a daño sensorial o motor primario que justifique la incapacidad reconocer y distinguir somatosensorialmente una estimulación).

3. Agnosias Auditivas

a. Agnosia auditiva (incapacidad al identificar el origen sonoro no verbalizado, no proporcional en relación a varias turbaciones bajas)

b. Amusia (disminución total de la percepción de la música en personas profesionales en esta área)

a. Desórdenes unilaterales de la audición (dificultad en el reconocimiento del origen del sonido contralateral a la lesión).

4.1.5 Modelo de Afasias de Benson y Geschwind

Benson (1979) define la afasia como la disminución significativa de la capacidad del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral, el cual puede manifestarse como secuelas de un accidente vascular encefálico (ACV) hemorrágico o embólico, traumatismo, tumores, demencias entre otros.

Actualmente la clasificación de las afasias mayormente aceptada por la comunidad científica es la propuesta por Benson & Geschwind (1971)

Afasia de Broca: Se relaciona con el daño inferior o posterior en el lóbulo frontal es decir es en hemisferio cerebral que predomina, la cual va a estar caracterizada por:

El habla no es fluida.

Deficiencia gramatical.

Riesgo de padecer estereotipias.
Incapacidad para comprender las normas sociales.
Dificultad en la pronunciación, acentuación y articulación del lenguaje.
Episodios de repetición perturbada.
Entender el lenguaje intacto.
Lectoescritura desordenada.

La afasia de Wernicke puede presentarse producto de un daño en el área 22 de Brodman relacionada específicamente en la región temporal posterior del izquierdo hemisferio y la cual va a estar caracterizada por:

Habla entendible (Llegando a la germanía para adaptarse a un grupo social).
Pronunciación adecuada sin evidenciarse alteraciones.
Capacidad para producir nuevas palabras uniendo otras lenguas.
Incapacidad de introspección.
Comprensión auditiva afectada.
Perturbación al repetir.
Lectoescritura desordenada.

Afasia de Conducción: Puede presentarse producto de una lesión del fascículo arqueado que une las áreas de Broca y Wernicke y la cual va a estar caracterizada por:

Habla fluida.
Omisión o sustitución del fonema
Repetición alterada (signo más relevante)
Lectura y escritura desordenada.
Conservación al comprender.

Afasia Global: Está relacionada a un daño severo del área perisilviana del hemisferio izquierdo, que encierra las áreas de Broca y Wernicke y la cual va a estar caracterizada por:

No tiene fluidez en el habla.
Alteración al comprender el lenguaje.

Repetir variadamente.

Lectura y escritura alterada

Afasia Transcortical Motora: Puede ocasionarse por un daño que afecta directamente en el territorio que pasa en la arteria cerebral izquierda que encierra el líquido blanco subcortical y la cual va a estar caracterizada por:

No fluidez en el habla (no hay iniciativa).

Normalización al repetir.

Preservación al comprender.

Leer conservadamente.

Al escribir hay perturbación.

Afasia Transcortical Sensorial: Es ocasionada por un daño en el territorio pegado en la arteria cerebral por el hemisferio cerebral izquierdo y la cual va a estar caracterizada por:

Tiene fluidez en el habla.

Comprende distorsionadamente

Lectura y escritura distorsionada.

Conservación al repetir.

Signos notorios de palilalias.

Afasia Anómica: Puede presentarse a raíz de un daño en la región temporo parietal del hemisferio cerebral izquierdo. Además, está relacionado daños subcorticales, manifestándose como

Fluidez en el habla.

Múltiples altos al hablar.

Conservación al comprender.

Repetición conservada.

Lectura y escritura conservada.

Alteraciones de denominaciones (principal síntoma de la patología)

Afasia Subcortical: Es producto de un daño en los ganglios basales y la región talámica

izquierda, evidenciándose en signos como:

No tiene o tiene fluidez en el habla

Distorsión en la comprensión

Alteración lingüística

Existencia de paralalias.

4.1.6 Modelo de apraxias de Geschwind

Geschwind (1975) sintetiza la apraxia en “síndrome que perturba la realización de actividades de la movilidad en procesos de aprendizaje, esta alteración no es justificada por agotamiento, falta de coordinación, desgaste sensitivo o falta de atención en las indicaciones”. Desde la conceptualización de las apraxias se han descrito las siguientes:

Apraxia de la marcha: Insuficiencia en cuanto a conexión de sistema de levantamiento adaptados del avance de la acción.

Apraxia del vestido: falta de orden al gestualizar la actividad al vestirse.

Apraxia del desarrollo: Se relaciona para planificar y ejecutar movimientos adecuados motoras ineficaces en niños debido a inmadurez de su S.N.C.

Apraxia Ideomotora: es la incapacidad de ejecutar una acción aprendida previamente aun cuando se otorgan los elementos necesarios.

Apraxia Ideacional: es considerado un trastorno de la ejecución motora donde se obstaculiza el movimiento voluntario debido a la pérdida del concepto de dicho movimiento.

Apraxia Constructiva: dificultad para desarrollar actividades que requieren ensamblajes.

Apraxia Motora: se considera una dificultad que se presenta a causa de lesiones o daños cerebrales que impiden los movimientos coordinados a pesar de que la persona tenga la destreza y objetivo de realizarlo.

Apraxia bucofacial: se relaciona con la incapacidad que tiene el sujeto para realizar movimientos con los músculos de la laringe, mejillas, faringe y lengua sin embargo estos no afectan la producción del habla.

Apraxia del habla: esta apraxia limita el habla a tal punto que el sujeto conoce que palabras utilizar, sin embargo, su cerebro no logra coordinar los movimientos musculares necesarios para

articular el sonido de dichas palabras.

4.1.7 Modelo de funciones ejecutivas de Lezak

Las funciones ejecutivas según Lezak (1995) se exponen como una sucesión de funciones que controlan, regulan y predicen la acción y las operaciones mentales por las cuales las personas pueden llevar a cabo funciones de manera independientes, proactivas, y productivas (Lezak, 1995).

Desde lo planteado en las investigaciones se han conceptualizado las siguientes funciones ejecutivas:

Organización: Facultad que estimula a los contenidos semánticos ubicándolos en categorías de conocimiento, como coordinar y secuenciar las acciones mentales alcanzando un mayor aprendizaje de la información.

Control inhibitorio: controla la regulación y la capacidad de originar una acción impulsiva producto de otros sistemas cerebrales, permitiendo que ésta controle primordialmente la acción y la atención.

Elasticidad cognitiva: Capacidad que permite analizar diferentes formas de procesamiento cognitivo.

Producción de hipótesis: Capacidad para fomentar diversas alternativas frente a procedimientos, estrategias, o respuestas en situaciones repetitivas, evaluando la toma de decisiones.

Planeación: Capacidad de organizar los procesos cognitivos en series para que de esta manera la ejecución de las estrategias permita cumplir un objetivo en el menor tiempo, evitando esfuerzo o dispersión cognitiva.

Capacidad abstracta: capacidad de abstraer, percibir, o evaluar la información que se recibe del medio comprendiendo su perspectiva más abstracta y diferenciada con mayor y menor desempeño esfuerzo cognitivo.

Memoria operativa: Capacidad de retener información mientras que es organizada.

Metacognición: destreza que posee el sujeto para controlar y dominar sus procesos cognitivos.

4.4 Marco Legal

Para este estudio se planteó el cumplimiento de todas las peticiones de ley situado en la resolución No 8430 de 1993 que insta y regula la práctica en los diferentes campos de la investigación concernientes a las ciencias de la salud en Colombia. En esta resolución se instaura normatividad científica, para el manejo y exploración en el área de la salud, donde se establece en el título II los parámetros de los estudios en seres humanos, contemplados en el capítulo 1.

Así mismo esta investigación se regirá bajo la ley 1090 de 2006, que vigila y regula el ejercicio profesional de Psicología, en el cual están descritos los contenidos del Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, indicado especialmente al capítulo (4) cuarto: donde se divulgan los deberes que cada profesional debe a sus colegas como demás profesionales; así mismo en el capítulo (5) quinto, hace especial referencia al manejo y uso del material usado para la exploración e investigación como lo es el material psicotécnico, y en el capítulo séptimo donde se amplía los requisitos sobre la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.

De igual forma la investigación basa su conceptualización y principios sobre el adulto mayor en la política nacional de envejecimiento y vejez (MPS, 2007), orquestado con todos los niveles gubernamentales y de la sociedad civil con el bien común de mostrar e intervenir la situación relacionada con el envejecimiento y la vejez en Colombia.

4.5 Consideraciones éticas

En concordancia con el numeral b del artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, se declara que este estudio se considera un estudio de Riesgo Mínimo. Esto debido a que contempla la captura de la información mediante la aplicación de procedimientos tales como pruebas no invasivas y muestras invasivas de riesgo mínimo, actividades de participación que no considera un peligro para la salud mental o física.

Toda la información será confidencial y sólo tendrá acceso profesional y por parte de los sujetos voluntarios. Así mismo, todos los procedimientos estarán regulados según la Ley 1090

de 2006, en la que se dictamina la práctica psicológica, y se indica el código Deontológico y Bioético.

Teniendo en cuenta el contexto de pandemia por COVID 19 la cual generó una afectación a la población durante la aplicación de este estudio, se tiene en cuenta la Resolución 0223 del 25 de febrero de 2021, indicado por el ministerio de salud, para la cual se especifican las condiciones biosanitarias que promueven la mitigación y el control para un proceso realizar óptimo para manejar el virus, para esto se especifican procesos necesarios en la intervención con población en donde resalta, el porte de los elementos que protejan a cada participantes, mantener distancia social, adecuada ventilación y sanitización.

La información recolectada será guardada y vigilada por el líder de la Investigación El magíster en Neuropsicología Juan Camilo Urazan Chinchilla, por un periodo de 10 años. Los investigadores declaran conocer los aspectos éticos que se involucran en la investigación y dan cuenta que considera la normativa de la siguiente manera:

a. Para esta investigación se planteó el cumplimiento de todas las peticiones de ley situado por la resolución No 8430 de 1993 que insta y regula la práctica en los diferentes campos de la investigación concernientes a las ciencias de la salud en Colombia. En esta resolución se instauran las normas científicas, técnicas y administrativas para la exploración en el área de la salud, donde se establece en el título II los parámetros de la investigación en seres humanos, contemplados en el capítulo 1.

b. Así mismo esta investigación se registrará bajo la ley 1090 de 2006, que vigila y regula el ejercicio de la profesión de Psicología, donde están descritos los contenidos del Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, haciendo especial énfasis en el capítulo (4) cuarto: donde se divulgan los deberes que cada profesional debe a sus colegas como demás profesionales; así mismo en el capítulo (5) quinto, hace especial referencia al manejo y uso del material usado para la exploración e investigación como lo es el material psicotécnico, y en el capítulo séptimo donde se amplía los requisitos sobre la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.

Para la intervención que realizará en esta investigación se adaptan los siguientes protocolos

de bioseguridad:

1. El uso de tapabocas será obligatorio, para los entrevistadores, pacientes y familiares.
2. Encuesta breve sobre antecedentes de salud relacionados a sintomatología del coronavirus COVID 19.
3. Desinfección de materiales antes y después de la aplicación.
4. Lavado de manos con los cinco pasos recomendados según la OMS
5. Distanciamiento físico mínimo de 2 metros.
6. Los investigadores deberán realizarse testeos para SARS-COV-2, según disponibilidad en la ciudad de residencia de éstos, salvo que los mismos ya tengan la inmunización por la aplicación de la vacuna, según la reglamentación vigente emitida por los órganos de control y vigilancia. De igual manera los investigadores solo aplicarán las intervenciones si se encuentran en óptimas condiciones de salud y no haya evidencia de ningún tipo de sintomatología o estén en cuarentena por contacto o sospecha de ser positivos para COVID 19.

5 Metodología

5.1 Tipo de investigación

Debido a la manera como que se pretende enfocar y analizar el presente estudio, se indica que la investigación cuenta con elementos inherentes de un estudio cuantitativo, visto que las herramientas para la agrupación de la información, como el método para su análisis, está justificado epistemológicamente por los supuestos del paradigma empírico analítico. En relación con el tipo de investigación y tomando como referencia los planteamientos sustentados por Sampieri, Fernández y Baptista (2006).

5.2 Diseño de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo con corte transversal, por cuanto su finalidad es describir las características cognitivas en una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare 38.146 adultos mayores residentes del departamento de Casanare (Minsalud 2020).

5.3 Población

38.146 adultos mayores residentes del departamento de Casanare (Minsalud 2020).

5.4 Muestra

105 adultos mayores con deterioro cognitivo leve y demencia institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare que cuenten con la pertinencia de cumplir con criterios de inclusión y admitan los requisitos del estudio, mediante el diligenciamiento y firma del consentimiento y/o asentimiento informado.

5.5 Muestreo

El muestreo llevado a cabo en la investigación es intencional o conveniencia, donde la forma de seleccionar los participantes es de acuerdo con los intereses de la investigación, de esta manera la muestra seleccionada debe proporcionar datos esenciales en base de los criterios de inclusión y exclusión donde es primordial que la personas a participar sean adultos mayores con diagnóstico o sospecha de DCL y/o demencia y pertenecer a instituciones de centros día o centros asistenciales de Yopal-Casanare.

5.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Lenguaje no fluente (falta de incitación verbal).
- Adultos mayores con diagnóstico o sospecha de deterioro cognitivo leve y/o demencia referida por el historial médico y/o familiar o cuidador.
- Adultos mayores residente de la ciudad de Yopal-Casanare.
- Adultos mayores institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.
- Adultos Mayores con acompañamiento familiar y/o de cuidador.
- Diligenciamiento de consentimiento informado. · Firma de asentimiento informado para aquellas situaciones en la que adulto mayor esté impedido.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con desgaste significativo de la respuesta sensorial y/o motora que limite la realización de manera pertinente y completa la implementación de las pruebas seleccionadas.
- Adulto mayor diagnosticado anteriormente con alteraciones psiquiátricas que no permitan la aplicación de los instrumentos.
- Adulto mayor con problemas en el lenguaje que no permita comprender las indicaciones durante la aplicación de los instrumentos.
- Adulto mayor que se encuentre afectado por el consumo de sustancias psicoactivas o haya ingerido bebidas alcohólicas durante la aplicación de los instrumentos.
- El no diligenciamiento del consentimiento informado.

- Adulto mayor previamente diagnosticado médicamente con una enfermedad que imposibilite completamente la aplicación de los instrumentos.
- Adulto mayor no residente en la ciudad de Yopal-Casanare.
- Adulto mayor no institucionalizado o usuario de usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare
- Adultos mayores sin diagnóstico o sospecha de deterioro cognitivo leve y/o demencia referida.

5.7 Instrumentos

5.7.1 Ficha de Datos sociodemográficos

La ficha de información sociodemográfica se indaga con el paciente; sus nombres y apellidos con el fin de codificarlo (es de aclarar que estos datos sólo serán conocidos por los investigadores para fines logísticos de la investigación), de igual forma se indaga por el certificado de nacido vivo, edad, situación civil, sexualidad, domicilio actual, sitio de nacimiento, nivel formativo alcanzado, ocupación u oficio actual y anterior, idioma natal o secundario, historial relevante personal y familiar y farmacología médica, además se igual forma se indaga si el paciente actualmente está institucionalizado o si lo ha estado.

5.7.2 Addenbrooke's Cognitive Examination Revisado – ACER (Ospina-García, 2015)

El Addenbrooke's Cognitive Examination revisado- ACER, ha sido adaptado como una prueba que evalúa diferentes dominios y aspectos esenciales del estado cognitivo, este instrumento permite una valoración cognitiva específica en la detección de estados tempranos de las demencias como, el Alzheimer Frontotemporal, cuerpos de Lewy, parálisis supra nuclear progresiva y otros síntomas que cursan la demencia.

Con el fin de facilitar su uso se proporciona una traducción y la incorporación del MMSE (Mini-mental State Examination), El test permite la evaluación de múltiples funciones cognitivas: orientación (10 puntos), atención (8 puntos), memoria (35 puntos), fluencia verbal (14 puntos), lenguaje (28 puntos) y viso espacial (5 puntos), estableciendo 100 puntos para su puntuación más elevada en el total. El test tiene un tiempo de administración entre los 15 a 20 minutos. El ACER-

Col, ha sido validado como una herramienta que ha demostrado presentar mayor especificidad e identificación de demencias de igual manera, ha sido recomendado ya que los síntomas anímicos o comórbidos de trastornos del ánimo no afectan su desempeño, la versión original establece dos puntos de corte (82 y 88) sin embargo, la investigación realizado por Ospina (2015), establece un punto de corte de 87 sobre 100, donde la sensibilidad para la detección del ACER-Col es de 92.72% y una especificidad de 90.54%, adaptándose a la necesidades de la población colombiana y su utilización en el área clínica y la investigación.

5.8 Procedimientos

1. Realizar primer contacto en las instalaciones de los centros institucionalizados para adultos mayores con el fin de identificar la población de estudio.

2. Contacto inicial con los pacientes y/o familiares para el agendamiento de la valoración neuropsicológica, este contacto puede ser vía telefónica, correo electrónico y/o de forma personal; con los datos personales y de los pacientes se enviará esta información a la división correspondiente en los centros institucionalizados y usuarios de centros día para el ingreso de las investigadoras a las instalaciones de la misma; En el contacto inicial se solicita que el familiar y/o cuidador acompañante sea una persona que pueda suministrar la mayor información disponible del paciente y su familia.

3. Cita inicial hará una valoración donde se diligencia la ficha de datos sociodemográficos, el diligenciamiento de esta ficha será guiado por parte de los auxiliares de investigación.

4. En la segunda cita el establecimiento inicial de rapport con el paciente y la posterior aplicación del El Addenbrooke's Cognitive Examination revisado- ACER. En la sesión de evaluación estarán personas evaluadoras miembros del proyecto antes mencionado encargados uno de la aplicación formal de las pruebas neuropsicológicas y psicológicas y el otro quien ayuda al evaluador principal en el alistamiento de los instrumentos y demás instrumentos de evaluación, así como de ser un segundo filtro de la información que ofrece el paciente y con el fin de evitar en mayor medida sesgos del evaluador y para reducir tiempos de aplicación.

5. Calificación de las pruebas y subpruebas por parte del evaluador principales y secundarios según manuales y datos normalizados de las pruebas y subpruebas utilizadas.

6. Construcción del perfil individual del paciente y análisis de resultados con la generación del informe de evaluación neuropsicológica.

7. Tabulación de resultados individuales en el consolidado general por parte del personal encargado de esta tarea.

8. Entrega de Resultados del informe de evaluación neuropsicológica a pacientes y familiares la cual estará guiada por evaluador principal y secundarios previo entrenamiento por el profesional competente (Si se necesita el profesional competente estará en la disponibilidad de acompañar la entrega del informe solo si los familiares así los disponen o si los evaluadores solicitan el acompañamiento).

9. Análisis de resultados encabezado por el investigador principal y secundarios de investigación. 10. Discusión de resultados y conclusiones por parte del investigador principal y secundarios de proyecto de grado de investigación.

11. Presentación formal de resultados de investigación a las divisiones competentes.

5.9 Fases del estudio

Fase 1. Descripción del proyecto: se realizará la construcción de la introducción, la planeación de la problemática, justificación para la pertinencia de la investigación y formulación del objetivo a alcanzar.

Fase 2. Marco teórico: se realizará la búsqueda y construcción de los antecedentes de estudio, consolidación de las bases y fundamentos teóricos de las variables de estudio, descripción del contexto, revisión de las bases legales y definición de las variables de investigación.

Fase 3. Diseño del método: para definir el tipo y diseño del estudio, consolidando así la población y la muestra, los procedimientos y pruebas para recoger y analizar la información, en esta fase se llevará a cabo para recoger datos por medio de la realización de las pruebas escogidas.

Fase 4. Resultados: Etapa 1: Se construirá la presentación de los resultados al igual que el análisis e interpretación de estos, para la construcción de la discusión, conclusiones y recomendaciones. Etapa 2: Entrega de resultados del informe de evaluación neuropsicológica a pacientes y familiares la cual estará guiada por evaluador principal y secundarios.

5.10 Análisis de resultados

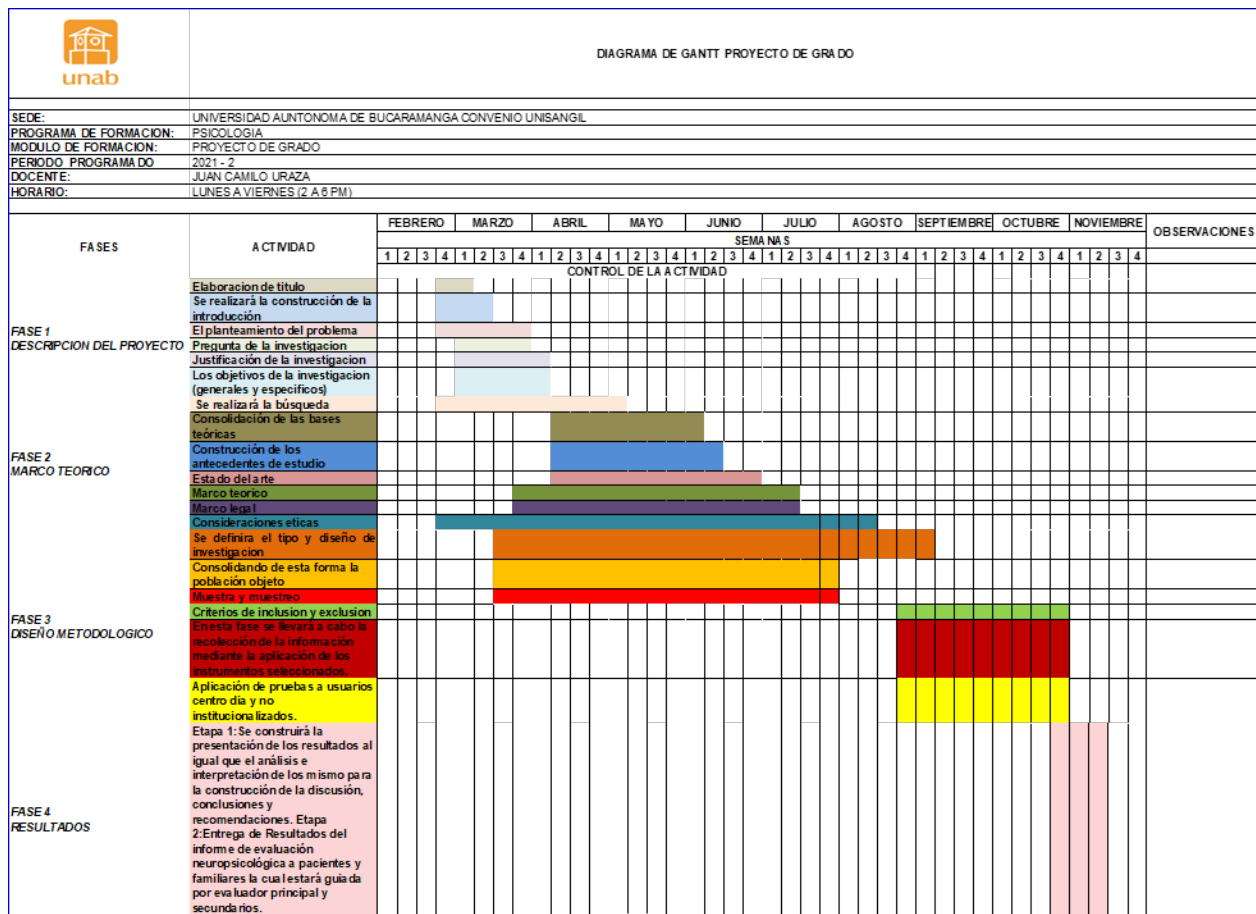
Con el objetivo de cumplir lo figurado al iniciar esta investigación para optar al grado, se plasma la información recogida mediante los cuestionarios utilizados en la fase de aplicación para su análisis e interpretación se realizaron análisis estadísticos mediante el SPSS Statistics para un mejor entendimiento de los datos obtenidos, se muestran los resultados en orden general donde se agruparon a las poblaciones evaluadas para determinar las diferencias y similitudes de los datos sociodemográficas de los participantes evaluados y posteriormente se presentan los hallazgos que permitieron explorar el estado cognitivo de los participantes de acuerdo a su condición actual, finalmente se identifican las diferencias en la afectación cognitiva entre los participantes institucionalizados y usuarios de centros día que permiten establecer los procesos cognitivos con menor desempeño para cada población evaluada, por medio de estadístico de frecuencia que permiten las comparaciones.

El estudio está fundado en una muestra de 105 adultos mayores usuarios de centros día e institucionalizados seguidamente se explica el estudio de los hallazgos sobresalientes según el orden establecido por el cuestionario Addenbrooke's Cognitive Examination Revisado – ACER (Ospina-García, 2015):

5.11 Cronograma

En base a los objetivos planteados al comienzo del presente trabajo de grado se plasma la información recogida mediante los cuestionarios utilizados en la fase de aplicación para su análisis e interpretación se realizaron análisis estadísticos mediante pruebas estadísticas para una mejor comprensión de los datos obtenidos, se muestran los resultados adquiridos en orden general donde se agruparon a las poblaciones evaluadas para determinar y establecer las características sociodemográficas, posteriormente se presentan los resultados que permitieron explorar el estado cognitivo de los participantes de acuerdo a su condición actual, finalmente se identifican las diferencias en la afectación cognitiva entre los participantes institucionalizados y usuarios de centros día que permiten establecer los procesos cognitivos con menor desempeño para cada población evaluada.

Ilustración 1. *Diagrama de Gantt*



Nota. Ilustración 1. Diagrama de Gantt con sus cuatro fases¹ descriptivas del proyecto. (García, Guanay, Muñoz & Soto, 2021).

¹ En la elaboración del Diagrama de Gantt se evidencian cuatro (4) fases, que comprenden la fase 1 Descripción del proyecto para dar un manejo al planteamiento de problema seguido de la fase 2 del marco teórico donde se consolidó la base de datos con los criterios de exclusión e inclusión seguidamente de la fase 3 Diseño metodológico donde se aplicará toda prueba para recolectar información y por último la fase 4 se presentan la interpretación de los resultados encontrados.

5.12 Recursos humanos y materiales

Ilustración 2. Recursos humanos y materiales

	Recursos	Costos
Humanos	1 investigador (director)	\$ 3'000.000
	4 estudiantes asistentes de investigación	\$ 4'000.000
Materiales de Oficina	1 resma de papel	\$ 9.000
	4 planilleros	\$ 60.000
	8 lápices	\$ 8.000
	4 borradores	\$ 3.000
	2 tijeras	\$ 5.000
	1 rollo de cinta	\$ 3.600
	Sistematización y Ofimática	5 computadores
4 celulares (Llamadas, grabador de voz, registros fotográficos, videos, scanner)		\$ 100.000
Software de Procesamiento de Información		\$ 40.000
Programas Ofimáticos		\$ 50.000
Impresiones		\$ 20.000
Fotocopias		\$ 40.000
Elementos de Protección Personal	24 batas desechables	\$ 60.000
	24 mascarillas faciales N95	\$ 168.000
	5 mono gafas o caretas	\$ 40.000
	1 caja de guantes de látex	\$ 55.000
	1 caja de gorros quirúrgicos o antifuído	\$ 25.000
	1 galón de alcohol desinfectante al 70%	\$ 60.000
Otros Gastos	Imprevistos	\$ 200.000
	Presupuesto Total	\$ 8'146.600

Nota. Ilustración 2. **Recursos**² que se manejaron durante el proyecto. (García, Guanay, Muñoz & Soto, 2021)

² Los recursos manejados durante la elaboración del proyecto fueron recursos humanos como los cuatro asistentes e investigador a cargo seguido de materiales de oficina para recolectar toda información generada, apoyada por los sistemas de ofimática, siempre usando elementos de protección personal para el cuidado de la población a trabajar.

5.13 Resultados esperados

Con la presente investigación se pretende que existan programas que mejoren el estado de vida de los adultos mayores en el ámbito de las demencias y el deterioro cognitivo, esta investigación busca dar un inicio para generar nuevos instrumentos que permitan optimizar la evaluación Neuropsicológica teniendo en cuenta los factores socioculturales que caracterizan a los adultos en edad avanzada que pertenecen a Yopal Casanare.

Las investigaciones de deterioro cognitivo y demencias son cada vez de mayor relevancia para la planeación de los currículos académicos de las universidades que le apuntan a los pilares de las investigaciones y proyectos sociales, es por eso que la carrera de Psicología en la Universidad Autónoma de Bucaramanga no solo se encuentra el estudio y la atención de esta problemática en los planes de estudio de las asignaturas correspondientes a esta, sino que también le apunta a la investigación en el tema, dándole la oportunidad a estudiantes y docentes poder vincularse a este tipo de estudios.

En razón a lo planteado desde los objetivos del estudio se pretende intervenir en el estado de la vida del adulto mayor por medio de la identificación de variables sociodemográficas que puedan influir en el bienestar mental de este gentilicio; de igual manera se pretende generar un impacto en los servicios de salud que permita atender la patología a tiempo, mitigado en subdiagnóstico. Atendiendo de manera oportuna a las primeras manifestaciones de los síntomas del deterioro cognitivos y demencias.

6 Resultados

Para la presente investigación participaron 105 adultos mayores usuarios centros día y usuarios institucionalizados de los centros especializados, se presentará 3 capítulos con los resultados respondiendo a los objetivos de la investigación:

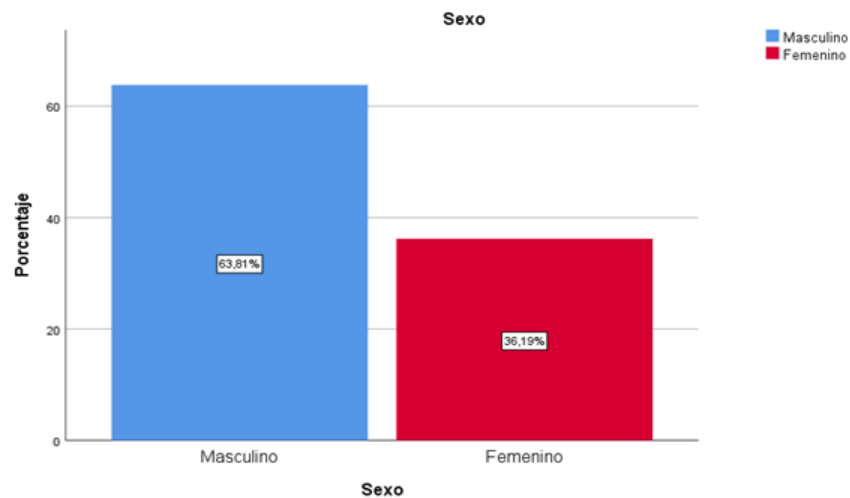
Capítulo 1. Variables sociodemográficas de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

Tabla 1. *Variable Sociodemográfica de Sexo resultados*³

Variable	N	(%)
Sexo		
Femenino	38	(36,2)
Masculino	67	(63,8)
Total	105	(100,0)

Nota. Tabla 1. Resultados sociodemográficos del sexo. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0 . Elaboración propia

³ Los resultados de la variable sociodemográfica generados por los asistentes investigadores fueron de una población total de 105 adultos mayores, que se dividieron entre 38 femeninos y 67 masculinos.

Grafica 1. Variable Sociodemográfica de Sexo resultados generales

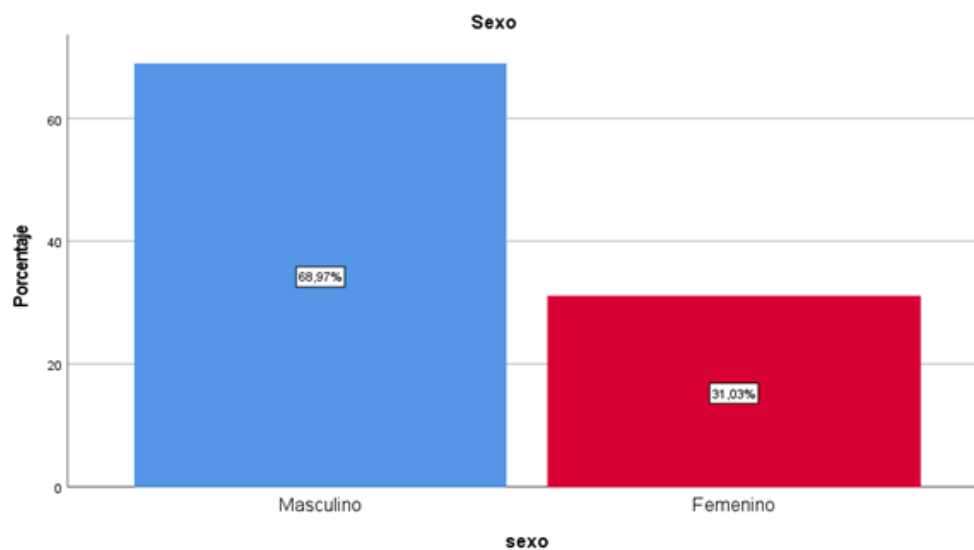
Nota. Gráfica 1. Resultados sociodemográficos del sexo generales. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia*

En la gráfica 1 y en la tabla 1 se presentan los resultados sociodemográficos para la variable sexo en el general de la muestra evaluada, en estas se observa que 67 participantes son del sexo masculino (63,81), mientras que 38 participantes son de sexo femenino (36,2) para una muestra total de 105 evaluados.

Tabla 2. Variable Sociodemográfica de Sexo adultos mayores institucionalizados

Variable	N	(%)
Sexo		
Femenino	9	(31,0)
Masculino	20	(69,0)
Total	29	(100,0)

Nota. Tabla 2. Resultados sociodemográficos del sexo en adultos mayores institucionalizados. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia*

Gráfica 2. Variable sociodemográfica de sexo adultos mayores institucionalizados

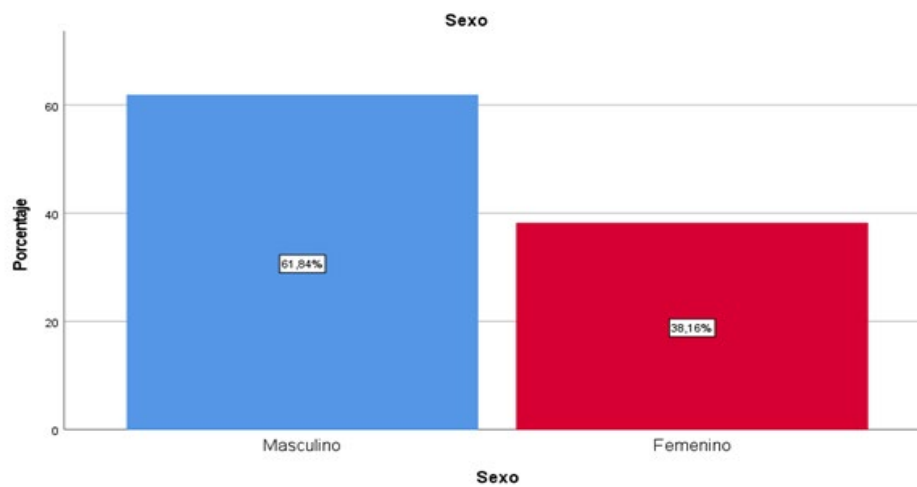
Nota. Gráfica 2. Resultados Variable sociodemográficos del sexo en adultos mayores institucionalizados. tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0* Elaboración propia

En la tabla 2 y gráfica 2 se presenta los resultados sociodemográficos para la variable de sexo en la muestra evaluada, en esta se observa que 9 participantes son del sexo femenino (31,0), mientras que para el sexo masculino se obtuvo 20 participantes (69,0) para un total de 29 usuarios institucionalizados.

Tabla 3. Variable sociodemográfica de sexo adultos mayores usuarios centros día.

Variable	N	(%)
Sexo		
Femenino	29	(38,2)
Masculino	47	(61,8)
Total	76	(100,0)

Nota. Tabla 3. Resultados sociodemográficos del sexo en adultos mayores usuarios centros día. tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0*. Elaboración propia

Gráfica 3. Variable sociodemográfica de sexo adultos mayores usuarios centros día.

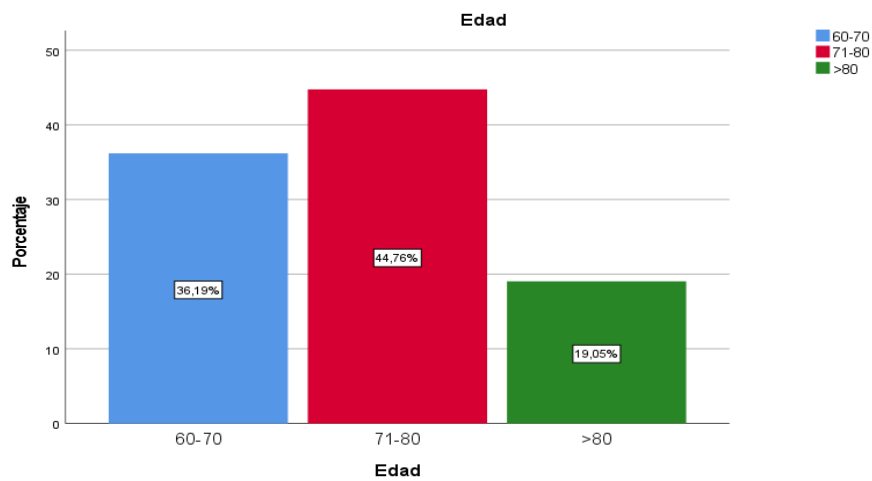
Nota. Gráfica 3. Resultados variables sociodemográficos del sexo en adultos mayores usuarios centro día. tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia*

En la gráfica 3 y tabla 3 se presentan los resultados sociodemográficos para la variable de sexo en adultos mayores usuarios de centros día en la muestra evaluada, en esta se observa 29 participantes que pertenecen al sexo femenino (38,2) y 47 pertenecen al sexo masculino (61,8%) con un total de 76 participantes usuarios de centros día.

Tabla 4. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Generales

Variable	N	(%)
Edad		
60-70	38	(36,2)
71-80	47	(48,8)
80 >	20	(19)
Total	105	(100)

Nota. Tabla 4. Resultados generales de la variable sociodemográfica de edad. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

Gráfica 4. *Variable Sociodemográfica de Edad resultados Generales*

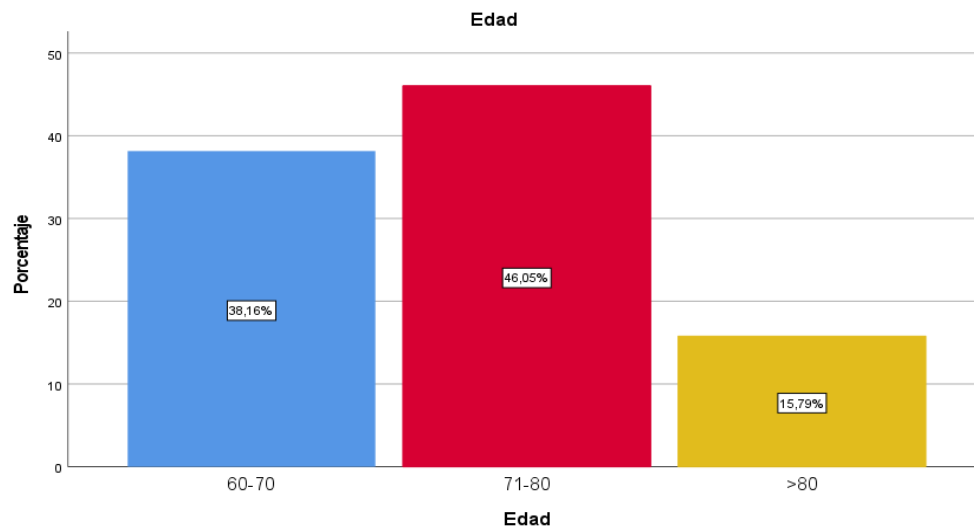
Nota. Gráfica 4. Resultados generales de las variables sociodemográficas de edad. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la gráfica 4 y tabla 4. se presentan los resultados sociodemográficos para la variable de edad en los resultados generales de la muestra evaluada, en estas se observa que 38 participantes se encuentran en un rango de edad entre 60-70 años (36,2), 47 pertenecen a un rango de edad entre 71-80 años (44,8) y 20 participantes mayores de 80 años (19), para un total de 105 de la muestra total (100).

Tabla 5. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Institucionalizados

Variable	N	(%)
Edad		
60-70	9	(31)
71-80	12	(41,4)
80 >	8	(27,6)
Total	29	(100)

Nota. Tabla 5. Resultado variable sociodemográfico de edad institucionalizados. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia

Gráfica 5. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Institucionalizados.

Nota. Gráfica 5. Resultado variable sociodemográfico de edad institucionalizados. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia

En la gráfica 5 y tabla 5 variable sociodemográfica de edad en participantes institucionalizados se presentan los resultados de la muestra evaluada, 9 participantes están en un rango de edad entre 60-70 años (31), 12 participantes se encuentran en un rango de edad entre 71-

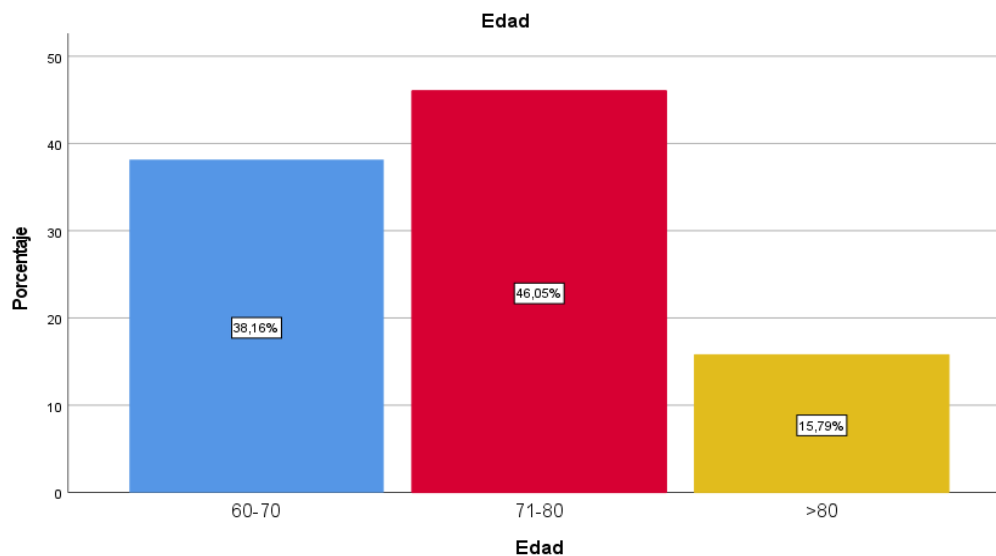
80 años (41,4), 8 participantes son mayores de 80 años (27,6) para un total de 29 participantes institucionalizados (100).

Tabla 6. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Usuarios centros día

Variable	N	(%)
Edad		
60-70	29	(38,2)
71-80	35	(46,1)
80 >	12	(15,8)
Total	76	(100)

Nota. Tabla 6. Resultados variables sociodemográfica de edad usuarios centro día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

Gráfica 6. Variable Sociodemográfica de Edad resultados Usuarios centros día



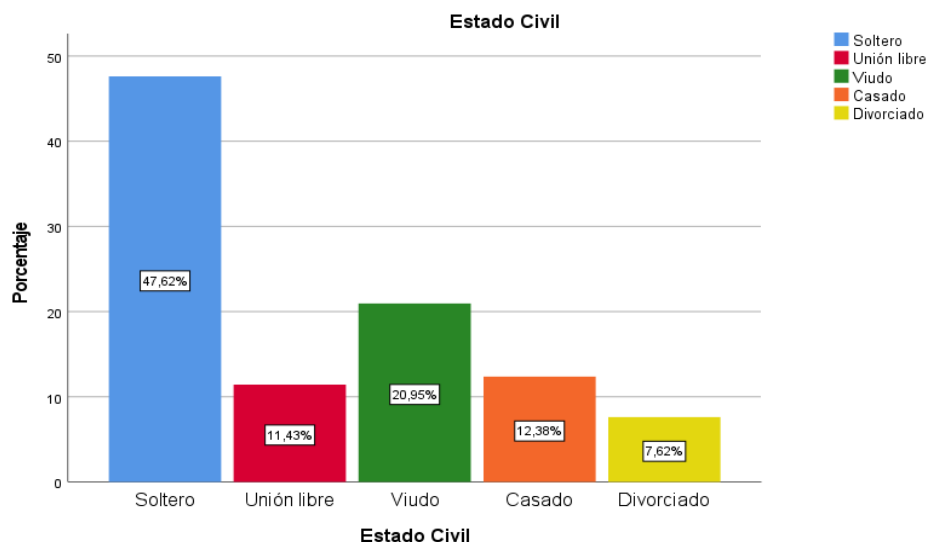
Nota. Gráfica 6. Resultado variable sociodemográfica de edad usuario centro día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 6 y gráfico 6 se muestra la variable de edad en los participantes en condición de usuarios de centros día, evidenciándose los resultados de la muestra evaluada, 29 participantes están en un rango de edad entre 60-70 años (38,2), 35 participantes se encuentran en un rango de edad entre 71-80 años (46,1) y 12 participantes son mayores de 80 años (15,8) para un total de 76 participantes usuarios centros día (100).

Tabla 7. *Variable sociodemográfica de estado civil resultados Generales*

Variable	N	(%)
Estado Civil		
Soltero	50	(47,6)
Unión Libre	12	(11,4)
Viudo	22	(21,0)
Casado	13	(12,4)
divorciado	8	(7,6)
Total	105	(100)

Nota. Tabla 7. Resultados generales de la variable sociodemográfica de estado civil. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

Gráfica 7. Variable sociodemográfica de estado civil resultados General

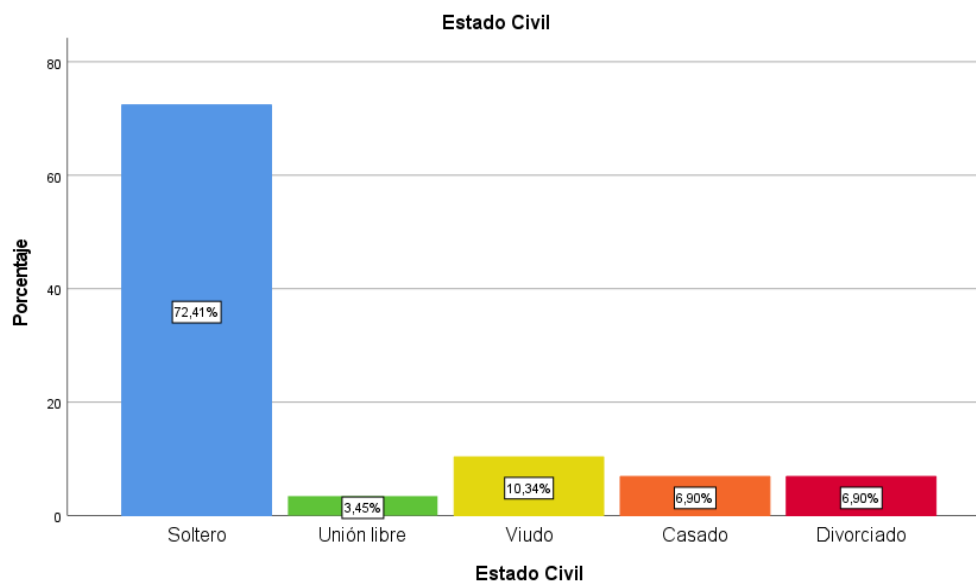
Nota. Gráfica 7. Resultados generales de las variables sociodemográficas del estado civil. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la gráfica 7 y en la tabla 7, se presentan los resultados sociodemográficos para la variable de estado civil en el general de la muestra evaluada, en esta se muestra que 50 participantes se encuentran en estado civil solteros (47,6), 12 participantes están en unión libre (11,4), 22 son viudos (21,0), 13 participantes son casados (12,4) y 8 son divorciados (7,6) para un de 105 participantes evaluados (100,0).

Tabla 8. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Institucionalizados

Variable	N	(%)
Estado Civil		
Soltero	21	(72,4)
Unión Libre	1	(3,4)
Viudo	3	(10,3)
Casado	2	(6,9)
Divorciado	2	(6,9)
Total	29	(100)

Nota. Tabla 8. Resultados variables sociodemográfica de estado civil usuarios institucionalizados. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

Gráfica 8. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Institucionalizados

Nota. Gráfica 8. Resultados variables sociodemográfica de estado civil usuarios institucionalizados. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

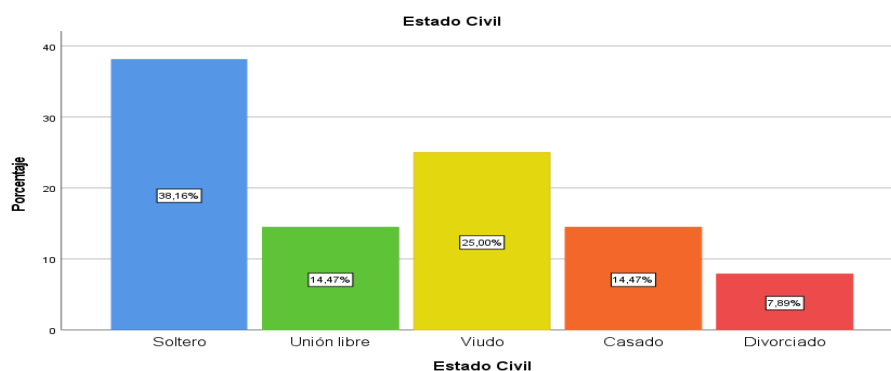
En la tabla 8 y gráfico 8 se presentan los resultados de la variable estado civil de la muestra evaluada de pacientes institucionalizados, en esta se observa que 21 son solteros (72,4), 1 en unión libre (3,4), 3 son viudos (10.3), 2 son casados (6,9) y 2 son divorciados (6,9) para un total de 29 participantes institucionalizados (100).

Tabla 9. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Centros día

Variable	N	(%)
Estado Civil		
Soltero	29	(38,2)
Unión Libre	11	(14,5)
Viudo	19	(25)
Casado	11	(14,5)
divorciado	6	(7,9)
Total	76	(100)

Nota. Tabla 9. Resultados variables sociodemográficas de estado civil usuarios centro día. Tomado de ibm spss statics suscripción versión 28.0. Elaboración propia.

Gráfica 9. Variable sociodemográfica de estado civil resultados Usuarios Centros día



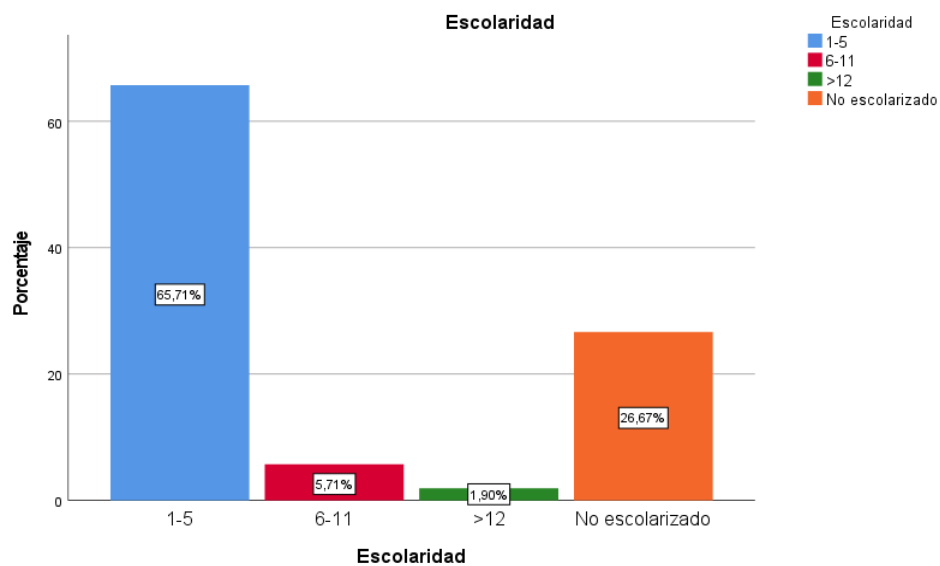
Nota. Gráfica 9. Resultados variables sociodemográficas de estado civil usuarios centro día. Tomado de ibm spss statics suscripción versión 28.0. Elaboración propia.

En la gráfica 9 y tabla 9 se presenta los resultados sociodemográficos para la variable estado civil en usuarios de centros día de la muestra evaluada, en esta se presenta que 29 participantes se encuentran en estado civil soltero (38,2), 11 participantes están en unión libre (14,5), en el estado civil viudo se presentan 19 participantes (25), 11 participantes están casados (14,5), entre tanto 6 participantes son divorciados (7,9) para un total de 76 participantes usuarios de centros día que fueron evaluados (100)

Tabla 10. *Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Generales*

Variable	N	(%)
Escolaridad		
1-5	69	(65,7)
6-11	6	(5,7)
12 >	2	(1,9)
No escolarizado	28	(26,7)
Total	105	(100)

Nota. Tabla 10. Resultados generales variables sociodemográficas de escolaridad. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

Gráfica 10. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Generales

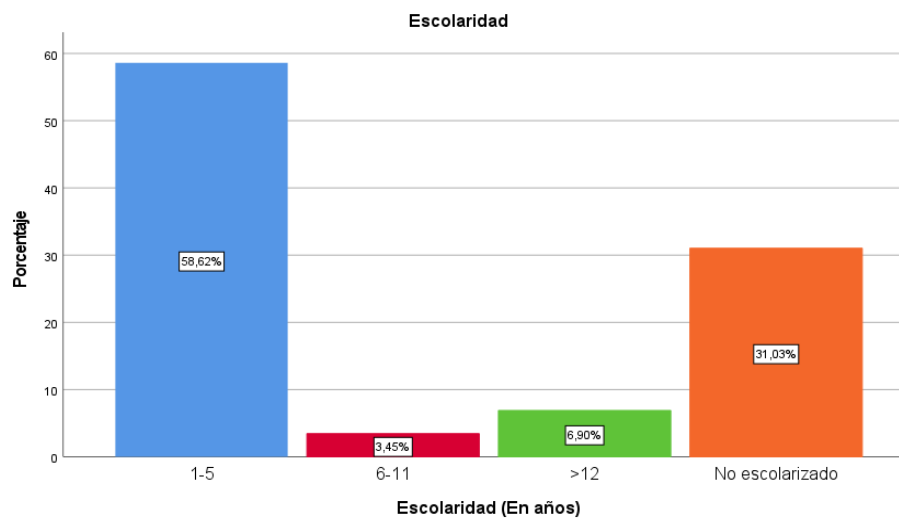
Nota. Gráfica 10. Resultados generales variables sociodemográficas de escolaridad. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la gráfica 10 y en la tabla 10 se presentan los resultados sociodemográficos para la variable escolaridad en el general de la muestra evaluada, en estas se observa que 69 participantes de 1-5 (65,7), 6 de 6-11 (5,7), 2 mayor a 12 (1,9) y 28 no escolarizados (26,7) de un total 105 participantes.

Tabla 11. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Institucionalizados

Variable	N	(%)
Escolaridad		
1-5	17	(58,6)
6-11	1	(3,4)
12 >	2	(6,9)
No escolarizado	9	(31,0)
Total	29	(100)

Nota. Tabla 11. Resultados variables sociodemográficas de escolaridad institucionalizados. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

Gráfica 11. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Usuarios Institucionalizados

Nota. Gráfica 11. Resultados generales variables sociodemográficas de escolaridad usuarios institucionalizados. *Elaboración propia.*

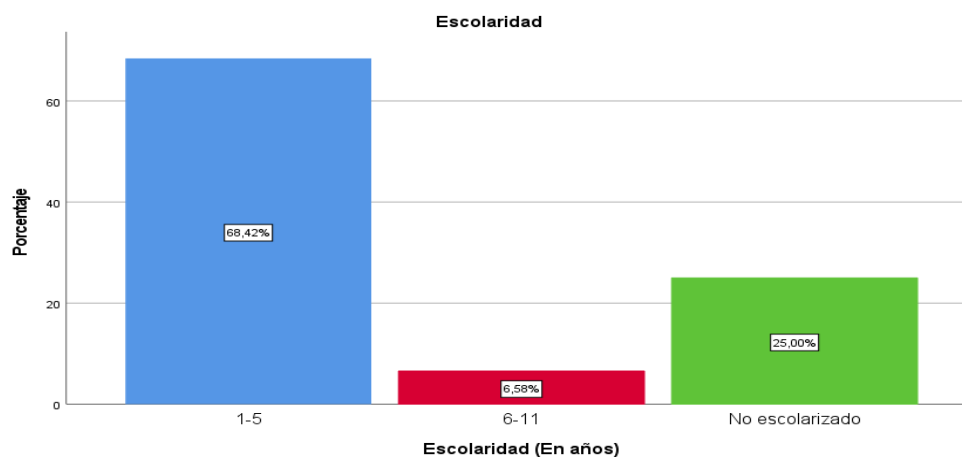
En la gráfica 11 y en la tabla 11 se presentan los resultados sociodemográficos para la variable escolaridad en participantes institucionalizados de la muestra evaluada, en estas se observa que 17 de 1-5 (58,6), 1 de 6-11 (3,4), 2 mayor a 12 (6,9) y 9 no escolarizados (26,7) de un total 29 participantes.

Tabla 12. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Usuarios Centros día

Variable	N	(%)
Escolaridad		
1-5	52	(68,4)
6-11	5	(6,6)
No escolarizado	19	(25,0)
Total	76	(100)

Nota. Tabla 12. Resultados variables sociodemográfica de escolaridad usuarios centros día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

Gráfica 12. Variable sociodemográfica de escolaridad resultados Usuarios Centros día



Nota. Gráfica 12. Resultados variables sociodemográfica de escolaridad usuarios centros día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

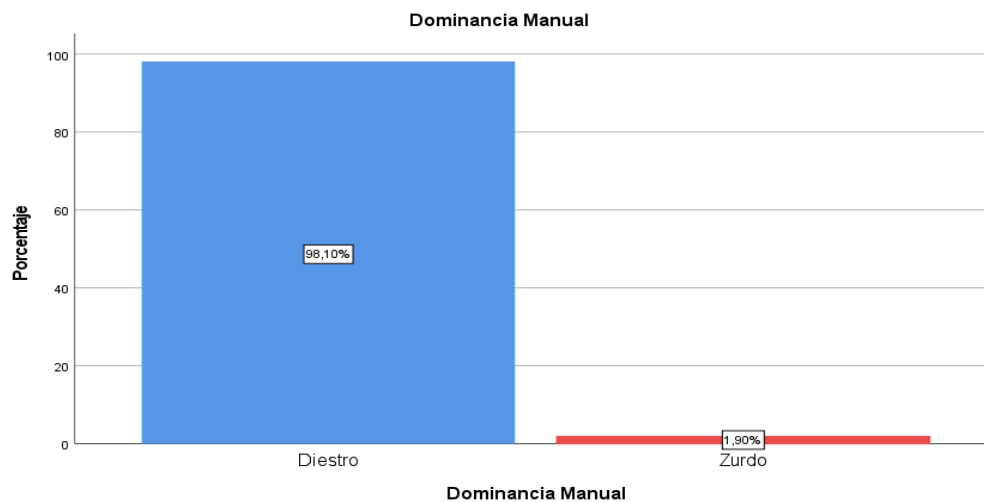
En la gráfica 12 y en la tabla 12 se presentan los resultados sociodemográficos para la variable escolaridad en participantes de centros día de la muestra evaluada, en estas se observan, 52 de 1-5 (68,4), 5 de 6-11 (6,6), y 19 no escolarizados (25,0) de un total 76 participantes.

Tabla 13. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Generales

Variable	N	(%)
Dominancia Manual		
Diestro	103	(98,1)
Zurdo	2	(1,9)
Total	105	(100,0)

Nota. Tabla 13. Resultados generales variables sociodemográficas de dominación. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

Gráfica 13. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Generales



Nota. Gráfica 13. Resultados generales variables sociodemográficas de dominación manual. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la gráfica 13 y tabla 13, se presentan los resultados para la variable de dominancia manual en el general de de la muestra evaluada, en esta se observa que 103 participantes son de dominancia manual diestros, mientras que solo 2 participantes son zurdos, para un total de 105 participantes evaluados (100,0) .

Tabla 14. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Usuarios Institucionalizados

Variable	N	(%)
Dominancia Manual		
Diestro	29	(100,0)
Total	29	(100,0)

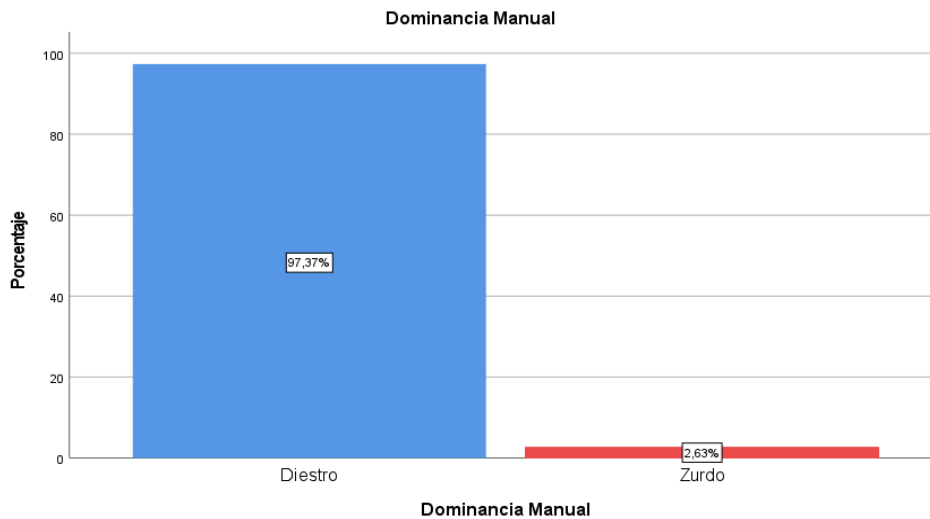
Nota. Tabla 14. Resultado variable sociodemográficas de dominación manual usuarios institucionalizados. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 14 se presentan los resultados sociodemográficos para la variable dominancia manual en participantes institucionalizados de la muestra evaluada, en estas se observa que el total de participantes 29 tiene una dominancia manual diestra (100,0).

Tabla 15. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Usuarios Centros día

Variable	N	(%)
Dominancia Manual		
Diestro	74	(97,4)
Zurdo	2	(2,6)
Total	76	(100,0)

Nota. Tabla 15. Resultado variable sociodemográficas de dominación manual usuarios centro día. tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

Grafica 14. Variable sociodemográfica de dominancia manual resultados Usuarios Centros día

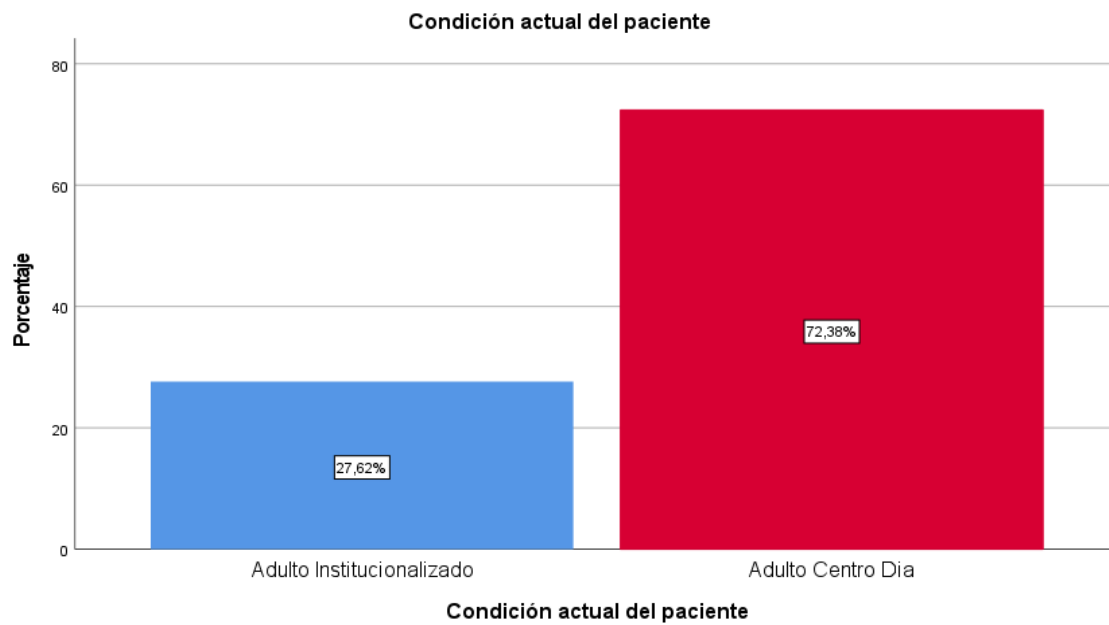
Nota. Gráfica 14. Resultado variable sociodemográficas de dominación manual usuarios centro día. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la gráfica 14 y tabla 15 se puede observar los resultados sociodemográficos para la variable de dominancia manual en usuarios de centros día, en esta se presenta 74 participantes con dominancia manual diestro (97,4), 2 participantes zurdos (2,6), para un total de 76 participantes usuarios de centro día evaluados (100,0)

Tabla 16. Variable sociodemográfica de condición actual del paciente resultados Generales

Variable	N	(%)
Condición Actual del Paciente		
Institucionalizado	(27,6)	29
Usuario centros día	76	(72,4)
Total	105	(100,0)

Nota. Tabla 16. Resultados generales variable sociodemográficas de condición actual del paciente. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

Gráfica 15. Variable sociodemográfica de condición actual del paciente resultados generales

Nota. Gráfica 16. Resultados generales variable sociodemográficas de condición actual del paciente. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la gráfica 15 y en la tabla 16 se presentan los resultados para la variable condición del paciente en el general de la muestra evaluada, en estas se observa que 29 participantes están institucionalizados (27,6) y 76 participantes son de usuarios centros día (72,4) para un total de 105.

Capítulo 2. Exploración del estado cognitivo de una muestra de pacientes con demencia institucionalizados y usuarios de centros día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

Tabla 17. *Variable atención/orientación resultados generales⁴*

Variable	Media	(DS)
Atención/Orientación	13,31	(4,66)
Orientación	7,33	(3,07)
Registro	2,74	(0,65)
Atención y concentración	3,24	(1,90)

Nota. Tabla 17. Resultados generales variable de atención/orientación. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 17 se presenta los resultados generales de la variable atención/orientación con una media de 13,31 y una desviación estándar de 4,66, para la subprueba orientación presenta una media de 7,33 y una desviación estándar de 3,07, seguido de la subprueba registro se muestra una media 2,74 con una desviación estándar de 0,65, mientras que la subprueba de atención y concentración presenta una media de 3,24 con una desviación estándar de 1,90. Estos valores representan en general que para la variable Registro los resultados son similares, mientras que para la variable Atención/Orientación hay una gran variabilidad.

⁴ Los resultados de la variable atención/orientación se presenta el registro son similares en los valores generales.

Tabla 18. *Variable atención/orientación resultados usuarios institucionalizados*

Variable	Media (DS)
Atención/Orientación	8,83 (4,97)
Orientación	4,34 (3,58)
Registro	2,34 (1,01)
Atención y Concentración	2,14 (2,04)

Nota. Tabla 18. Resultado variable de atención/orientación usuario institucionalizados. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 18 en la variable atención/orientación resultados usuarios institucionalizados se presenta una media de 8,83 con una desviación estándar de 4,97, en la subprueba de orientación se evidencia una media 4,34 con una desviación estándar de 3,58, seguido de la subprueba registro con una media de 2,34 y desviación estándar de 1,01, mientras que atención y concentración presenta una media de 2,14 con una desviación estándar de 2,04. Estos datos muestran que en los usuarios institucionalizados existe una variación en los resultados para la variable Atención/Orientación.

Tabla 19. *Variable atención/orientación resultados usuarios centros día*

Variable	Media (DS)
Atención/Orientación	15,03 (3,18)
Orientación	8,47 (1,88)
Registro	2,89 (0,34)
Atención y Concentración	3,66 (1,67)

Nota. Tabla 19. Resultado variable atención/orientación usuario centro día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 19 la variable atención/orientación resultado usuarios centros día se presenta una media de 15,03 con una desviación estándar de 3,18 en la subprueba de orientación 8,47 con una desviación estándar de 1,88, seguido de la subprueba registró una media 2,89 con una desviación estándar de 0,34 y por último la subprueba de atención y concentración con una media de 3,66 con una desviación estándar 1,67. Para el caso de los usuarios centro día se evidencia una leve dispersión en la similitud de los datos, sin embargo presentan puntuaciones bajas.

Tabla 20. *Variable memoria resultados generales*

Variable	Media (DS)
Memoria	11,44 (5,44)
Memoria de recobro	8,47 (1,88)
Memoria anterógrada	2,89 (3,90)
Memoria retrógrada	2,13 (1,40)
Memoria de recobro -2	1,29 (1,99)

*Nota. Tabla 20. Resultados generales variable memoria. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0
Elaboración propia.*

En la tabla 20 se presentan los resultados generales de la memoria variable con una media de 11,44 y una desviación estándar de 5,44. Adicionalmente, la subprueba memoria de recobro se presenta una media de 8,47 y una desviación estándar de 1,88, seguido de la subprueba memoria anterógrada con una media 2,89 con una desviación estándar de 3,90, y por último la subprueba de memoria retrógrada con una media de 2,13 con una desviación estándar de 1,40. Para esta variable los resultados muestran una dispersión en los resultados y un deterioro general elevado en los procesos de memoria.

Tabla 21. *Variable memoria resultados usuarios institucionalizados*

Variable	Media (DS)
Memoria	7,79 (5,62)
Memoria de recobro	0,76 (0,91)
Memoria anterógrada	2,97 (2,30)
Memoria retrógrada	1,00 (1,10)
Memoria de recobro-2	0,66 (1,47)

Nota. Tabla 21. Resultado variable memoria usuarios institucionalizados. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 21 se presentan los resultados de usuarios institucionalizados de la variable memoria con una media de 7,79 y una desviación estándar de 5,62. Adicionalmente, la subprueba memoria de recobro se presenta una media de 0,76 y una desviación estándar de 0,91, seguido de la subprueba memoria anterógrada con una media 2,97 con una desviación estándar de 2,30, y por último la subprueba de memoria retrógrada con una media de 1,10 con una desviación estándar de 1,10.

Tabla 22. *Variable Memoria resultados usuarios centros día*

Variable	Media (DS)
Memoria	12,83 (4,71)
Memoria de recobro	1,55 (1,02)
Memoria anterógrada	4,26 (1,92)
Memoria retrógrada	2,57 (1,25)
Memoria recobro-2	1,53 (2,12)

Nota. Tabla 22. Resultado variable memoria usuarios centro día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 22 se presentan los resultados de usuarios centros día de la variable memoria con una media de 12,83 y una desviación estándar de 4,71. Adicionalmente, la subprueba memoria de recobro se presenta una media de 1,55 y una desviación estándar de 1,02, seguido de la subprueba memoria anterógrada con una media 4,26 con una desviación estándar de 1,92, y por último la subprueba de memoria retrógrada con una media de 2,57 con una desviación estándar de 1,25.

Tabla 23. *Variable fluencia resultados generales*

Variable	Media (DS)
Fluencia	5,27 (4,71)
Fluidez verbal letra-p	2,08 (1,87)
Fluidez verbal animales	3,19 (2,04)

Nota. Tabla 23. Resultados generales variable fluencia. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 23. La variable fluencia resultados generales se evidencia una media de 5,27 con una desviación estándar de 4,71, para la subprueba fluidez verbal letra-p se presenta una media de 2,08 con una desviación estándar de 1,87, mientras que la fluidez verbal muestra una media de 3,19 con desviación estándar de 2,04. Para el caso de la fluencia verbal en la letra p los resultados fueron similares para los grupos manteniendo una similitud y puntuación baja.

Tabla 24. *Variable fluencia resultados usuarios institucionalizados*

Variable	Media (DS)
Fluencia	3,66 (3,74)
Fluidez verbal letra-p	1,52 (2,01)
Fluidez verbal animales	2,14 (2,01)

Nota. Tabla 24. Resultados variable fluencia usuarios institucionalizados. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 24 la variable fluencia resultados usuarios institucionalizados se evidencia una media de 3,66 con una desviación estándar de 3,74, para la subprueba fluidez verbal letra-p se presenta una media de 1,52 con una desviación estándar de 2,01 mientras que la fluidez verbal animales muestra una media de 2,14 con desviación estándar de 2,01.

Tabla 25. *Variable fluencia resultados usuarios centros día*

Variable	Media (DS)
Fluencia	5,88 (3,22)
Fluidez verbal letra-p	2,29 (1,78)
Fluidez verbal animales	3,59 (1,92)

Nota. Tabla 25. Resultados variable fluencia usuarios centro día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 25 variable fluencia resultados usuarios de centros día se presenta una media de 5,88 con una desviación estándar de 3,22, para fluidez verbal letra-p 2,29 con desviación estándar 1,78, mientras que fluidez verbal animales muestra una media de 3,59 con desviación estándar de 1,92.

Tabla 26. *Variable lenguaje resultados generales*

Variable	Media (DS)
Lenguaje	18,64 (4,92)
Lenguaje comprensión p-1	0,76 (0,42)
Lenguaje comprensión p-2	2,50 (0,86)
Lenguaje escritura	0,36 (0,48)
Lenguaje repetición palabras	1,41 (0,96)
Lenguaje repetición frase	1,61 (0,59)
Lenguaje nominación reloj-lápiz	1,88 (0,38)
Lenguaje nominación	7,33 (2,37)
Lenguaje comprensión	1,84 (1,13)
Lenguaje lectura	0,54 (0,53)

Nota. Tabla 26. Resultados generales variable lenguaje. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0*
Elaboración propia.

En la tabla 26 variable lenguaje resultados generales se evidencia una media 18,64 con una desviación estándar 4,92, para la subprueba lenguaje comprensión parte 1 se presenta una media de 0,76 con una desviación estándar de 0,42, en lenguaje comprensión parte 2 se evidencia una media de 2,50 con una desviación estándar de 0,86, en lenguaje escritura se muestra una media de 0,36 con desviación estándar de 0,48, para lenguaje repetición palabras se presenta una media de 1,41 con desviación estándar de 0,96 , mientras que, en lenguaje repetición frase se evidencia una media de 1,61 con una desviación estándar de 0,59, para lenguaje nominación reloj- lápiz se presenta una media de 1,88 con desviación estándar de 0,38, en lenguaje nominación se evidencia una media de 7,33 con desviación estándar de 2,37, en comprensión se evidencia una media de 1,84 con una desviación estándar de 1,13, finalmente en lenguaje lectura se muestra una media de 0,54 con desviación estándar de 0,53. Para la variable general lenguaje se evidencia una tendencia en la

distribución de los datos, una similitud siendo los usuarios institucionalizados quienes presentan puntuaciones más bajas.

Tabla 27. *Variable lenguaje resultados usuarios institucionalizados*

Variable	Media (DS)
Lenguaje	16,48 (5,28)
Lenguaje comprensión p-1	0,59 (0,50)
Lenguaje comprensión p-2	2,24 (1,09)
Lenguaje escritura	0,17 (0,38)
Lenguaje repetición palabras	1,41 (1,42)
Lenguaje repetición frase	1,38 (0,72)
Lenguaje nominación reloj-lápiz	1,72 (0,52)
Lenguaje nominación	6,93 (2,40)
Lenguaje comprensión	1,41 (0,98)
Lenguaje lectura	0,62 (0,62)

Nota. Tabla 27. Resultados variable lenguaje usuarios institucionalizados. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la tabla 27 variable lenguaje resultados usuarios institucionalizados se evidencia una media 16,48 con una desviación estándar 5,28, para la subprueba lenguaje comprensión parte 1 se presenta una media de 0,59 con una desviación estándar de 0,50, en lenguaje comprensión parte 2 se evidencia una media de 2,24 con una desviación estándar de 1,09, en lenguaje escritura se muestra una media de 0,17 con desviación estándar de 0,38, para lenguaje repetición palabras se presenta una media de 1,41 con desviación estándar de 1,42, mientras que, en lenguaje repetición frase se evidencia una media de 1,38 con una desviación estándar de 0,72, para lenguaje nominación reloj- lápiz se presenta una media de 1,72 con desviación estándar de 0,52, en lenguaje nominación se evidencia una media de 6,93 con desviación estándar de 2,40, en lenguaje

compresión se evidencia una media de 1,41 con una desviación estándar de 0,98 finalmente en lenguaje lectura se muestra una media de 0,62 con desviación estándar de 0,62.

Tabla 28. *Variable lenguaje resultados usuarios centros día*

Variable	Media (DS)
Lenguaje	19,46 (4,54)
Lenguaje comprensión p-1	0,83 (0,37)
Lenguaje comprensión p-2	2,61 (0,75)
Lenguaje escritura	0,43 (0,49)
Lenguaje repetición palabras	1,41 (0,73)
Lenguaje repetición frase	1,70 (0,51)
Lenguaje nominación reloj-lápiz	1,93 (0,29)
Lenguaje nominación	8,04 (2,30)
Lenguaje comprensión	2,00 (1,15)
Lenguaje lectura	0,51 (0,50)

Nota. Tabla 28. Resultados variable lenguaje usuarios centro día. Tomado de *ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.*

En la tabla 28 variable lenguaje resultados usuarios centros día se evidencia una media 19,46 con una desviación estándar 4,54, para la subprueba lenguaje comprensión parte 1 se presenta una media de 0,83 con una desviación estándar de 0,37, en lenguaje comprensión parte 2 se evidencia una media de 2,61 con una desviación estándar de 0,75, en lenguaje escritura se muestra una media de 0,43 con desviación estándar de 0,49, para lenguaje repetición palabras se presenta una media de 1,41 con desviación estándar de 0,73, mientras que, en lenguaje repetición frase se evidencia una media de 1,70 con una desviación estándar de 0,51, para lenguaje nominación reloj-lápiz se presenta una media de 1,93 con desviación estándar de 0,29, en lenguaje nominación se evidencia una media de 8,04 con desviación estándar de 2,30, en lenguaje comprensión se evidencia

una media de 2,00 con una desviación estándar de 1,15 finalmente en lenguaje lectura se muestra una media de 0,51 con desviación estándar de 0,50.

Tabla 29. *Variable visoespacial resultados generales*

Variable	Media (DS)
visoespacial	8,58 (3,62)
Diagrama	0,35 (0,50)
Cubo	0,50 (0,77)
Reloj	1,90 (1,74)
Puntos	3,19 (1,13)
Letras	2,92 (1,35)

*Nota. Tabla 29. Resultados generales variable visoespacial. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0
Elaboración propia.*

En la tabla 29 la variable visoespacial resultados generales se muestra una evidencia una media 8,58 con una desviación estándar de 3,62 , en la subprueba diagrama se evidencia una media de 0,35 con desviación estándar de 0,50, para la subprueba del cubo se muestra media de 0,50 con una desviación estándar de 0,77, mientras que en la subprueba de reloj se evidencia una media de 1,90 con una desviación estándar de 1,74, para la subprueba de puntos se muestra una evidencia de 3,19 con una desviación estándar de 1,13, finalmente para la subprueba de letras se presenta una media de 2,92 con una desviación estándar de 1,35. Para la variable visoespacial hay una similitud de los resultados entre grupos que se mantiene al compararse entre sí.

Tabla 30. *Variable visoespacial resultados usuarios institucionalizados*

Variable	Media (DS)
visoespacial	6,31 (3,43)
Diagrama	0,24 (0,43)
Cubo	0,21 (0,49)
Reloj	1,03 (1,45)
Puntos	2,52 (1,37)
Letras	2,55 (1,50)

Nota. Tabla 30. Resultado variable visoespacial usuarios institucionalizados. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 30 variable visoespacial resultados usuarios institucionalizados se evidencia una media 6,31 con una desviación estándar de 3,43 en la subprueba diagrama se evidencia una media de 0,24 con una desviación estándar de 0,43, para la subprueba cubo se evidencia una media de 0,21 con una desviación de 0,49 mientras que en la subprueba reloj se evidencia una media de 1,03 con una desviación de 1,45, para la subprueba de puntos se evidencia una media 2,52 con una desviación de 1,37 y finalmente en la subprueba letras se evidencia una media de 2,55 con una desviación de 1,50.

Tabla 31. *Variable visoespacial resultados usuarios centros día*

Variable	Media (DS)
Visoespacial	9,45 (3,33)
Diagrama	0,39 (0,51)
Cubo	0,71 (0,81)
Reloj	2,22 (1,74)
Puntos	3,45 (0,91)
Letras	3,07 (1,27)

Nota. Tabla 31. Resultado variable visoespacial usuarios centro día. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 31 variable visoespacial resultados usuarios centro día se evidencia una media de 9,45 con una desviación estándar de 3,33, en la subprueba diagrama se evidencia una media de 0,39 con una desviación de 0,51 para la subprueba cubo se evidencia una media de 0,71 con una desviación de 0,81, mientras que en la subprueba reloj se evidenció una media de 2,22 con una desviación de 1,74, para la subprueba puntos se evidencia una media de 3,45 con una desviación de 0,91 y finalmente en la subprueba letras se evidencia una media de 3,07 con una desviación de 1,27. Estos valores representan una similitud entre los resultados entre grupos, manteniéndose bajas puntuaciones, para el caso de los usuarios centros día un mejor rendimiento frente a los institucionalizados, permitiéndoles una mejor ubicación en tiempo y espacio

Capítulo 3. Comparación del estado cognitivo de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve institucionalizados y usuarios de centro día en centros asistenciales de Yopal-Casanare.

Tabla 32. Comparación de media para la variable de atención/orientación

Variable	Condición del Paciente	Media	Sig
ACE-R Atención/Orientación	Adulto Institucionalizado	25,69	0,000*
	Adulto Centro Día	63,42	

Nota. Tabla 32. Resultado comparación de medias para la variable de atención/orientación. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 32 se puede observar una diferencia estadísticamente significativa (0,000) entre los valores de media para la variable Atención/Orientación en la cual, los participantes institucionalizados presentan una media de 25,69 y los participantes Adulto Centro Día una media de 63,42, los adultos institucionalizados presentan deterioro en la capacidad de atención en comparación con los adultos de centro día.

Tabla 33. Comparación de medias para la variable de memoria

Variable	Condición del Paciente	Media	Sig
ACE-R	Adulto Institucionalizado	33,98	0,000*
Memoria	Adulto Centro Día	60,26	

Nota. Tabla 33. Resultado comparación de medias para la variable memoria. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 33 se puede observar una diferencia estadísticamente significativa (0,000) entre los valores de media para la variable de memoria en la cual, los participantes institucionalizados presentan una media de 33,98 y los participantes Adulto Centro Día una media de 60,26, aunque

las puntuaciones son relativamente bajas para las establecidas por el instrumento, los adultos mayores usuarios de centro día presentan mejor puntuación que los usuarios institucionalizados, mostrando un mayor deterioro en la memoria y las actividades que implica el intelecto y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Tabla 34. *Comparación de medias para la variable de fluencia*

Variable	Condición del Paciente	Media	Sig
ACE-R	Adulto Institucionalizado	33,95	0,001*
Fluencia	Adulto Centro Día	59,13	

Nota. Tabla 34. Resultado comparación de medias para la variable de fluencia. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 34 se puede observar una diferencia estadísticamente significativa (0,001) entre los valores de media para la variable de fluencia en la cual, los participantes institucionalizados presentan una media de 33,95 y los participantes Adulto Centro Día una media de 59,13, para los participantes institucionalizados se evidencia mayor deterioro en la capacidad de producir el habla de manera espontánea presentando fallos en la búsqueda de palabras.

Tabla 35. *Comparación de media para la variable de lenguaje*

Variable	Condición del Paciente	Media	Sig
ACE-R	Adulto Institucionalizado	41,00	0,012*
Lenguaje	Adulto Centro Día	57,58	

Nota. Tabla 35. Resultado comparación de medias para la variable de lenguaje. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 35 se puede observar una diferencia estadísticamente significativa (0,012) entre los valores de media para la variable de lenguaje en la cual, los participantes institucionalizados presentan una media de 41,00 y los participantes Adulto Centro Día una media de 57,58, para los participantes institucionalizados los resultados demuestran que presentan una pérdida de la capacidad para expresar y comprender el lenguaje, apareciendo dificultades para representar frases, letras o números.

Tabla 36. *Comparación de medias para la variable de visoespacial*

Variable	Condición del Paciente	Media	Sig
ACE-R	Adulto Institucionalizado	34,41	0,000*
Visoespacial	Adulto Centro Día	60,09	

Nota. Tabla 36. Resultado comparación de medias para la variable de visoespacial. Tomado de ibm spss statics subcription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 36 se puede observar una diferencia estadísticamente significativa (0,000) entre los valores de media para la variable de visoespacial en la cual, los participantes institucionalizados presentan una media de 34,41 y los participantes Adulto Centro Día una media de 60,09, se observó en los participantes institucionalizados la disminución de la capacidad visoespacial con afectaciones en la percepción, la orientación o a la atención visual.

Tabla 37. *Comparación de medias para el total ACER-R*

Variable	Condición del Paciente	Media	Sig
ACE-R	Adulto Institucionalizado	43,07	0,000*
Total	Adulto Centro Día	60,64	

Nota. Tabla 37. Resultado comparación de media para el total ACER-R. Tomado de ibm spss statics subscription versión 28.0. Elaboración propia.

En la tabla 37 se puede observar una diferencia estadísticamente significativa (0,000) entre los valores de media para el total ACER-R en la cual, los participantes institucionalizados presentan una media de 43,07 y los participantes Adulto Centro Día una media de 60,64. Estos valores representan una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos pero a pesar de esto ratifica el predominio del deterioro cognitivo y demencia, esta última más generalizada en los Usuarios institucionalizados. Lo que representa un deterioro cognitivo y pérdida de la capacidad de forma patológica.

7 Discusión de resultados

El proceso del envejecimiento forma parte del ciclo general en la vida del ser humano, y esto resumido en las diversas teorías propuestas, se traduce a cambios de tipo biológicos, morfológicos, neurológicos y psicológicos del individuo cuando cursa por esta etapa, considerándose un descenso de los mismo de los procesos cognitivos, sin embargo estos cambios se asocian o se confunden con las características del envejecimiento de tipo patológico generalizando estas condiciones, lo cual aumenta la frecuencia de esta población, generando déficit en la atención de las necesidades del adulto mayor en todas sus esferas. (Cerella, 1985; Salthouse, 1996)

Para realizar un análisis correcto de los resultados recabados en la muestra, se realizó una evaluación de la distribución de los datos, esto con el fin de poder seleccionar los estadísticos a utilizar para lograr las comparaciones futuras de medias entorno a los resultados de las pruebas utilizadas en el estudio; es así que se evidencia que para el resultado total de la prueba Addenbrooke's Cognitive Examination - Revisado ACER-R se observa una distribución normal bajo el estadístico de Kolmogorov Smirnov obteniendo una significancia de 0,058, sin embargo esta tendencia de distribución normal de los datos no se mantuvo para las subpruebas y variables sociodemográficas, las cuales presentan valores que son estadísticamente significativos, por lo cual, para estos se llevó a cabo análisis con estadísticos no paramétricos.

Adicionalmente, en esta investigación se planteó en su objetivo general caracterizar el estado cognitivo de una muestra de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia institucionalizados y usuarios de centro día en centros asistenciales de Yopal-Casanare. Con relación a las características sociodemográficas se evidencia que para la variable sexo, predomina el sexo masculino con una participación de 67 adultos mayores que representan el 63,8% en la muestra total, en términos de edad, la mayor porción de la población estuvo ubicada en los rangos de edad de 71-80 años con un número de 47 participantes correspondiente al 44,8%, para la variable de estado civil, predominó la condición civil soltero, con 50 participantes que corresponden al 47,6%; para la variable de escolaridad en términos de años la mayor proporción estuvo ubicada en los rangos de 1 a 5 años de estudio, con un resultado de 69 participantes en esta categoría, es decir el 65,7% del total de la muestra.

En cuanto, a la exploración del estado cognitivo de la muestra se utilizó una prueba de estadísticos de frecuencias. Para la variable atención/orientación se obtuvo en resultados generales con una media de 13,31, con una desviación estándar de 4,66; en cambio, para los usuarios institucionalizados se evidencia una media de 8,83 con una desviación de estándar de 4,97 y para los usuarios centro día una media de 15,03; con una desviación estándar de 3,18.

Para la variable memoria, obtuvo en resultados generales una media de 11,4 con una desviación estándar de 5,44, en los usuarios institucionalizados una media 7,79 con una desviación estándar de 5,62 y para los usuarios centro día una media de 12,83 con una desviación estándar de 4,71; para la variable fluencia de los resultados generales se evidencia una media 5,27 con una media de 4,71, en cambio para la usuarios institucionalizados se presenta una media de 3,66 con una desviación estándar de 3,74 y por último la fluencia para los usuarios centro día una media de 5,88 con una desviación estándar de 3,22; para la variable lenguaje se evidencio en los resultados generales una media de 18,64 con una desviación estándar de 4,92, en cambio para los usuarios institucionalizados una media de 16,48 con una desviación estándar de 5,28 y para los usuarios centro día en esta variable lenguaje una media de 19,46 con una desviación estándar de 4,54. para finalizar para la variable visoespacial en los resultados generales se presentó una media de 9,45 con una desviación de 3,33, para los usuarios institucionalizados se presentó una media de 6,31 con una desviación estándar de 3,43 y para los usuarios centro día en esta variable visoespacial una media de 9,45 y una desviación estándar 3,33. Las variables presentaron puntuaciones más bajas para los usuarios institucionalizados pero los resultados de las medias fueron homogéneos.

Por otra parte, se realiza un análisis para la comparación de medias con la prueba Mann-Whitney que establece una suma de rangos en muestras independientes con el objetivo de establecer una comparación entre los participantes usuarios de centros día e institucionalizados, en la variable de atención/orientación los participantes institucionalizados arrojaron resultados bajos con una media de 25,69 frente a los participantes de centros día, donde se evidencio mejores resultados con una media de 63,42 y una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$); para la variable memoria, la comparación realizada permite identificar mejores resultados en los participantes usuarios de centros día con una media del 60,26 con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$); en la comparación de fluencia, los participantes institucionalizados

mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$) con una media 33,95, mientras que los participantes de centros día arrojaron una media de 59,13, en la variable lenguaje se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,012$) con una media de 41,00 para los participantes institucionalizados, mientras que los participantes de centros día se obtuvo una media del 57,58, para la variable visoespacial la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre las medias los participantes institucionalizados presentan una media de 34,41 y los participantes de centros día presentaron una media del 60,09.

Finalmente en los resultados total del ACE-R se observa una diferencia estadísticamente significativa ($P = 0,000$) los participantes institucionalizados presentan una media de 43,07 y los participantes adulto centro día una media de 60,64. Con base a los resultados obtenidos, en general, se evidencia que la mayor parte de la población encuestada presenta un deterioro cognitivo moderado, siendo los adultos institucionalizados quienes obtuvieron las puntuaciones más bajas respetos los adultos no institucionalizados o usuarios de centros día.

Desde la investigación realizada por Camargo & Laguado (2016) se encontró que existe predominio del género masculino y que el grado de escolaridad de los adultos mayores pertenecientes a hogares geriátricos en su mayoría no supera en nivel básico primaria, siendo esto factores que incidieron en los resultados de la presente investigación, pues algunas de las generalidades existentes en la población participante, no solo fue su baja escolaridad, sino, que al parecer la influencia de la cultura ha marcado la desescolarización, pero esto no es sinónimo de analfabetismo en los mismos.

De acuerdo a lo anterior en lo mencionado por Pedraza, Cedeños & Cols (2019) los cuales indican que la progresión del deterioro cognitivo está directamente relacionado con factores de riesgo como la baja escolaridad, en los resultados de esta variable, se pudo evidenciar que 69 participantes contaban con escolaridad de 1 a 5 años, quienes representa el 65,7 % de la muestra, los autores concluyen que la educación superior reduce significativamente el riesgo de padecer demencia, En cuanto a la población con estudios incompletos se encuentran en un rango de estado cognitivo normal y deterioro cognitivo leve, finalmente la población con estudios completos de primaria se encuentra en un estado cognitivo leve. Lo cual reafirma que es fundamental adelantar algún tipo de estudio durante el ciclo de vida del ser humano ya que esto favorece el desarrollo de

los procesos cognitivos e influyen de forma significativa en la prevención de su deterioro. Esto es corroborado por Pedraza, Cedeños & Cols (2019), los cuales afirman lo fundamental de formación educativa en el ser humano dado que el entre más grado escolar tenga la persona hay menor probabilidad de padecer deterioro cognitivo, lo que lo convierte en el factor beneficioso. concuerdan en que cada año adicional de estudio disminuye un 7% el riesgo de padecer demencia.

En los resultados obtenidos se puede evidenciar que en el envejecimiento patológico representa una disminución en la capacidad cognitiva para los participantes evaluados, se muestran bajas puntuaciones en dimensiones que evalúan las capacidades cognitivas como memorizar, pensar abstractamente, orientarse, el lenguaje y la función visoespacial, ubicando a 92 participantes (0,88%) en un estado de demencia, entre estos participantes se evidenció que existe mayor afectación en procesos que requieren de cálculo matemático, mientras que 12 (0,11%) se ubica en un deterioro cognitivo leve, por ejemplo para estos participantes no fue posible ejecutar el ejercicio que media la capacidad visoespacial y la abstracción, los resultados reflejan las descompensaciones parciales de alguno procesos cognitivos esperados teniendo en cuenta las características físicas de algunos de los participantes por sus deficiencias auditivas parciales, entre características cognitivas y sociodemográficas de los adultos mayores.

Para finalizar, cabe resaltar que solo 1 de los participantes (0,01 %) presentó un deterioro cognitivo normal de acuerdo con su curso de envejecimiento. Las clasificaciones de demencia y deterioro cognitivo leve del ACE-R se establecieron de acuerdo con la adaptación de la prueba de Ospina (2015), donde se determinó que punto de corte según la curva ROC es de 87 puntos. A partir de estas puntuaciones se logra afirmar que los participantes en un 99,9 % cursan por un deterioro cognitivo moderado. Para los 12 participantes (0,11%) perteneciente a usuarios de centros días los resultados del ACE-R permite un diagnóstico temprano de la demencia. (Ospina García, 2015)

Es evidente el alto grado desgaste de la funciones cognitivas en el gentilicio de adulto mayor de casanare, con base a los hallazgos arrojados por la presente estudio, el deterioro de los “procesos cognitivos están generalmente acompañados por el deterioro emocional , las relaciones sociales, laborales; y también por el desgaste importante en los procesos de quehaceres de la vida cotidiana”(Lopera,2012).

Adicionalmente, el rendimiento óptimo de las funciones cognitivas en la vejez está relacionados con la influencia de las variables sociodemográficas dado que, el estado de la vida, la educación, el cuidado de la salud fisiológica y la economía determinan una vejez saludable; un envejecimiento normal (Feldberg & Cols 2020). La caracterización cognitiva es una forma predecir el estado cognitivo, sin embargo, se necesitará de una muestra amplia y variada que permita el establecimiento de aquellos factores que pudiera influir en las conversiones a demencia. Al analizar los procesos cognitivos y su relación con los estados cognitivos es necesario que se estudie esta relación, pues no se encontraron referencias bibliográficas de investigaciones similares.

8 Conclusiones

El deterioro cognitivo leve es una condición generalmente encontrada en el adulto mayor, los resultados en la caracterización de la información sociodemográficos los resultados arrojaron que entre los participantes institucionalizados y usuarios de centros días, hubo mayor participación del sexo masculino, así mismo se puede observar que la edad más preponderante de los adultos mayores estuvo dentro del rango de edad entre 71-80 años en cuanto, para el estado civil se evidencio predominancia en el estado civil soltero y en términos de escolaridad la mayor proporción estuvo ubicado en los rangos de 1 a 5 años.

Los resultados hallados en los baremos de la prueba, indican que a nivel cognitivo, los participantes institucionalizados presentan resultados más bajos frente a los participantes usuarios centros días, en cuanto a la funciones cognitivas, resaltando que dentro de la prueba de atención /orientación, hubo menor puntaje frente a las demás pruebas de los baremos, en los resultados relacionados con las pruebas de memoria y las subpruebas que median la memoria de recobro y retrógrada, se evidenció baja puntuación en la variable de fluencia , mostrando afectación en procesos que exigen mayor capacidad lingüística, es probable que estos resultados están directamente relacionados a su condición actual y el ambiente en el que se desarrollan, aunque la estimulación cognitiva en estos centros es diaria los adultos mayores no participan del todo en estas actividades limitando sus funciones básicas como individuos.

En resumen, la valoración de los procesos cognitivos determinó que los participantes institucionalizados presentaron valores por debajo del punto de corte de 87/100 estos datos están relacionados con los criterios sobre el deterioro cognitivo leve en cuanto a la alteración de uno o más dominios , para el total de la muestra recogida en la población los resultados arrojan que 92 participantes que corresponde al (88%) se encuentran dentro del rango de demencia, 12 participantes que corresponden al (11%) se ubican dentro de los rangos de deterioro cognitivo leve, seguido de solo 1 participante que corresponde al (0,01%) presentó resultados que están relacionados con las condiciones dentro del proceso de un envejecimiento propio de la edad.

9 Recomendaciones

Como recomendaciones, se sugiere para las próximas investigaciones aumentar el número de correlaciones con hábitos o estilos de vida con factores relacionados con el estado emocional actual del participante, así mismo, los diagnósticos de salud y la funcionalidad. Esto permitirá explorar diferentes hallazgos relacionados con el ámbito sociocultural.

Cabe resaltar que para la disponibilidad de la muestra en estos procesos es importante contar con un mayor apoyo y alianzas con entidades gubernamentales encargadas de velar por la población de adultos mayores, pues en términos de tiempo, esto agilizaría la toma de la muestra por ende permitirá una revisión minuciosa de los resultados.

Es importante explorar otros aspectos que muestran claramente la diferencia en un deterioro cognitivo leve con demencia y un deterioro cognitivo leve sin demencia, es importante resaltar que queda por esclarecer la información de las variables con relación de factores, como el tiempo de diagnóstico y su relación con sus habilidades cognitivas.

Es posible que la causa de estos resultados sea que las familias al no saber manejar dichas alteraciones desplacen al adulto mayor a centros donde se les preste la atención pertinente a la enfermedad, es por ello que, se recomienda mayor seguimiento por parte de las entidades de salud haciendo frente a los tratamientos de enfermedades cognitivas propias de esta etapa vital, evitando el avance de forma indiscriminada y afecte las habilidades cognitivas contribuyendo a mejorar la calidad de esta población.

Finalmente, para el estudio del estado de vida en el adulto mayor es necesario ampliar los ámbitos de investigaciones por lo que se sugiere dar mayor relevancia a esta población, brindando la ayuda necesaria de la manera más oportuna para que su vida no se vea afectada y deteriorada.

Referencias

- Agüera, O y López, Á. (2017) Deterioro comportamental leve: un nuevo concepto para las fases prodrómicas de la demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 52(1), 24-27. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X18300763>
- Baddeley, A. D y Hitch, G. (1974). Memoria de trabajo. En *Psicología del aprendizaje y la motivación* (Vol. 8, pp. 47-89). *Prensa académica*.
- Benavides, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anest.* 40(2):107-112
- Benson, D. F. (1979). *Aphasia, alexia and agraphia*. New York: Churchill Livingstone.
- Benson & Geschwind (1971), *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press.
- Brodsky, H., Connors, M. H., Ames, D., & Woodward, M. (2014). Progression from mild cognitive impairment to dementia: A 3-year longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(12), 1137–1142. <https://doi.org/10.1177/0004867414536237>
- Camargo, K. y Laguado, E. (2016). Grado de Deterioro Cognitivo de los Adultos Mayores Institucionalizados en dos hogares para ancianos del área Metropolitana de Bucaramanga Santander. *Revista Universidad y salud*. 19 (2).
- Cancino, M. y Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*. 34(3), 183-189.
- Cerella, J. (1985). Information processing rates in the elderly. *En Psychological Bulletin*, 98, pp. 67-83.
- Cohen, Nueva Jersey y Squire, LR (1980). Aprendizaje preservado y retención de la habilidad de analizar patrones en la amnesia: disociación de saber cómo y saber eso. *Science*, 210 (4466), 207-210.
- Cornachione-Larrínaga, M. A. (1999). *Psicología evolutiva de la vejez*. Córdoba: Editorial Universitaria.

- Davicino, N. A., Muñoz, M. S., María, L., y Donolo, D. (2009). El rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 6-11.
- Davicino, N. y Muñoz, M. (2008). El rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Trabajo final para acceder al grado de Licenciadas en Psicopedagogía. *Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018). Censo nacional de población y vivienda.
- Departamento Nacional de Planeación (Colombia). (2021, 29 de septiembre). (2018). *Sala Situacional de la población adulto mayor*.
- Feldberg, C., Tartaglini, F., Hermida P., Moya, L., Licenciada, D., Stefani, D., Somale, M. y Allegri, R. (2020). El rol de la reserva cognitiva en la progresión del deterioro cognitivo leve a demencia: un estudio de cohorte. Elsevier España. *Sociedad Neurológica Argentina*. 13(1) 14-23.
- Graff-Radford, J., Murray, M., Lowe, V., Boeve, B., Ferman, T., Przybelski, S., Lesnick, T., Senjem, M., Gunter, J., Smith, G., Knopman, D., Jack, C., Dickson, D., Petersen, R., Kantarci, K. (2014). Demencia con cuerpos de Lewy: Base del signo de la isla cingulada. *Neurología*. 2014; 83:801–809.
- Geschwind, N. (1975). Las apraxias: Mecanismos neuronales de los trastornos del movimiento aprendido: La organización anatómica de las áreas del lenguaje y los sistemas motores del cerebro humano aclara los trastornos apráxicos y arroja nueva luz sobre el dominio cerebral. *Científico estadounidense*, 63 (2), 188-195.
- Hécaen, H. (1972). Introducción a la neuropsicología, Agnosias. *Human neuropsychology Nueva York: John Wiley & sons*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación (4a. ed.). *México D.F.: McGraw-Hill*.
- Hernández, E., Santesmases-Masana, R., Román, E., Porcel, M. A., Busquet, A. T., Pérez, M. B., & Verdú-Soriano, J. (2014). Prevalence and characteristics of older people with pressure ulcers and legs ulcers, in nursing homes in Barcelona. *Journal of Tissue Viability*, 30(1), 108-115.

- Hicks, B., Innes, A., & Nyman, S. R. (2019). Experiences of rural life among community-dwelling older men with dementia and their implications for social inclusion. *Journals, Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, <https://doi.org/10.1177/147130121988758>
- Leis, A., Taragano, F., Allegri, R., Serrano, C.M., Dillon, C.(2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos. *Actas Esp Psiquiatr Nov-Dic*;41(6):330-9. *Epub 2013 Nov 1. PMID: 24203505*
- Lezak, M. D (1995). Funciones ejecutivas y desempeño motor. *En evaluación neuropsicológica* , 650-685.
- Lopera, F. (2012). La enfermedad de Alzheimer familiar. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1),163-188
- Mendoza, V. M., y Martínez, M. L. (2013). Modelo de redes sociales y comunitarias para mantener la salud en la vejez. *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación y Envejecimiento, 453-480.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS].(2019, 31 de mayo) *Aspectos sociodemográficos*.
- Ministerio de salud [Minsalud]. (2020) Colombia. *Boletines Poblacionales*.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2020) . Colombia. *Sala situacional de la Población Adulta Mayor*.
- Nadler, JD, Damis, LF y Richardson, ED (1997). Aspectos psicosociales del envejecimiento. En *Manual de neuropsicología y envejecimiento* (págs. 44-59). Springer, Boston, MA.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Publica nuevas directrices para reducir el riesgo de demencia. *Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2019/05/1455931>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de Septiembre de 2020). Demencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Ospina, N. A. (2015). Adaptación y Validación en Colombia del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revisado (ACE-R) en pacientes con Deterioro Cognoscitivo Leve y Demencia. Bogotá DC: *Universidad Nacional de Colombia*.

- Pedraza, O., Sánchez, E., Plata, S., Montalvo, C., Galvis, P., Chiquillo, A. y Árevalo, I. (2014). Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá.
- Pedraza-Linares., Cedeño-Izquierdo, M. I., Sarmiento-Borda, L. C., Santamaría-Ávila, L. A., González-Arteaga, J. J., Salazar-Montes, A. M., y Sierra-Matamoros, F. A. (2019). Progresión del deterioro cognitivo y su relación con factores de riesgo modificables en una cohorte de adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 44(2), 66-74.
- Reyes, J., Mena, N., Ojea, T., Gonzalez, M., Cabezudo, P., Ciano, N., Pons, G., Castro, M. y Serrano, P. (2020). Análisis de letalidad por Covid-19 en pacientes con demencias neurodegenerativas. *Elsevier España*. 35(9), 639-645.
- Ríos, N., Valle, N., Ramírez, J., Tibaduiza, A. y García, B. (2020). Caracterización cognitiva de adultos mayores físicamente activos y sedentarios participantes en programas de actividad física. *Viref Revista de Educación Física*. 9(2), 67-82.
- Salami, A., Wåhlin, A., Kaboodvand, N., Lundquist, A. & Nyberg, L. (2016). Longitudinal Evidence for Dissociation of Anterior and Posterior MTL *Cerebral Cortex (New York, NY: 1991)*, 26 (10), 3953–3963. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw233>
- Salthouse, T. (1996). The processing speed theory of adult age differences in cognition. *En Psychological Review*, 103, pp. 403-428.
- Sebastian, A. y Arranz, L. (2017). Patrones de detección del deterioro cognitivo leve en enfermería. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 52, 54-57.
- Sohlberg, M. M., Mateer, C. A. (1987). *Focus on clinical research: Perceptions of memory function in individuals with closed-head injury. The Journal of Head Trauma Rehabilitation*.
- Sheila, B. B., Lilia María, M. C., Ivonne, P. I., Alejandro Armando, P. S., Abel, S. C., Maydelin, A. A., & Ada Iris, C. D. (2021, March). Conectividad Funcional derivada del EEG en la Enfermedad de Parkinson sin Demencia. In *aniversariocimeq202*.
- Velasquez, L. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 46(1), 51-58.
- Wilson, RS, Bennett, Da y Swartzendruber, A. (1997). Cambio en la función cognitiva relacionado con la edad. En *Manual de neuropsicología y envejecimiento* (págs. 7-14). Springer, Boston, MA.