

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS RESIDENTES EN ASILOS DE
ANCIANOS MAYORES DE 65 AÑOS**

CARMEN LUCIA URBINA MARTÍNEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencia Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Julio 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.267.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Carmen Lucia Urbina Martínez

Registro Académico No.: 100022819


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS RESIDENTES EN ASILOS DE ANCIANOS MAYORES DE 65 AÑOS**


Que fue asesorado: Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo MSc.

Y revisado por: Dr. Miguel Alejandro de León Cardoza

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **julio 2017**

Guatemala, 21 de junio de 2017


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala, 31 de mayo de 2017.

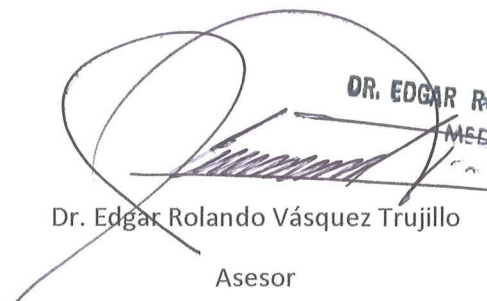
Dr. Luis Ruíz
Coordinador General
Programas de Maestría y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Doctor:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Carmen Lucía Urbina Martínez carné 100022819 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula: DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS RESIDENTES EN ASILOS DE ANCIANOS MAYORES DE 65 AÑOS EN GUATEMALA.

Luego de la asesoría hago constar que la Dra. Urbina Martínez ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias médicas.

Atentamente



DR. EDGAR ROLANDO VASQUEZ TRUJILLO
MEDICO PSQU
C. E. U. S. C. G.

Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo
Asesor

Guatemala, 31 de mayo de 2017.

Dr. Luis Ruíz
Coordinador General
Programas de Maestría y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Doctor:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Carmen Lucía Urbina Martínez carné 100022819 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría el cual se titula: DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS RESIDENTES EN ASILOS DE ANCIANOS MAYORES DE 65 AÑOS EN GUATEMALA.

Luego de la revisión hago constar que la Dra. Urbina Martínez ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias médicas.

Atentamente



Dr. Miguel Alejandro De León Cardoza
Revisor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	RESUMEN.....	i
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	OBJETIVOS	18
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	19
V.	RESULTADOS	21
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	31
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
VIII.	ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 5.1	21
Tabla No. 5.2	22
Tabla No. 5.3	23
Tabla No. 5.4	24
Tabla No. 5.5	25
Tabla No. 5.6	26
Tabla No. 5.7	27
Tabla No. 5.8	28
Tabla No. 5.9	28
Tabla No. 5.10	29

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 5.1	21
Gráfica No. 5.2	22
Gráfica No. 5.3	23
Gráfica No. 5.4	24
Gráfica No. 5.5	25
Gráfica No. 5.6	26
Gráfica No. 5.7	27
Gráfica No. 5.8	39
Gráfica No. 5.9	30

RESUMEN

El envejecimiento humano se caracteriza fisiológicamente por disminución progresiva de reservas homeostáticas de todo sistemas, aparato y órgano corporal. El declive conocido como homeostenosis, se manifiesta hacia el tercer decenio de vida, es gradual y progresivo, aunque su rapidez y magnitud son variables. Los adultos mayores que viven en Latinoamérica y en el Caribe son población de más rápido crecimiento en el mundo. Según Naciones Unidas, las cifras de personas mayores en la región se elevará a más del doble entre el 2000 y el 2025, aumentando del 8 a 14% del total de la población. Determinar tempranamente el deterioro cognitivo puede tener notables consecuencias en la calidad de vida de los adultos en períodos etarios tardíos, además de la calidad de vida en familiares y cuidadores. Objetivo: Identificar presencia de deterioro cognitivo en personas residentes en asilos de ancianos mayores de 65 años en Guatemala. Material y Métodos: estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal a realizarse en asilos de ancianos Hogar mi dulce refugio, Asilo Módulos de Esperanza y Hogar Sor Herminia, ubicados en Guatemala. Los datos aportados en este estudio se obtuvieron de enero a mayo del año 2013. Se recogió hoja de consentimiento informado, instrumento de recolección de datos, minimal test de Folstein. Resultados: Han participado 73 pacientes: 31 hombres (42%) y 42 mujeres (58%), se detectó que 88% de los participantes presentaron deterioro cognitivo, de ellos el 59% fueron mujeres y 41% fueron hombres. El grado de deterioro cognitivo moderado se presentó en mayor porcentaje dentro de la población con un 43%, seguido de deterioro cognitivo leve con un 40%. Entre las personas estudiadas hay una mayor prevalencia de deterioro cognitivo e hipertensión arterial. También se evidenció un 78% de personas con deterioro cognitivo y antecedente de toxicomanías. Conclusiones: el 88% del total de personas evaluadas presentó deterioro cognitivo. El 100% de personas evaluadas arriba de los 89 años presentaron deterioro cognitivo grave. Deterioro cognitivo asociado a hipertensión arterial se presentó en el 36% de los casos. El 50% de la población estudiada con deterioro cognitivo presentó antecedente de toxicomanías.

I. INTRODUCCION

Durante la historia de la humanidad el fenómeno del envejecimiento ha sido un proceso que ha traído consigo cierta incertidumbre y asombro. La longevidad es una aspiración del mundo desarrollado, que posea una elevada calidad de vida que permita a quienes la alcanzan permanecer dentro del contexto social que los rodea y no ser una carga para la sociedad. Tenemos que prepararnos desde todo punto de vista, pues debemos garantizar no solo la salud física del anciano sino también su salud mental.

Respecto al envejecimiento fisiológico, éste suele caracterizarse por un incremento en la variabilidad interindividual de funciones cognitivas tales como orientación, memoria, lenguaje, percepción, habilidades visuoespaciales o la atención. La educación, el grado y frecuencia de actividad, la calidad de vida y los factores genéticos son, entre otros, factores que pueden influir en el devenir de las distintas capacidades intelectuales con la edad. Aunque existe esta variabilidad, la edad adulta y el envejecimiento se caracterizan en la población general por cierto grado de declive natural de algunas funciones físicas y cognitivas. Toda vez que los factores sociales, físicos y cognitivos interactúan en el proceso de envejecimiento, se hace necesaria una evaluación detallada y exhaustiva de los procesos intelectuales en declive con la finalidad de discriminar entre un rendimiento asociado a la edad y un rendimiento debido a un sustrato neuropatológico (1).

El deterioro cognitivo, frecuentemente asociado a la edad, es la manifestación clínica más importante de las demencias, con un gran impacto en la calidad de vida de las personas, familiares y cuidadores. Dado el progresivo envejecimiento de la población se prevé que este problema aumente. La prevalencia mundial de la demencia se calcula en 35.6 millones, y se espera un aumento en el futuro, de manera que se podrían superar los 100 millones en el año 2050 (2). En América 94 millones de personas son mayores de 60 años, de ellos el 44 % están en Latinoamérica y el Caribe. Además según la Organización Mundial de la Salud en Guatemala en el año 2009 se presentó una expectativa de vida de 69 años (3).

La importancia de la detección temprana, ante la falta de un tratamiento curativo en el momento actual, viene dada por la necesidad de tratamiento en fases iniciales. Esta identificación puede permitir, entre otras cosas, determinar cuáles son las limitaciones

funcionales de los pacientes en su vida diaria, y hallar el enfoque terapéutico óptimo de acuerdo a la existencia o no de algún tipo de demencia.

Existen estudios epidemiológicos que apoyan la existencia de factores de riesgo de demencia prevenibles. Se trata de factores de riesgo vascular y factores relacionados con los estilos de vida. Las causas más frecuentes de deterioro progresivo de las capacidades mentales que han sido descritas incluyen (hipertensión arterial, diabetes, anemias, etcétera), psiquiátricas y neurológicas y toxicomanías (4).

Una de las pruebas más utilizadas para detectar el deterioro cognitivo es el Mini-Mental State Examination (MMSE). Fue desarrollado a mediados de los años setenta por Folstein y McHugh (1975), se trata de un test breve de aplicación sencilla. Esto permite la evaluación continua de diversas funciones cognitivas, el tiempo de administración es de 5 a 10 minutos y consta de 11 ítems sobre la orientación temporo espacial, la memoria inmediata, atención, cálculo, memoria diferida, lenguaje y copia de figura geométrica. Existe una adaptación realizada por Lobo et al. (1979), Mini Examen Cognoscitivo (MEC) con puntuación máxima es de 30, con un punto de corte de 24 (5). Se ha demostrado que esta prueba resulta una herramienta de control evolutivo objetivo. Una de sus limitaciones es su moderada sensibilidad a las influencias educativas sobre los resultados. para determinar el grado de deterioro cognitivo y con ello fomentar estrategias encaminadas a la prevención con el fin de retardar el proceso a etapas más avanzadas donde el el daño podría ser irreversible e incapacitar a las personas en sus funciones básicas.

Los estudios sobre detección de deterioro cognitivo en el ámbito de asilos de ancianos son escasos. La investigación que se presenta a continuación pretende detectar tempranamente el deterioro cognitivo en personas residentes de asilos de ancianos. Para ello es necesario hacer un análisis acerca de la edad, sexo, nivel educativo, antecedentes patológicos, estilos de vida no saludables, además de evaluar el grado de deterioro cognitivo mediante el MMSE.

II. ANTECEDENTES

Contextualización del área de estudio

La Ciudad de Guatemala es la más grande de América Central, está localizada al sur central del país, a una altitud: 1,533 metros, latitud: 14° 37`15" N, longitud: 90° 31`36". Se constituye la cabecera departamental y municipio de Guatemala. Ubicado en el altiplano central, colindando al norte con Chinautla y San Pedro Ayampuc; al este con Palencia, al sur con Santa Catarina Pinula, Villa Canales, Petapa y Villa Nueva y al oeste con Mixco. Su extensión territorial es de 228 km² (según estimaciones del instituto geográfico nacional). Posee una densidad poblacional de 5,264 habitantes por km². La densidad bruta promedio en la ciudad de Guatemala es de 57 habitantes/km² (7).

Según proyecciones de población, en la actualidad, la ciudad cuenta con un total de 980,160 habitantes de los cuales 463,698 son hombres y 516,462 son mujeres. Siendo 545,420 personas mayores de 18 años (7). La ciudad se caracteriza porque en ella vive el 20% de la población total de Guatemala, teniendo la mayor oferta de empleo y el mejor índice de desarrollo humano del país, así como donde se ubican las principales sedes políticas, económicas, y sociales y se concentran las actividades económicas.

En cuanto a su composición, el municipio se integra en 500,000 viviendas, 203 colonias, 102 asentamientos, 67 áreas residenciales, 5 barrios y 25 zonas. De estas las de mayor población son: zona 18 (198,850 personas), zona 7 (139,269), zona 6 (75,580), zona 21 (75,265), zona 1 (67,489) y zona 5 (65,578) (3).

Para el 2002 en el municipio de Guatemala contaba con 942,348 habitantes de los cuales 444,429 eran hombres y 497,919 eran mujeres (7). Este predominio de la población femenina, ha conducido a que en el municipio se presente un índice de masculinidad de 88.7 hombres por cada 100 mujeres. Además de los aproximadamente 14 millones de personas que habitan el país, 650 mil son mayores de 60 años, lo cual representa el 4.6% del total (3).

Acceso a servicios de salud:

Para el 2006 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) cubría 678,842 personas, divididos en 38,780 personas en extensión de cobertura, 242,178 personas por

el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y 9,678 personas entre otras instituciones como hospitales y sanatorios privados. La población atendida es 100% urbana, de la cual 14.3% es indígena, además 545,420 personas pertenecen al grupo de población mayor de 18 años (3).

La ciudad de Guatemala cuenta con 6 hospitales: dos generales de referencia nacional, 4 especializados, 1 centro de salud tipo A, 11 centros de salud tipo B, 6 puestos de salud, 2 clínicas periféricas (estas funcionan como centros de salud), 3 maternidades cantonales, 2 centros de urgencias, 4 prestadoras de servicios de salud, 12 distritos de salud, 429 comunidades y 39 comunidades con medico ambulatorio y vigilantes de salud (7).

EL ENVEJECIMIENTO

Los gerontólogos y profesionales que estudian el envejecimiento, dividen a los adultos mayores en dos grupos, los ancianos jóvenes de 65 a 74 años, y los ancianos mayores a partir de 75 años (1). Algunos utilizan el término anciano para referirse a sujetos mayores de 85 años. Los ancianos también pueden describirse como ancianos sanos (personas sanas) y ancianos enfermos (personas que tienen una serie de problemas médicos que interfieren con su funcionalidad y que requieren atención médica o psiquiátrica) (3). Las necesidades de salud han crecido enormemente a medida que la población ha ido envejeciendo y los médicos y psiquiatras geriátricos desempeñan unos papeles importantes en el tratamiento de esta población.

El envejecimiento es una experiencia universal y personal. Las personas de 60 años o más que viven en Latinoamérica y en el Caribe son la población de más rápido crecimiento en el mundo. Según las Naciones Unidas, las cifras de personas mayores en la Región se elevarán a más del doble entre el 2000 y el 2025, aumentando del 8% a 14% del total de la población. Sus necesidades de salud específicas están aumentando, así como la demanda de proveedores de servicios médicos. (2) Guatemala se encuentra dentro del listado de países que forman parte de los instrumentos internacionales para proteger los derechos humanos y libertades fundamentales en personas mayores; motivo por el cual se debe establecer una base sólida que proteja promueva y resguarde el envejecimiento. Este esfuerzo debe involucrar a todos los segmentos de la sociedad: gobierno, sector salud y la sociedad civil (7). Los sujetos mayores de 65 años crecen muy deprisa. Entre 1900 y 2000 se ha multiplicado por tres frente a 10. Está previsto que continúe el ascenso.

Se ha calculado que la esperanza de vida de las mujeres al nacer continuará superando a la de los varones en 7 años hasta 2050. (8) En ese momento, se estima que la composición de la población estadounidense por edad y sexo será muy diferente de la que existe actualmente. Estos cambios están ligados a la influencia de ingresos y a las estadísticas conyugales, al porcentaje de ancianos que viven solos o en centros de larga estancia y a otros aspectos del entramado social.

BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO Y DETERIORO CONGNITIVO

El proceso de envejecimiento o senectud (del latín *senescere*, “envejecer”), se caracteriza por un declive gradual de la funcionalidad de todos los sistemas corporales: cardiovascular, respiratorio, genitourinario, endocrino e inmunitario, entre otros. Sin embargo la creencia de que la vejez se asocia a achaques intelectuales y físicos profundos es un mito. Muchas personas mayores mantienen sus habilidades cognitivas y su capacidad física en un grado notable (10).

Cada individuo está dotado genéticamente de uno o más sistemas vulnerables, o uno puede volverse así debido a factores estresantes medioambientales o a un abuso deliberado, como la exposición excesiva a radiaciones ultravioletas, tabaquismo o consumo de alcohol. Además no todos los sistemas se degradan al mismo tiempo; cualquiera de ellos puede darse en un momento dado y este deterioro provocará la enfermedad y la muerte (1).

El envejecimiento significa, envejecimiento celular. Según la teoría más popular, cada célula tiene una vida con una duración genéticamente determinada, a lo largo de la cual puede replicarse un número limitado de veces antes de morir y, con la edad, se presentan en ellas cambios estructurales (10).

Asimismo, en las células que envejecen se detectan cambios estructurales y mutaciones en los ácidos desoxirribonucleico (ADN) y ribonucleico (ARN), que se han atribuido a las funciones del programa genotípico o a la exposición de rayos X, productos químicos o alimentos, entre otros (4). Probablemente no exista una única causa para el envejecimiento y todas las áreas del cuerpo están afectadas en cierto grado. Los factores

genéticos participan en trastornos que se presentan normalmente en personas mayores, como hipertensión, arteriopatía coronaria, arteriosclerosis y enfermedad neoplásica (11).

El crecimiento y el desarrollo tienen una base genética, pero el envejecimiento quizá no sea más que el resultado de una acumulación de lesiones casuales y no tenga un mecanismo específico (4). Si el envejecimiento existe realmente como una entidad propia, se piensa unánimemente que los mecanismos que lo producen son probablemente multifactoriales, que el ambiente los modifica, y que son específicos de cada especie, y aun de cada órgano y cada célula; ello convierte en un enorme problema la escasez de datos relativos al ser humano que existen sobre este tema.

Existen un sin número de teorías sobre envejecimiento y en conjunto pueden dividirse en dos grandes grupos, según atribuyan el envejecimiento a un programa genético o a un deterioro aleatorio progresivo de mecanismos homeostáticos (1).

Teoría Genética del Envejecimiento: todas las teorías genéticas tienen que explicar el hecho de que la presión de selección evolutiva es mínima una vez terminado el período de reproducción. Se han propuesto tres teorías genéticas, aunque todavía son pocos los datos pertinentes que se han reunido (1).

Primera: puesto que los animales suelen sucumbir por acción de fuerzas naturales mucho antes de alcanzar la duración máxima de vida, el envejecimiento podría depender de mutaciones que abrevian la supervivencia a largo plazo. Estas mutaciones se acumularían en el genoma al no haber ninguna presión de selección que las hiciera desaparecer.

Segunda: “antagonismo pleiotrópico”, defiende que el envejecimiento se debe a efectos tardíos y nocivos de genes que se mantienen conservados gracias a ventajas para la supervivencia que esos genes otorgan antes de la reproducción (1).

Tercera: se refiere a nichos ecológicos, donde los riesgos extrínsecos son relativamente escasos; en esos medios, la evolución podría “preferir” las mutaciones que retrasan el proceso de envejecimiento, ya que esto le permitiría a un animal aumentar su camada y protegerla mucho más.

Teorías de la “lesión aleatoria”: basada en la posible pérdida del equilibrio entre un daño ininterrumpido y fuerzas de reparación. Las teorías se diferencian en el énfasis que se da

al daño progresivo por ejemplo radicales libres, oxidación. Frente a la reparación deficiente, así como en los mecanismos que podrían participar en cada uno de ellos. Hace aproximadamente 40 años Hayflick y Moorehead observaron que las células de un cultivo se multiplican un número finito de veces. En posteriores investigaciones se descubrió que esta senescencia de multiplicación se debía a que el ciclo celular se detenía en fase G1/S, momento en el que comienza la síntesis del ADN (1).

Cambios relacionados con la edad

Organo/Sistema	Cambios propios de la edad	Consecuencias de cambios funcionales	Consecuencia de enfermedad no de envejecimiento
Estado General	Aumento grasa corporal	Aumento volumen de distribución de fármacos liposolubles	Obesidad
Ojos y oídos	Presbiopía Opacificación de cristalinos	Disminución acomodación. Aumentos predisposición a destellos. Necesidad mayor iluminación.	Ceguera Sordera
Sistema endócrino	Disfunción homeostática de glucosa. ↓ Captación y eliminación de tiroxina. ↑ADH, ↓ renina y	↑ Glucosa por reacción a enfermedades. ↓ Se necesita T4 en hipotiroidismo	Diabetes mellitus Disfunción tiroidea Disminución sodio, aumento de potasio. Osteomalacia.

	<p>↓ Aldosterona. ↓ Testosterona</p>		
Aparato respiratorio	<p>Disminución reflejo tusígeno.</p> <p>Disminución elasticidad pulmonar y aumento de rigidez de pared torácica.</p>	<p>Microaspiración</p> <p>Desigualdad ventilación/riego.</p> <p>Disminución de presión de oxígeno en reposo.</p>	<p>Neumonitis por aspiración.</p> <p>Disnea, hipoxia.</p>
Aparato cardiovascular	<p>Disminución de distensibilidad arterial.</p> <p>Aumento de presión arterial sistólica.</p> <p>Disminución reactividad beta-adrenérgica.</p> <p>Disminución de barorreceptores y disminución automatismo de nódulo sinoauricular.</p>	<p>Respuesta hipotensora a aumento de frecuencia cardíaca, depleción volumétrica o pérdida de la contracción auricular.</p> <p>Disminución de gasto cardíaco y respuesta cardíaca al estrés.</p> <p>Alteración a respuesta de presión arterial a la bipediación.</p>	<p>Sincope</p> <p>Insuficiencia cardíaca.</p> <p>Bloqueo cardíaco.</p>

Vías gastrointestinales	Disminución función hepática. Disminución acidez estomacal. Disminución motilidad de colon. Disminución función anorrectal.	Lentitud de metabolismo de fármacos. Disminución de absorción de calcio en estómago vacío. Estreñimiento.	Cirrosis. Osteoporosis, hipovitaminosis B12. Impactación fecal. Incontinencia fecal. Anemia.
Sistema hematológico e inmunitario	Disminución reserva de médula ósea. Disminución función de células T. Aumento autoanticuerpos.	Respuesta positivo falso de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares.	Enfermedad autoinmunitaria.
Riñones	Disminución de filtrado glomerular	Disminución en excreción de algunos fármacos. Respuesta tardía a restricción o sobrecarga de sodio o líquidos; nictura.	Aumento de creatinina sérica. Aumento o disminución de sodio.
Vías genitourinarias	Atrofia de mucosa vaginal o uretral. Hiperplasia de próstata.	Dispareunia, bacteriuria. Aumento de volumen en orina residual.	Infección de vías urinarias sintomática. Incontinencia urinaria y retención de orina. Deficiencias

			funcionales.
Sistema musculo – esquelético	Disminución masa corporal magra, músculos. Disminución densidad ósea.	Osteopenia	Fractura de cuello de fémur.
Sistema Nervioso	Atrofia encefálica Disminución de síntesis de catecol por el encéfalo. Disminución de síntesis dopaminérgica en encéfalo. Disminución de reflejo de enderezamiento. Disminución de sueño fase 4. Alteración de regulación térmica.	“Olvidos seniles benignos” Marcha rígida Aumento balanceo postural. Despertar a hora muy temprana, insomnio. Menor temperatura en reposo.	Demencia, síndrome confusional. Depresión. Enfermedad Parkinson. Caídas. Apnea hipócnica. Hipo – hipertermia.

El envejecimiento humano se caracteriza fisiológicamente por disminución progresiva de reservas homeostáticas de todos los sistemas, aparatos y órganos corporales. Declive conocido como homeostenosis, se manifiesta hacia el tercer decenio de vida y es gradual y progresivo, aunque su rapidez y magnitud son variables (4). La herencia sólo es un

factor más, que queda fuera del control de la persona. Los factores predictivos de longevidad que se encuentran bajo el control de la persona son la realización de controles médicos, el consumo mínimo o nulo de cafeína o alcohol, la gratificación, el trabajo y la percepción de sí como persona socialmente útil en una función altruista, por ejemplo profesor, mentor, padre, abuelo. Una alimentación sana y el ejercicio adecuado también se asocian a salud y longevidad.

Las enfermedades suelen manifestarse en sus comienzos en los ancianos de manera atípica, especialmente en mayores de 75 a 80 años. La sobrecarga homeostática producida por el comienzo de una enfermedad nueva produce síntomas que suelen afectar distintos aparatos o sistemas, en particular a los que están deteriorados por alguna enfermedad previa (12). Los eslabones más débiles son el cerebro, vías urinarias inferiores, sistema cardiovascular y musculoesquelético, lo que predomina al principio es un pequeño número de síntomas: confusión aguda, depresión, etc. Es por ello que son muy parecidos los trastornos que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de síndromes geriátricos más frecuentes.

Es menos probable que algunos síntomas que provienen de un sistema o aparato del cuerpo tengan su origen en esa estructura corporal cuando el paciente es un anciano que cuando es una persona más joven.

En ancianos, los síntomas de una enfermedad aparecen tempranamente debido a disminución de reservas fisiológicas. Por ello paradójicamente es más fácil tratar la enfermedad subyacente de un anciano, porque cuando comienza a manifestarse suele estar en fase menos avanzada (11). Otra consecuencia para el anciano es que los efectos adversos de los fármacos pueden aparecer con medicamentos y dosis que en jóvenes aparecen muy esporádicamente.

Lamentablemente la predisposición a presentar síntomas desde fases tempranas de la enfermedad suele ser anulada por dos factores. En primer lugar, los síntomas pueden aparecer en fecha ulterior, si existe alguna limitación funcional en otro órgano o sistema. En segundo lugar, con el envejecimiento cambia el comportamiento de la enfermedad. Por ello cualquier síntoma, en particular los que surgen junto con un cambio del estado funcional, debe considerarse seriamente, y sometido de inmediato a estudio y evaluación.

(8)

El deterioro cognitivo, frecuentemente asociado a la edad, es la manifestación clínica más importante de las demencias, con un gran impacto en la calidad de vida de las personas y de sus familiares (13). Dado el progresivo envejecimiento de la población se prevé que este problema aumente, así como la movilización de los recursos destinados a contrarrestarlo.

La prevalencia mundial de la demencia se calcula en 35.6 millones y se espera un aumento en el futuro, de manera que se podrían superar los 100 millones en el año 2050 (14)

Se han establecido una serie de conceptos respecto al deterioro cognitivo; se considera un proceso del envejecimiento, también se considera como una etapa temprana de demencia (15). Se ha propuesto el término como una condición clínica que incluye personas ancianas con alteraciones cognitivas y funcionales.

Se han descrito cuatro subtipos de deterioro cognitivo leve: DCL amnésico, DCL no amnésico, DCL amnésico con afectación en múltiples áreas, y DCL no amnésico con afectación en múltiples áreas o también llamado de dominio múltiple (16).

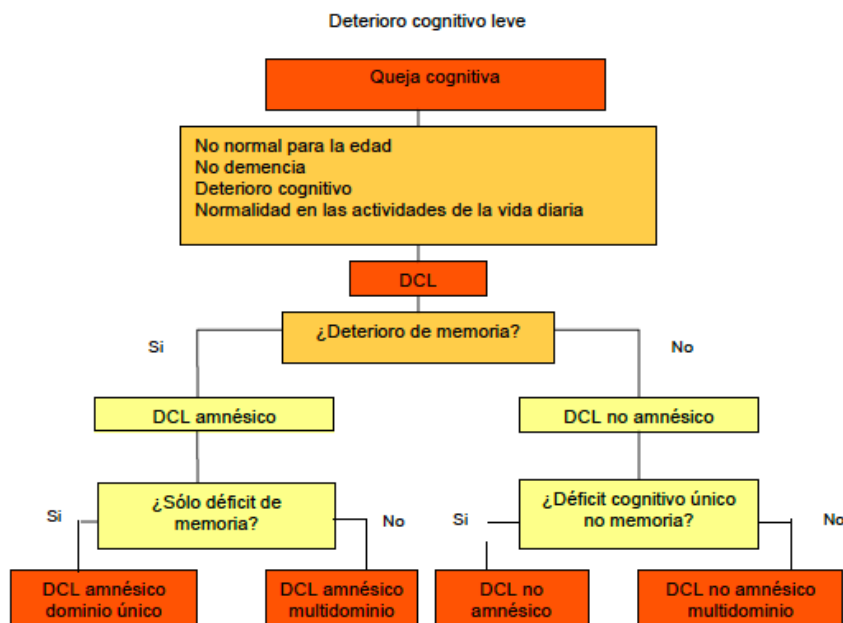


Figura No. 1 Deterioro cognitivo leve.

El deterioro cognitivo amnésico es el más estudiado, conocido y mejor definido. La persona refiere pérdida de memoria, corroborada por alguien que informa. En la evaluación neuropsicológica, se hace objetivo el déficit, estando la memoria debajo de la normalidad. El resto de funciones cognitivas están preservadas y no presentan alteraciones en las actividades de la vida diaria (16).

Respecto al deterioro cognitivo multidominio, la persona puede tener deterioro en varias funciones además del déficit mnésico. La alteración de la praxis constructiva es la alteración más frecuente además de la memoria.

En el deterioro cognitivo leve no amnésico, la función alterada distinta de la memoria suele ser el lenguaje o las funciones ejecutivas. Este subtipo de deterioro cognitivo suele ser precursor de otras demencias como las frontotemporales o por Cuerpos de Lewy (17). Este subtipo tiene tasas más altas de progresión a muerte comparado con los otros subtipos.

El deterioro cognitivo no amnésico multimodo, se refiere a pacientes que presentan al menos dos funciones cognitivas alteradas, sin que ninguna de ellas sea memoria, por ejemplo visoespaciales y funciones ejecutivas. En cuanto a la prevalencia de cada uno de los subtipos, se ha identificado que es el multimodo. Asimismo, dicho subtipo mostró una alta sensibilidad en el diagnóstico de pacientes, los cuales tienen riesgo de desarrollar demencia.

Manifestaciones clínicas del deterioro cognitivo leve: la memoria normalmente episódica, es el signo típico del deterioro cognitivo amnésico y de la enfermedad de Alzheimer temprana. Pero como ha quedado reflejado en los diferentes subtipos, en ocasiones los pacientes con deterioro cognitivo leve no presentan únicamente alteración en memoria, sino que tienen afectadas otras funciones cognitivas como la fluencia verbal, lenguaje, velocidad de procesamiento, comprensión verbal, memoria semántica, alteración y funciones ejecutivas (18).

Por tanto el perfil cognitivo en pacientes con deterioro cognitivo se caracteriza por la presencia de alteraciones en múltiples funciones. Además de las alteraciones cognitivas puede conllevar síntomas psiquiátricos. Normalmente, son síntomas no psicóticos siendo apatía, depresión, ansiedad, agitación e irritabilidad, los más frecuentes.

Los pacientes con deterioro cognitivo tienen un alto riesgo de desarrollar demencia, generalmente enfermedad de Alzheimer (13). Por tanto, el deterioro cognitivo leve supone un potente factor de riesgo para el desarrollo de demencia. Sin embargo no todos convierten a demencia. Algunos de ellos se mantienen estables o revierten a la normalidad al año; una de las explicaciones de estas reconversiones puede ser la influencia en el rendimiento cognitivo de múltiples factores, como la educación, factores de riesgo vascular, el estado emocional, entre otros (19).

El deterioro cognitivo es ampliamente reconocido como un problema de salud pública, ya que está asociado al desarrollo de demencias que actualmente ocupan el 7mo lugar en el listado de las 10 principales causas de defunción en el mundo según la Organización Mundial de la Salud (20). En los últimos años se está dando especial importancia al diagnóstico precoz de demencias, entonces un adecuado reconocimiento de los pacientes que presentan deterioro cognitivo permitiría un seguimiento de los mismos así como una pronta intervención terapéutica en caso de conversión a demencia.

Medición clínica del deterioro cognitivo

Durante los últimos años se ha producido un importante avance en medición clínica del deterioro cognitivo. La medición puede ser notablemente exhaustiva, compleja y especializada. Existen baterías de pruebas neuropsicológicas que requieren una formación muy específica, y para el paciente supone horas de examen más o menos intenso y potencialmente agotador (5).

En la exploración neuropsicológica encontramos como ya se mencionó baterías fijas y baterías flexibles. Las primeras se refieren a largas baterías que evalúan diversas funciones cognitivas. Por ejemplo la batería de Halstead-Reitan que contiene test de categorías, frecuencia crítica de fusión, ejecuciones táctiles, ritmos, percepción de sílabas, oscilación digital, y de apreciación del tiempo, además de la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos (WAIS) y una selección de inventarios de personalidad. Las baterías flexibles se refieren a la selección de test que tienen como objetivo evaluar las hipótesis derivadas de la sospecha de déficit del paciente del paciente así como del conocimiento del mismo. Constituyen procesos dinámicos, en los que se generan hipótesis iniciales que se van modificando a medida que se evalúa el paciente por ejemplo Mini-Mental State Examination (MMSE) (16).

La exploración neuropsicológica se debería realizar en distintas fases. La primera fase consiste en exploración básica, aquí se sitúan los test breves, que constituyen el primer paso en la detección de trastornos cognitivos. Se requiere poco tiempo y son sencillos de administrar. Deben tener una alta sensibilidad y alto valor predictivo positivo, a expensas de la especificidad y el valor predictivo negativo, ya que son menos importantes en estos test (16). No deben ser utilizados para establecer un diagnóstico, sino únicamente para identificar los rasgos cognitivos fundamentales de los pacientes, ya que son los test diagnósticos los que permiten establecer o confirmar un diagnóstico, y normalmente se administran a sujetos que han tenido valores positivos en test breves.

Dentro de los test breves encontramos el Mini-Mental State Examination (MMSE), Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) entre otros.

La fase dos de la exploración consiste en emplear una batería de pruebas que valoren diferentes funciones cognitivas. El objetivo de la mayoría de baterías es mejorar la precisión del diagnóstico. Al momento de elegir una batería se debe evaluar si es apropiada, factible y útil para el paciente que queremos explorar. Dentro de estas baterías encontramos Batería de Luria-Nebraska, batería de exploración neuropsicológica, Escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer.

En la fase tres se realiza una exploración específica donde se evalúan diferentes funciones cognitivas superiores, para ello se seleccionan los test a administrar. Se debe tener en cuenta consideraciones como el objetivo de la evaluación, fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad del test, si tiene o no formas paralelas y por último, el tiempo y coste de su administración.

En la fase cuatro, la última. Se encuentra la exploración ideográfica, que toma como base un modelo cognitivo, de hecho también se la conoce como exploración cognitiva. Constituye una exploración dirigida en función de una serie de hipótesis sobre la ubicación funcional del trastorno neuropsicológico, y normalmente va dirigida a un único sujeto. Esta fase es totalmente libre(16).

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Una de las pruebas más utilizadas para detectar el deterioro cognitivo es el Mini-Mental State Examination (MMSE). Fue desarrollado a mediados de los años setenta por Folstein y McHugh (1975), se trata de un test breve de aplicación sencilla. Esto permite la

evaluación continua de diversas funciones cognitivas, el tiempo de administración es de 5 a 10 minutos y consta de 11 ítem sobre la orientación temporo espacial, la memoria inmediata, atención, cálculo, memoria diferida, lenguaje y copia de figura geométrica. La puntuación máxima es de 30, con un punto de corte de 24 (5).

Debe quedar claro que no es un instrumento diagnóstico, sólo con él no puede diagnosticarse una demencia; pero sí documenta y objetiva el rendimiento cognoscitivo, de modo que el clínico al ver una baja puntuación en el test, prosigue su juicio diagnóstico. Se ha demostrado que esta prueba resulta una herramienta de control evolutivo objetivo. Una de sus limitaciones es su moderada sensibilidad a las influencias educativas sobre los resultados para determinar el grado de deterioro cognitivo y con ello fomentar estrategias encaminadas a la prevención con el fin de retardar el proceso a etapas más avanzadas donde el el daño podría ser irreversible e incapacitar a las personas en sus funciones básicas.

Las áreas de exploración de este test son las siguientes:

- Orientación temporal: nominación
- Orientación espacial: repetición/articulación
- Memoria: Comprensión/abstracción
- Atención/Concentración: lectura
- Cálculo: escritura
- Planificación/ejecución: dibujo

Pueden existir falsos positivos que muestren un bajo rendimiento en el MMSE sin que haya un deterioro cognoscitivo auténtico. Por el contrario, también pueden darse “falsos negativos” un rendimiento por encima del punto de corte aunque haya deterioro cognoscitivo; por ejemplo, una lesión focal que afecta sólo el rendimiento en un área cognoscitiva, respetando las demás, o en individuos con alto nivel intelectual que tienen recursos suficientes para aparecer como normales si sólo se consideran el punto de corte estandarizado en poblaciones con baja escolaridad (5).

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- 3.1.1 Identificar presencia de deterioro cognitivo en personas residentes en asilos de ancianos mayores de 65 años en Guatemala.

3.2 Objetivos específicos:

- 3.2.1 Identificar el nivel de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años residentes en asilos de ancianos.
- 3.2.2 Reconocer las principales enfermedades crónicas en personas con déficit cognitivo.
- 3.2.3 Caracterizar a los pacientes con déficit cognitivo según edad, nivel educativo, comorbilidades y antecedente de toxicomanías.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo de estudio: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal.

4.2. Población: Se trabajó con las personas residentes en los asilos de ancianos mayores de 65 años, Hogar mi dulce refugio, Asilo módulos de esperanza y Hogar Sor Herminia ; en el periodo del 10 de enero de 2013 al 31 de marzo de 2013.

4.3. Unidad de análisis: Hombres y mujeres de la población residente en asilos de ancianos con deterioro cognitivo, Hogar mi dulce refugio, Asilo módulos de esperanza y Hogar Sor Herminia, ubicados en Guatemala durante el período comprendido entre 10 de enero de 2013 al 31 de mayo de 2013.

4.4. Selección de los sujetos a estudio:

4.4.1. Criterios de inclusión: Hombres y mujeres mayores de 65 años residentes en los asilos de ancianos Hogar mi dulce refugio, Asilo módulos de esperanza y Hogar Sor Herminia. durante el período comprendido entre 10 de enero de 2013 al 31 de julio de 2013 y que accedieron voluntariamente a firmar el consentimiento informado y participar en el estudio.

4.4.2. Criterios de exclusión: Personas que presentaron edad menor a 65 años, residentes con incapacidad para comunicarse e interactuar ya sea por déficit de audición, visión, barrera lingüística; presentación diagnóstica de algún tipo de demencia o de enfermedad cerebrovascular, además personas de reciente ingreso que aún no presentaron historia clínica completa.

4.5. Variables:

4.5.1. Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento determinado.
Dato que proporcione el paciente en años

4.5.2. Sexo: Hombre o Mujer.

4.5.3. Estado Civil: Referido por el paciente

4.5.4. Alfabetismo: Capacidad personal para entender y comprender literatura escrita y de la misma manera expresar ideas. Considerándose la persona Analfabeta o Alfabeto.

4.5.5. Antecedente personales patológicos: Presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, patología pulmonar, patología cardiovascular, patología neurológica, patología psiquiátrica diagnosticado antes de realizar este estudio.

4.5.6. Toxicomanías: Historia del paciente previa o actual de consumo, uso y abuso de sustancias sean éstas una bebidas alcohólicas, marihuana, hongos alucinógenos, cocaína, crack, éxtasis, solventes u otros.

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos:

Para obtener la información requerida se aplicó de manera sistemática el instrumento diseñado para la recolección de datos generales y en el cual se realizó una revisión de expedientes médicos y entrevista al paciente enfatizando en los datos generales, antecedentes personales patológicos y psiquiátricos, toxicomanías y datos de la fecha de ingreso a dicho centro. Posteriormente se realizó el “Mini-Mental State Examination” modificado (MEC) que es un instrumento práctico para un rastreo inicial de alteraciones cognitivas, el cual consiste en una serie de test que evalúan orientación, memoria de corto y largo plazo, atención, lenguaje, praxis y habilidad visuoespacial (5).

La forma en que se llevó a cabo el estudio, fue asistiendo a cada uno de los asilos de ancianos, se revisó el expediente médico de cada persona y posteriormente se realizaron entrevistas a cada uno de ellos. Dicha revisión de expediente y entrevista se realizó previa autorización y llenado de hoja de consentimiento informado en el que dejó constancia que accedieron a participar en el estudio.

La entrevista se realizó en una única sesión en cada asilo de ancianos.

4.7. Aspectos éticos de la investigación: Esta investigación es solamente descriptiva, no se realizó ninguna intervención o modificación con las variables fisiológicas, pero sí con las sociales y psicológicas de los participantes del estudio por lo que se considera grado II. Previo a responder el instrumento de recolección de datos para participar en la investigación, el paciente firmó o colocó su huella digital de manera voluntaria el formulario de consentimiento informado, en el cual se le explicó sobre la confidencialidad de la información brindada y que los datos serán utilizados con fines

únicamente de investigación, haciéndose énfasis en la evaluación se manejó de manera anónima y confidencial.

4.8. Plan de análisis: Se realizó la recolección de datos en base a la entrevista estructurada, y luego se generó una base de datos utilizando el programa en Microsoft Office Excel 2007®. Estos datos fueron tabulados y graficados en cuadros estadísticos. Así mismo, se realizó un análisis descriptivo; se utilizaron cuadros para la presentación de resultados, en forma porcentual y se determinó la prevalencia del grado de deterioro cognitivo más frecuente entre estos pacientes a través de la siguiente formula (22).

$$\text{Prevalencia Deterioro cognitivo} = \frac{\text{Personas deterioro cognitivo}}{\text{Población en estudio}} \times 100$$

4.9. Recursos:

- 4.9.1. Humanos:** Personal médico entrevistador que asiste a asilo de ancianos.
- 4.9.2. Físico:** Instalaciones de Hogar mi dulce refugio, Asilo módulos de esperanza y Hogar Sor Herminia.
- 4.9.3. Materiales:** Registros clínicos, computadora, equipo de oficina.
- 4.9.4. Económicos:** Impresión de instrumento, fotocopias, gasolina, otros.

V. RESULTADOS

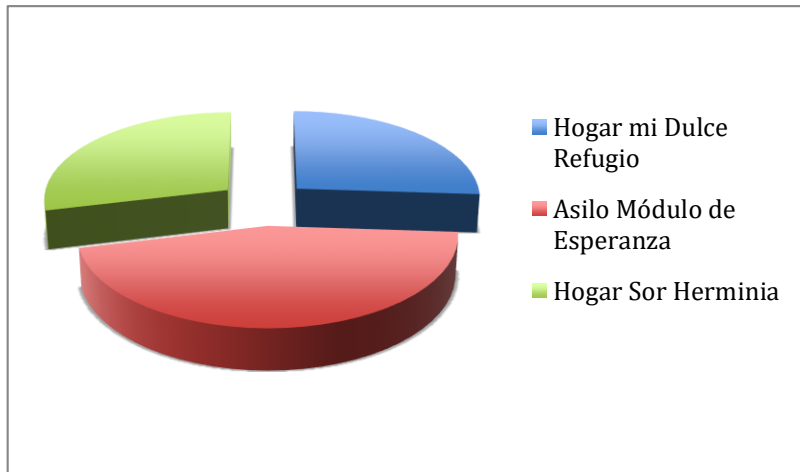
Se presentan los resultados de las entrevistas y test realizadas a 73 personas residentes en asilos de ancianos Mi Dulce Refugio, Módulos de Esperanza y Sor Herminia de enero a julio de 2013.

Tabla No. 5.1
Distribución de Personas por Asilo

LUGAR RESIDENCIA	TOTAL
Hogar mi Dulce Refugio	19
Asilo Módulo de Esperanza	33
Hogar Sor Herminia	21

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.1



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla 5.1

Tabla y gráfica No. 5.1 Dentro de los asilos se encontró un mayor número de personas ingresadas en Módulos de Esperanza, esto debido a que dicho asilo es sostenido con

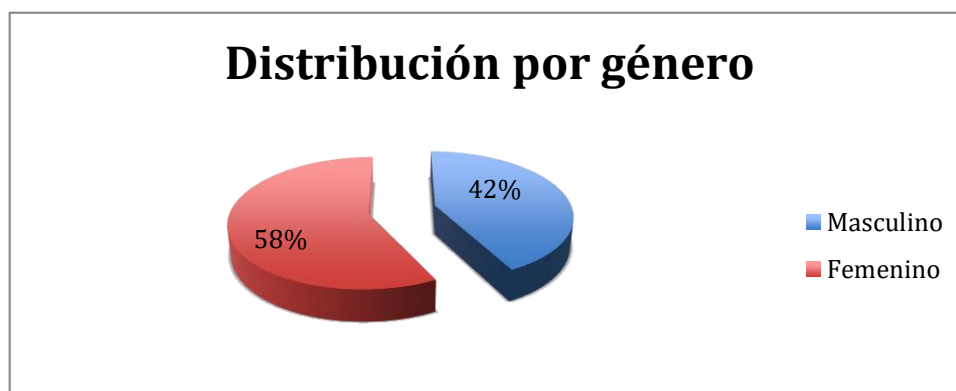
apoyo de recursos del estado, mientras que los otros dos asilos son sostenidos por medio de diferentes organizaciones no gubernamentales.

Tabla No. 5.2
Distribución por Género

MASCULINO	31	42%
FEMENINO	42	58%
Total	73	100%

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.2
Distribución por Género



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No.5.2

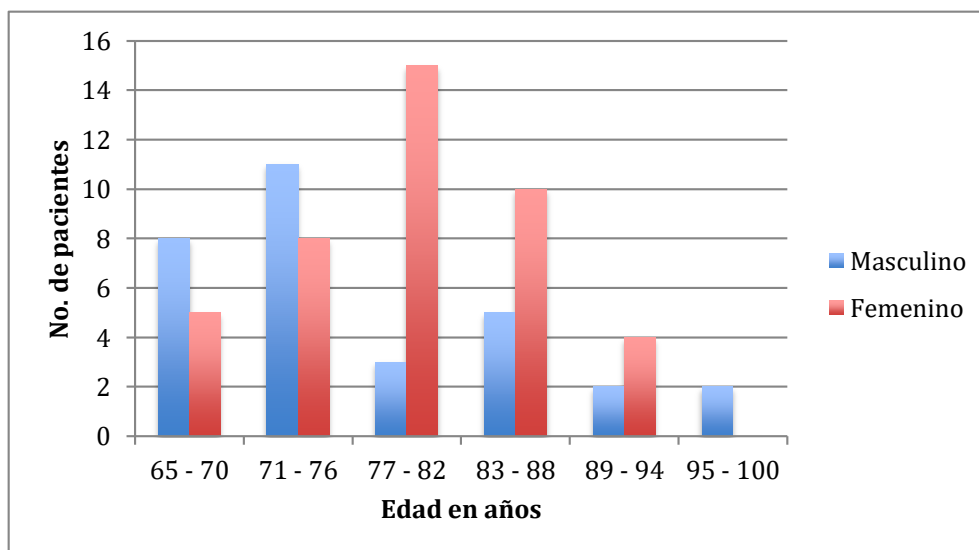
Tabla y Gráfica 5.2: La mayor prevalencia de personas evaluadas en los asilos de ancianos fue de mujeres. Coincide con la mayor esperanza de vida para las mujeres según la OMS (2)

Tabla No. 5.3
Grupo Etario y Distribución por Género

Edades	Masculino	Femenino
65 - 70	8	5
71 - 76	11	8
77 - 82	3	15
83 - 88	5	10
89 - 94	2	4
95 - 100	2	0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.3
Grupo Etario y Distribución por Género



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No. 5.3

Tabla y gráfica No. 5.3: El segundo, tercer y cuarto rango de edad son los que presentan mayor cantidad de personas dentro del total de personas asiladas.

Tabla No. 5.4

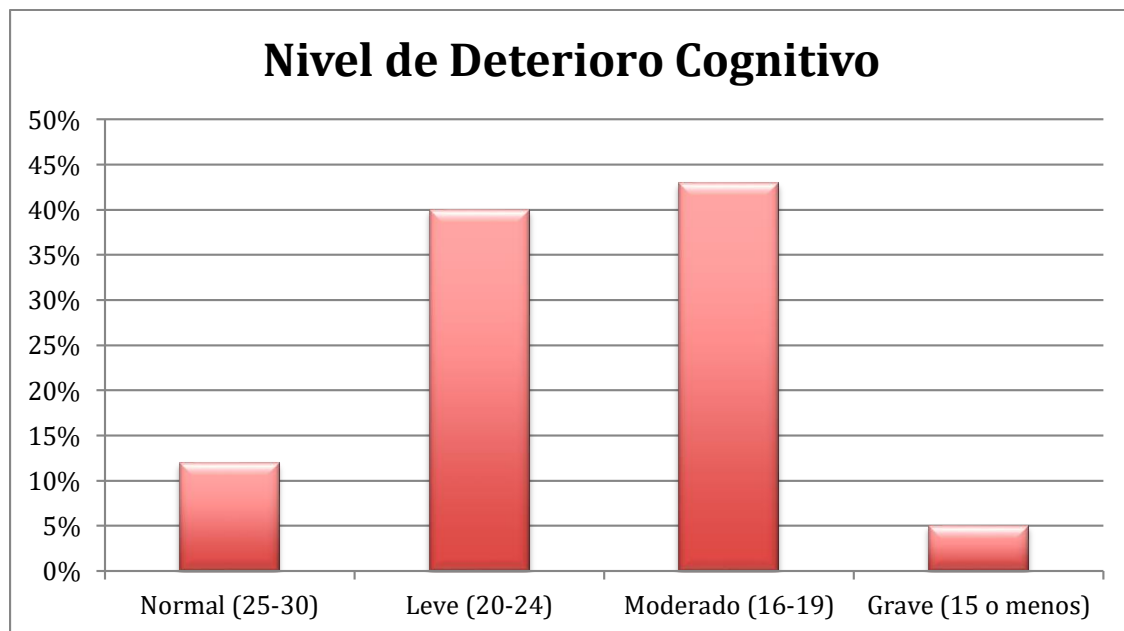
Distribución Minimental Test

Deterioro Cognitivo	Porcentaje %
Normal (25-30)	12
Leve (20-24)	40
Moderado (16-19)	43
Grave (15 o menos)	5

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.4

Distribución Minimental Test



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No. 5.4.

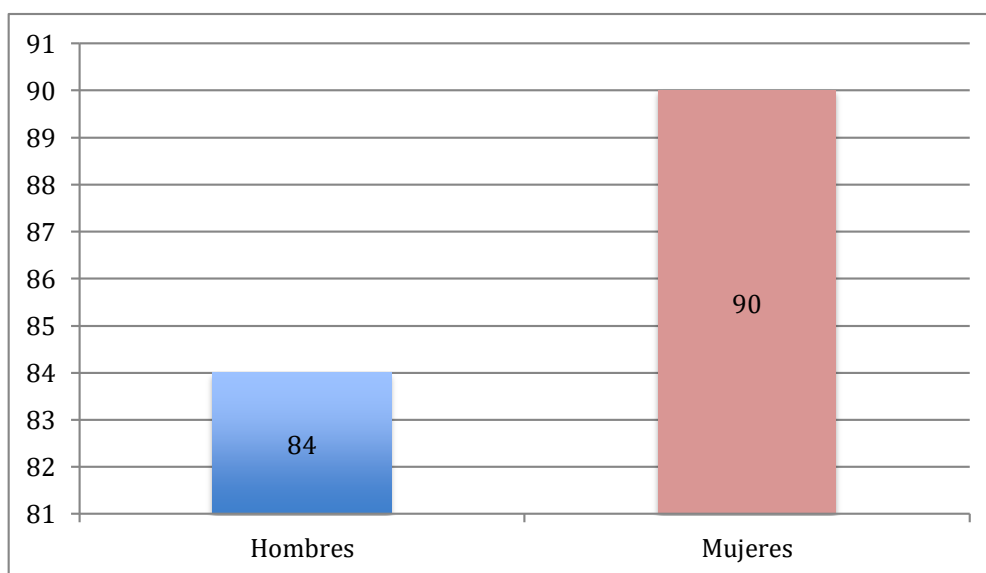
Tabla y gráfica No. 5.4: al evaluar el deterioro cognitivo por medio del Mini Mental Test se encontró mayor prevalencia en la escala moderado, seguido de la escala leve, encontrando que el menor grado de deterioro encontrado fue el grave.

Tabla 5.5
Prevalencia Deterioro cognitivo por sexo

Deterioro Cognitivo	Porcentaje
Hombres	84%
Mujeres	90%

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica 5.5
Prevalencia Deterioro cognitivo por sexo



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No. 5.5

Gráfica y tabla No. 5.5: Del total de mujeres evaluadas a comparación del total de hombres la mujer presentó mayor déficit a comparación del hombre.

Tabla No. 5.6

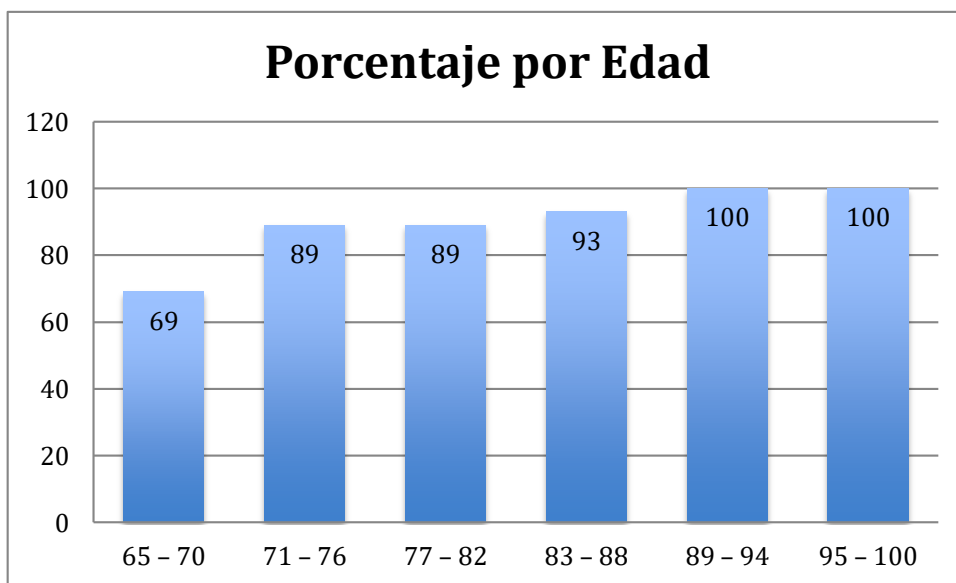
Prevalencia Déficit Cognitivo por Edades

Edades	Evaluados	Déficit Cognitivo	Porcentaje por Edad
65 – 70	9	13	69
71 – 76	17	19	89
77 – 82	16	18	89
83 – 88	14	15	93
89 – 94	6	6	100
95 – 100	2	2	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.6

Prevalencia Déficit Cognitivo por Edades



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No. 5.6

Gráfica y Tabla No 6: Los datos recabados coinciden con que a mayor de edad mayor déficit cognitivo, podemos observar que la totalidad de personas evaluadas entre los últimos dos rangos presentan el déficit.

Tabla No. 5.7

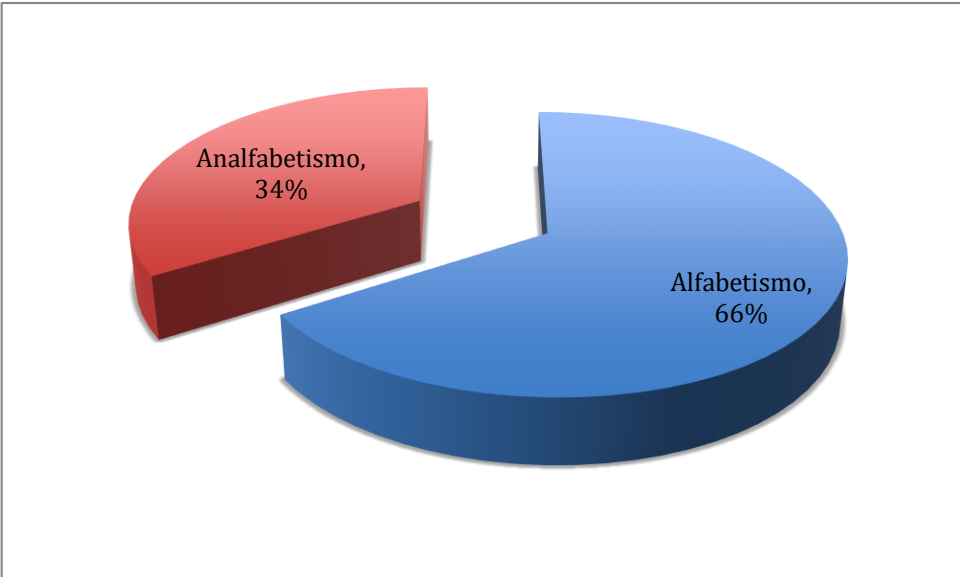
Relación de Alfabetismo con Deterioro Cognitivo

Alfabetismo	66%
Analfabetismo	34%

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.7

Relación de Alfabetismo con Deterioro Cognitivo



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No. 5.7

Gráfica y tabla No 5.7: dentro del grupo que presentó deterioro cognitivo se pudo evidenciar que la mayoría de ellos eran alfabetos mientras que analfabetos presentaron menor deterioro.

Tabla No. 5.8

Enfermedad Crónica No Transmisible

Enfermedad Crónica No Transmisible	Deterioro Cognitivo	Sin Deterioro Cognitivo	Total Porcentaje %
Diabetes Mellitus	25	17	58
Hipertensión	36	19	75
Enf. Psiquiátrica	7	2	11

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Tabla No. 8: Dentro del total de la población se evidencia que el mayor porcentaje de personas presentaron algún tipo de toxicomanías a lo largo de su vida, seguido de hipertensión arterial y a continuación Diabetes Mellitus. Además dentro del déficit cognitivo lo mas prevalente son las toxicomanías, lo cual coincide con la bibliografía que menciona que el aumento de sustancias o alcohol disminuye el nivel de cognición de la persona.

Tabla No. 5.9

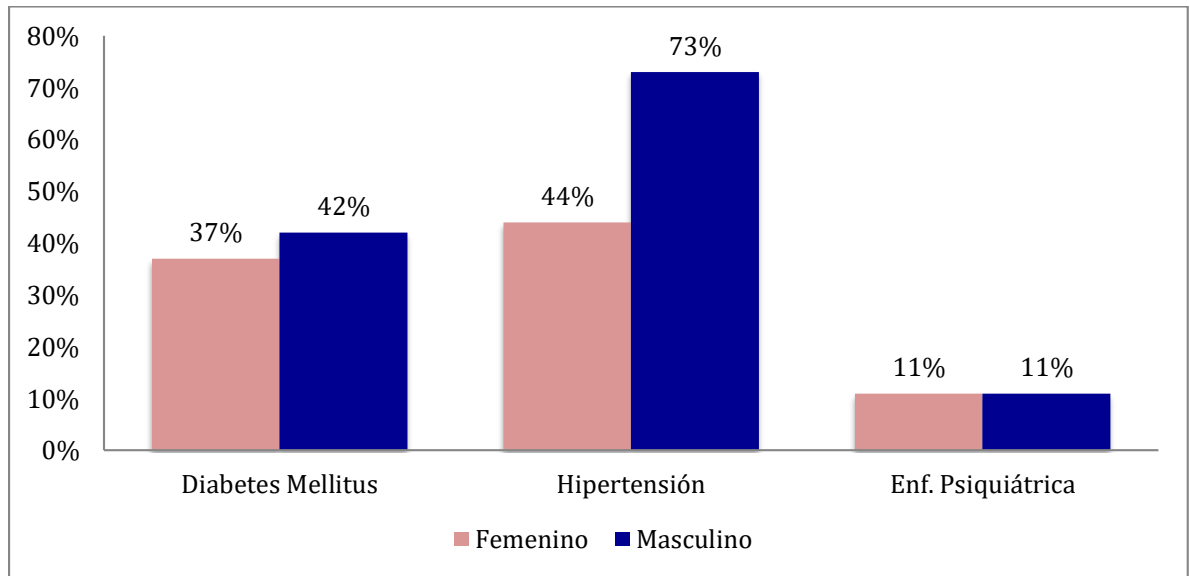
Enfermedad Crónica No Transmisible y Deterioro Cognitivo por Sexo

Patología	Femenino	Masculino
Diabetes Mellitus	37%	42%
Hipertensión	44%	73%
Enf. Psiquiátrica	11%	11%

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.8

Comorbilidad en Déficit Cognitivo por Género



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No. 5.9

Gráfica y Tabla No 9: Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles encontradas la mas prevalente tanto en hombres como en mujeres fue Hipetensión Arterial seguida de diabetes mellitus.

Tabla No. 5.10

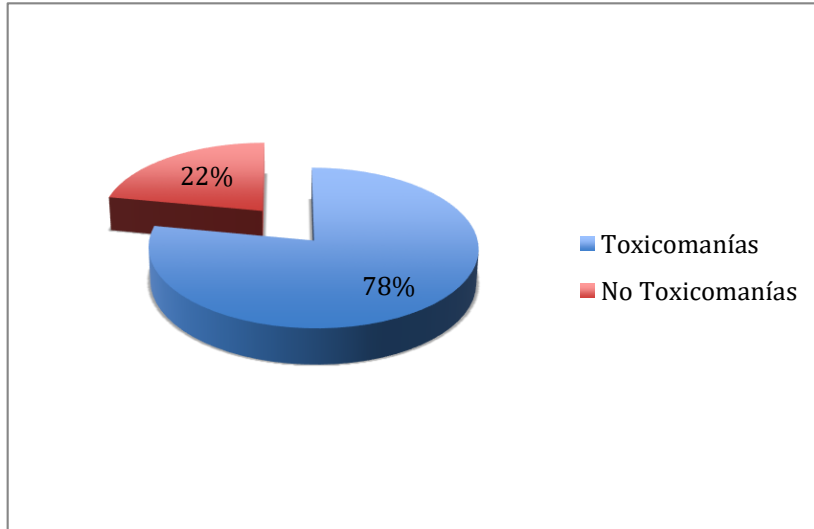
Deterioro Cognitivo y Toxicomanías

Toxicomanías	78 %
No Toxicomanías	22%

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.9

Deterioro Cognitivo y Toxicomanías



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Tabla No. 5.10

Gráfica y tabla No 5.10: dentro del grupo que presentó deterioro cognitivo se pudo evidenciar que la mayoría presentó toxicomanías.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Durante el periodo de estudio se registraron 107 personas habitantes de los 3 asilos de ancianos Mi Dulce Refugio, Módulos de Esperanza y Hogar Sor Herminia; de ellos 73 accedieron y cumplieron criterios de inclusión para participar en el estudio. Del total de personas sometidas al estudio el 58% fueron del sexo femenino, mientras que el 42% fueron sexo masculino. Respecto a la edad, existió mayor frecuencia en el rango de 71 a 76 años, seguido del rango de 77 a 82 años; se evidenció que en los 3 asilos hay muy pocas personas que pasan de los 89 años. Una de las posibles razones en el escaso porcentaje de captación de personas es que hoy en día en nuestro país los asilos de ancianos son estigmatizados y marginados por la misma sociedad, además del poco apoyo económico que reciben.

El instrumento de evaluación empleado fue el MEC, que en numerosos trabajos ha demostrado ser válido para la detección de deterioro cognitivo o como indicador fiable para una posterior evaluación neuropsicológica mas completa (5). La detección temprana de estos déficit selectivos y su diagnóstico diferencial pueden tener notables consecuencias en la calidad de vida de los adultos en periodos etarios tardíos, además de familiares y cuidadores. Varios estudios han informado sobre la considerable frecuencia de deterioro cognitivo en poblaciones geriátricas (24). El porcentaje de deterioro cognitivo obtenido en nuestro estudio se encuentra dentro del amplio margen obtenido en otros estudios publicados (Hombres 84% y mujeres 90%), coincidiendo además con estudios que sitúan la prevalencia de demencia mayor en mujeres que en hombres (25).

El mayor porcentaje de deterioro cognitivo identificado en este estudio según la edad se da en el rango de 89 o mas años encontrando al 100 % de los participantes, lo cual coincide con los estudios publicados en los que la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta con la edad (19). Cabe destacar que los resultados mas relevantes radican en que el 88 % de la población estudiada tiene deterioro cognitivo y tan solo el 12% presentan una cognición normal; resultados que coinciden con estudios donde se relaciona el déficit cognitivo y la institucionalización del paciente (26). Se concluyó además que el 43% de la población presentó un deterioro cognitivo moderado, seguido de 40% con deterioro cognitivo leve y el 5% presentó un deterioro grave. El

panorama es sombrío en cuanto al deterioro cognitivo en los ancianos, ya que conduce a que la persona en edad avanzada se torne cada vez más vulnerable y tienda a contar con menos probabilidades de recuperación. Estas alteraciones implican una disminución en la capacidad de abstracción, síntesis y generalización del pensamiento; la disminución de la velocidad en tareas intelectuales, así como en la exactitud y eficacia, afectan la calidad de vida del individuo.

En cuanto al nivel educativo, el 66% de personas se encontró con deterioro cognitivo y alfabetas, mientras que el deterioro cognitivo y analfabetismo fue 34%; estudios publicados al respecto indican que el nivel de escolaridad es inversamente proporcional al deterioro cognitivo; un alto nivel de escolaridad favorece el desarrollo cerebral, fortalecimiento a nivel de sinápsis y circulación cerebral (18). Actualmente existe un gran interés en identificar una mayor reserva cognitiva durante la vida ya que puede modular la expresión clínica de alteraciones cerebrales en algunos tipos de demencia.

Se han descrito diferentes factores personales y ambientales que modulan la manifestación clínica de algunas enfermedades neurológicas así como su evolución. En cuanto a patologías crónicas encontradas (diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades psiquiátricas) existen varios autores que las relacionan con deterioro cognitivo y demencia (17). La accesibilidad de historias clínicas de cada uno de los participantes permitió una valoración mas precisa de las enfermedades crónicas.

En este estudio hemos encontrado mayor porcentaje de deterioro cognitivo en personas con antecedente de Hipertensión Arterial; dato que coincide con estudios que indican que la hipertensión arterial es un problema clínico de gran prevalencia, y que puede ser un factor de riesgo en deterioro cognitivo incluso cuando su origen es degenerativo (16). Por otro lado no fue posible especificar los diagnósticos psiquiátricos precisos, debido a que algunos de los pacientes poseen prescripción de medicamento antipsicótico o antidepresivo, sin embargo en su ficha clínica no hay un diagnóstico preciso identificado; un dato que hubiera sido muy importante recabar debido a que las enfermedades psiquiátricas entre ellas depresión pueden afectar procesos cognitivos o inclusive dar falsos positivos en el MMSE, siendo además un factor de riesgo para desarrollo de demencia (4).

Los estilos de vida influyen en la persona, el haber presentado hábitos nocivos para la salud, por ejemplo alcoholismo y tabaquismo; estudios previos han demostrado que el uso y abuso de este tipo de sustancias de manera crónica puede exacerbar los síntomas de deterioro cognitivo y daño cerebral irreversible (28). Como dato importante se conoce que la dependencia a alcohol se reduce después de los 65 años, porque la población anciana actual tiene menos hábitos de bebida que sus predecesores; la proporción femenina/masculina de la población aumenta con la edad, y es menos probable que las mujeres consuman alcohol; el declive de la salud o de las deficiencias funcionales que acompañan al envejecimiento conlleva una disminución de ingestión etílica o bien porque las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol impiden a muchos adictos alcanzar la vejez. En el presente estudio se evidenció la relación presencia del antecedente toxicomanías con deterioro cognitivo en un 78%.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 El porcentaje de deterioro cognitivo obtenido en nuestro estudio se encontraría dentro de un amplio margen obtenido en otros estudios publicados. Del total de la población evaluada el 88 % presentó deterioro cognitivo, mientras que solo el 12% presentó un nivel cognitivo normal.
- 6.1.2 Se evidenció que de las personas evaluadas con edades comprendidas arriba de 89 años presentaron deterioro cognitivo grave en su 100%. Coincidiendo además con estudios que indican que el deterioro cognitivo aumenta con la edad.
- 6.1.3 El deterioro cognitivo moderado se presentó en el 43% de la población, siendo el mas prevalente dentro de los grados de deterioro cognitivo.
- 6.1.4 La alta prevalencia del deterioro cognitivo en la población estudiada y su relación con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población adulta mayor. Dentro del total de población evaluada con déficit cognitivo la enfermedad crónica hipertensión arterial fue la más identificada con un 36%, seguida de diabetes mellitus con un 25%.
- 6.1.5 Del total de la población con deterioro cognitivo el 11% presentó enfermedades psiquiátricas como antecedente dentro del expediente clínico. Sin embargo, no se pudo recabar información respecto a qué tipo de psicopatología presentaba.
- 6.1.6 Los estilos de vida influyen en el envejecimiento de la persona; hábitos nocivos (alcoholismo y tabaquismo) han demostrado exacerbar los síntomas de deterioro cognitivo. Del total de la población evaluada que presentó deterioro cognitivo el factor de riesgo toxicomanías se encontró en el 50%.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1. Mejorar las fichas clínicas de las personas residentes en asilos de ancianos, esto conducirá a un mejor control sobre el abordaje de cada uno de los que allí residen.

- 6.2.2. Implementar en los hogares de ancianos ejercicios de estimulación cognitiva que ayuden a estimular y mantener la capacidades mentales; evitar la desconexión de entorno y fortalecer las relaciones sociales; dar seguridad e incrementar la autonomía de la persona; estimular la propia identidad y autoestima; minimizar el estrés; mejorar el rendimiento funcional; mejorar el estado y sentimiento de salud; mejorar la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

- 6.2.3. Realizar más investigaciones para actualizar el perfil epidemiológico del paciente y conocer mejor los factores de riesgo y protección en deterioro cognitivo.

- 6.2.4. Brindar apoyo humano y técnico, de parte de entidades encargadas del adulto mayor, así como fortalecer conocimiento al personal ocupado en diferentes asilos de ancianos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan H., Sadok, B. y Grebb, J. Sinopsis de Psiquiatría. 11 ed. Argentina: Editorial Panamericana; 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. Según la OMS, en América habrá 200 millones de adultos mayores en 2020 [monografía en Internet]. Argentina: Organización mundial de la salud; 2011 [accesado 20 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.docsalud.com/articulo/3362/seg%C3%BAAn-la-oms-en-am%C3%A9rica-habr%C3%A1-200-millones-de-adultos-mayores-en-2020>
3. Castillo B. (Página principal en Internet). Guatemala: FACEP; c 2014 (actualizado 11 julio 2014; citado 15 septiembre 2014). Disponible en <http://fadep.org/principal/demografia/guatemala-se-envejece/>
4. Lobo A, Saz P, Roy JF. Deterioro cognoscitivo en el anciano (monografía en internet). Zaragoza: Hospital clínico universitario Zaragoza; 2005. (accesado 1 noviembre 2016). Disponible en: <http://www.fcs.uner.edu.ar/libros/archivos/ebooks/Envejecimiento/Envejecimiento,HTA%20yDeterioroCognitivo/04CAPITU.pdf>
5. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res. 1975; (25): 189 – 198.
6. Instituto Nacional de Estadística (homepage on the internet) Guatemala: Narciso R.; c2012 (actualizado noviembre 2013; consultado 15 enero 2017) disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/5eTCcFIHErnaNVeUmm3iabXHaKgXtw0C.pdf>

7. Vázquez J. Derechos Humanos y Salud, Personas Mayores (monografía en Internet). España: Agencia española de cooperación internacional; 2008 (accesado 2 enero 2017). Disponible en : http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf
8. Organización Mundial de la Salud (homepage on the internet). Estados Unidos: Thormaehlen K; c2015 (actualizado septiembre 2015; consultado 20 diciembre 2016) disponible en : <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
9. Kane R, Ouslander J. Geriátría clínica. 4ta ed. México: McGraw-Hill, Interamericana editores, S. A; 2000.
10. Sennott-Miller, L. Género y el envejecimiento. Whashington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011. Serie de informes Médicos: 155.
11. Antonio D. Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional (Tesis doctoral). Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2005.
12. Climent MT, Villaplana AM, Dols D, Martínez D, Tortajada V. Moreno R L. Prevalencia y estudio de factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. Farm. Comunit. 2012; (3): 96 - 100.
13. Alzheimer's Disease International. (Homepage on the internet). Estados Unidos: The Association; c2016 (updated 2016; cited 2017 Jan 15). Available from:

<https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>

14. Organización Mundial de la Salud. Trastornos neurológicos desafíos para la salud pública. 1ra ed. Estados Unidos: Organización mundial de la salud; 2006.

15. . Allan H. Ropper, Maurice Victor, Robert H. Brown. Neurología del envejecimiento. En: Tovar S, Fraga J, editores. Principios de neurología. México: McGraw-Hill, Interamericana editores, S. A; 2007. p. 519 – 524.

16. Quintana AP. Test Barcelona abreviado. (Tesis doctoral). Barcelona: Editorial de la Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.

17. Rivera G, Méndez FG, Molero AC. Análisis de factores relacionados con el deterioro cognitivo en una muestra de población geriátrica. Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012; (12): 43 – 60.

18. Schmand B, Smith J, Lindeboom J, Smits C, Hooijer C, Jonker C et al. Low education is a genuine risk factor for accelerated memory decline and dementia. J Clin Epidemiol. 1997; (50): 1025-1033.

19. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: The Framingham Heart Study. Neurology. 2010; (75): 35-41.

20. Organización Mundial de la Salud (homepage on the internet). Estados Unidos: Centro de prensa; c2017 (actualizado enero 2017; consultado 20 enero 2017) disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

21. Chinchilla A. La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 2008.

22. Hernández R., Fernández R. Metodología de la investigación. 3ra ed. México: McGraw Hill Interamericana editores, S. A; 2003.
23. Polit D., Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5a ed. México: McGraw Hill Interamericana editores, S. A; 1997.
24. Bermejo P., Porta J., Díaz J., Martínez P. Mas de cien escalas en neurología. 2da ed. España: Aula médica ediciones; 2008.
25. López A., Bottino M. Prevalence of dementia in several regions of the world: analysis of epidemiologic studies from 1994 to 2000. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002; (60): 61-90.
26. Schmand B, Smith J, Lindeboom J, Smits C, Hooijer C, Jonker C et al. Low education is a genuine risk factor for accelerated memory decline and dementia. *J Clin Epidemiol.* 1997; (50): 1025-1033.
27. Luchsinger JA, Reitz C, Patel B, Tang MX, Manly JJ, Mayeux R. Relation of diabetes to mild cognitive impairment. *Arch Neurol.* 2007; (64): 570-575.
28. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: The Framingham Heart Study. *Neurology.* 2010; (75): 35-41.

VIII. ANEXOS

Anexo No. 1

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Nacional de Salud Mental
Post grado de Psiquiatría

No. De Instrumento:

Consentimiento Informado

Yo _____ de _____ años de edad, identificado con cédula de vecindad/documento personal de identificación (DPI) No. _____ extendida en _____. Autorizo a la Dra. Carmen Lucía Urbina Martínez, con profesión de Médica y Cirujana y en proceso de formación en la especialización de Psiquiatría para la realización de la entrevista estructurada, aceptando con ello mi participación en la investigación “Deterioro cognitivo en personas residentes en asilos de ancianos mayores de 65 años en Guatemala”.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me han sido leídos y explicado y que comprendo su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Comprendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

Firma:

Huella:

Guatemala ____ de _____ de 201__.

Instrumento de Recolección de Datos
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Nacional de Salud Mental
Encuesta Deterioro cognitivo en pacientes asilados
Guatemala, 2013

No. De Instrumento: _____

BOLETA DE ENCUESTA

Fecha de la entrevista ____ / ____ / ____

Sección 1: Datos de la Encuesta

Edad: _____ años

Estado Civil: soltero/a casado/a unido/a
 divorciado/a separado/a viudo/a

Procedencia: _____

Residencia: _____

Ocupación prev. _____

Grupo étnico al que pertenece: Indígena ____ No indígena ____

Religión que profesa: _____

Alfabeta: _____ Analfabeta: _____

Ultimo grado de estudios que completó (años ganados): _____

Tiempo de residir en Asilo de Ancianos _____

Sección 2: Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Médicos: Si ____ No ____

Diagnósticos	Tratamientos
_____	_____

Antecedentes Traumáticos: Si ____ No ____

Diagnósticos

Tratamientos

Antecedentes Quirúrgicos: Si _____ No _____

Diagnósticos

Tratamientos

Hay Antecedentes Personales Psiquiátricos: Si: _____ No: _____

Diagnósticos

Tratamientos

Sección 3: Toxicomanías

Ha consumido sustancias (drogas) y/ o ingerido bebidas alcohólicas: Si _____ No: _____

¿Cuál? Alcohol Tabaco Marihuana Cocaína

Crack Benzodicepinas Otros _____

Cuando inicio el consumo (edad): _____

Duración del consumo (años): _____

Patrón de consumo (frecuencia y cantidad): _____

Sección 4:

Informar al paciente que se procederá a realizar un test estructurado, en el cual se realizarán preguntas precisas además se solicitará realizar algunas tareas como dibujar en dicho test. (MEC)

Mini – Mental State Examination (MEC)

Paciente..... Edad.....
 Ocupación.....Escolaridad.....
 Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... __5
- Dígame el hospital (o lugar).....
 planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... __5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) __3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

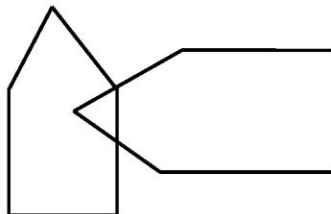
- Si tiene 30 ptas. y me va dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? __5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás __3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? __3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj __2
- Repita esta frase : “En un trigal había cinco perros” __1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
 ¿qué son el rojo y el verde ¿ __2
- ¿Que son un perro y un gato ? __3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa __1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS __1
- Escriba una frase __1
- Copie este dibujo __1



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

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **Deterioro cognitivo en personas residentes en asilos de ancianos mayores de 65 años en Guatemala** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.