

**UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**



**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE
60 AÑOS CON ALGÚN SÍNDROME DEMENCIAL DE LA RESIDENCIA PARA
EL ADULTO MAYOR “CASA DE LOS ÁNGELES”, UBICADA EN LA ALDEA
CHOACORRAL, SAN LUCAS SACATEPÉQUEZ, DURANTE EL PERÍODO DE
JULIO A DICIEMBRE DE 2024**

**INVESTIGACIÓN
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POR ANA GABRIELA SAMAYOA HERNÁNDEZ
CARNÉ 23002505
PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE
GERIÁTRA Y GERONTÓLOGA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO**

GUATEMALA, DICIEMBRE 2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I.....	5
MARCO METODOLÓGICO	5
1.1 Justificación de la investigación.....	5
1.2 Planteamiento del problema	6
1.4 Objetivos de la investigación.....	8
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1 Adulto Mayor	9
2.1.1 Definición	9
2.1.2 Caracterización epidemiológica.....	9
2.1.3 Predisposición a sufrir algún síndrome demencial.....	12
2.2 Demencia.....	13
2.2.1 Definición	13
2.2.2 Factores de riesgo	14
2.2.3 Tipos de demencias.....	15
2.2.4 Caracterización clínica.....	16
2.2.5 Grados de severidad.....	17
2.2.6 Diagnóstico	18
2.2.7 Tratamiento	19
2.3 Residencia del Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”	22
2.3.1 Misión y Visión.....	22

2.3.2	Servicios.....	22
2.3.3	Equipo multidisciplinario.....	23
CAPÍTULO III.....		24
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN		24
Equipo de oficina		27
CAPÍTULO IV.....		28
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS		28
4.1	Resultados	28
4.2	Discusión.....	31
CAPÍTULO V.....		32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		32
5.1	Conclusiones	32
5.2	Recomendaciones.....	32
CAPÍTULO VI.....		33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		33
CAPÍTULO VII.....		36
ANEXOS.....		36
Anexo No. 1: Escala de Deterioro Cognitivo (GDS Fast)		36
Anexo No. 3: Instrumento para tabular información de diagnóstico y clínica demencial.....		38

INTRODUCCIÓN

El síndrome demencial hace referencia a un conjunto de enfermedades que deterioran el estado cognitivo y funcionalidad de una persona, proceso que es progresivo e irreversible; condición que provoca que el adulto mayor demencial desarrolle dependencia y necesite asistencia para realizar sus actividades básicas e instrumentales de vida diaria.

Realizar oportuna y tempranamente el diagnóstico de un síndrome demencial permitió proveer calidad de vida al adulto mayor, al desacelerar el proceso de cronicidad e impactar menos la economía del hogar, disminuir tasas de conicidad e institucionalización de este tipo de pacientes y a gran escala disminuir el impacto socioeconómico de la sociedad y a nivel salubrista. Por ello se investigó en adultos mayores diagnosticados con síndrome demencial, la caracterización clínica de dicha enfermedad.

La investigación se desarrolló en la Residencia para Adultos Mayores Casa de los Ángeles, ubicada en la zona 2 de San Lucas Sacatepéquez, donde residen pacientes demenciales. Para la recolección de los datos y caracterizarlos clínicamente, se recopiló la información a través de la revisión documental de expedientes médicos, entrevista cara a cara con personal de enfermería y evaluación médica a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; posteriormente se tabularon los datos recopilados y se le practicó a cada uno la Escala de Deterioro Global (GDS Fast) para determinar la severidad de sus diagnósticos.

De los 30 residentes de Casa de los Ángeles, 26 cumplieron con los criterios de inclusión y, por tanto, fueron la muestra de la investigación; determinando que el 62% sufre de una demencia cortical, siendo entonces, este tipo de demencia el más frecuente en dicha población y el olvido de conversaciones, rigidez e irritabilidad/ labilidad los tres signos y síntomas más frecuentes. Así como también se evidenció que el 65% de los pacientes residentes, cursan el máximo grado de severidad demencial, grado 7, clasificado como demencia grave de acuerdo con la escala GDS Fast.

CAPÍTULO I.

MARCO METODOLÓGICO

1.1 Justificación de la investigación

Guatemala no se queda atrás respecto al movimiento mundial del aumento de la población adulta mayor, considerándose que para el 2030 la población adulta mayor, será cerca del doble de lo que es actualmente; por lo que es importante asegurar que este grupo poblacional gozará de la mejor calidad de vida posible y la demencia es una patología que le resta demasiada calidad de vida a una persona, ya que estos pacientes dependiendo de la severidad de la enfermedad ya no pueden valerse por ellos mismos.

Conocer la clínica demencial permite identificarla y por tanto diagnosticar e iniciar con un adecuado y temprano plan terapéutico, con lo cual se desacelera el proceso de la enfermedad, permitiendo que el adulto mayor demencial no necesite asistencia por completo para llevar a cabo su rutina.

El síndrome demencial limita a una persona a ser dependiente de otros para su cuidado y asistencia en las actividades básicas e instrumentales de vida diaria, lo cual impacta la economía y desarrollo tanto de su hogar y al sistema salud y socioeconómico del país. Al identificar, diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente a un paciente demencial, permite que este pueda seguir realizando su rutina con mínima supervisión y/o asistencia, así como probablemente no necesite mayor medicación, y por tanto el impacto socioeconómico a nivel familiar se disminuye.

Se deseó investigar la caracterización clínica demencial ya que es una enfermedad que está subdiagnosticada, por tanto, los pacientes agravan al no recibir el tratamiento oportuno y las tasas de morbilidad e institucionalización aumentan, sin proveerles las atenciones que en verdad ameritan y siendo una población olvidada. Es pertinente que tengamos la capacidad de identificar los signos y síntomas demenciales, con el fin de consultar a tiempo, brindar un diagnóstico y plan terapéutico adecuado lo más temprano posible, idealmente en etapas

iniciales de la enfermedad, si bien es cierto que es una enfermedad progresiva no irreversible, si se puede hacer que esta progresividad sea un proceso más lento y que las complicaciones sean menores.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Definición del problema:

Conocer cuáles son los signos y síntomas que presenta un paciente con síndrome demencial, a manera de poder identificarlos y por ende ser diagnosticado y tratado oportunamente.

1.2.2 Especificación del problema:

¿Cuál es la caracterización clínica de pacientes Adultos Mayores de 60 años con algún síndrome demencial de la Residencia para el Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”, ubicada en la Aldea de Choacorrall, San Lucas Sacatepéquez, durante el período de julio a diciembre de 2024?

1.2.3 Delimitación del problema:

Caracterización clínica de pacientes Adultos Mayores de 60 años con algún síndrome demencial de la Residencia para el Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”, ubicada en la Aldea Choacorrall, San Lucas Sacatepéquez, durante el período de julio a diciembre de 2024.

1.2.3.1 Unidad de análisis:

Residencia para el Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”.

1.2.3.2 Sujetos de investigación:

Adultos mayores de 60 años que sufran algún síndrome demencial y residan en la Residencia para el Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adulto mayor o igual a 60 años
- Género femenino / masculino
- Residente permanente o temporal
- Diagnosticado con algún síndrome demencial

Los criterios de exclusión fueron:

- Adulto menor a 60 años
- No residir en la unidad de análisis
- No sufrir síndrome demencial

1.2.3.3 Tamaño de la muestra:

Se incluyeron a 26 pacientes de los 30 residentes actuales de la unidad de análisis; quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

1.2.3.4 Ámbito geográfico:

La Residencia para el Adulto Mayor llamado “Casa de los Ángeles”, ubicada en la Aldea de Choacorrall, zona 2 de San Lucas Sacatepéquez. La Residencia está rodeada de área verde, boscosa, siendo árboles de pino y ciprés lo que mayormente prevalecen; por tanto, es un área tranquila, donde se respira aura puro, pero con temperaturas entre 18 - 25°C. Siendo la altitud y longitud: 14.5981443, -90.6147081,12 respectivamente. San Lucas Sacatepéquez es un municipio ubicado a 27 km de la Ciudad Capital, con una extensión territorial de 24.5 km² y 28819 habitantes.

1.2.3.5 Ámbito temporal:

La investigación se llevó a cabo en el período comprendido entre julio a diciembre del año 2024.

1.3 Hipótesis

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

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general:

Describir la caracterización clínica de pacientes Adultos Mayores de 60 años con algún síndrome demencial de la Residencia para el Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”, ubicada en la Aldea de Choacorrall, San Lucas Sacatepéquez, durante el período de julio a diciembre de 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.3 Identificar el síndrome demencial más frecuente mediante la revisión de los expedientes médicos.

1.4.4 Describir los signos y síntomas más frecuentes de los pacientes con algún síndrome demencial mediante la revisión de expedientes médicos y evaluación clínica.

1.4.5 Identificar el grado de severidad de los pacientes con algún síndrome demencial mediante la Escala de Deterioro Global (GDS - FAST).

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 Adulto Mayor

2.1.1 Definición

Es importante reconocer que el envejecimiento se ve afectado por factores físicos, mentales, funcionales, ambientales y de salud, lo cual ha dificultado la conceptualización de adulto mayor y vejez; (Abaunza Forero, y otros, 2014) sin embargo, se utiliza la edad cronológica para definirlos, aunque abarque una visión integral interdisciplinaria. De manera que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un adulto mayor es todo individuo de 60 o más años. (Quintanar Guzmán, 2010).

En algunos países por temas socioculturales, que les permiten ser más longevos, consideran adultos mayores a sus ciudadanos cuando tienen 65 años o más; sin embargo, en Guatemala nos acoplamos a la definición de OMS y, por tanto, está en decreto, que un adulto mayor lo consideraremos a partir de los 60 años. (Comité Nacional de Protección a la Vejez, 2015)

2.1.2 Caracterización epidemiológica

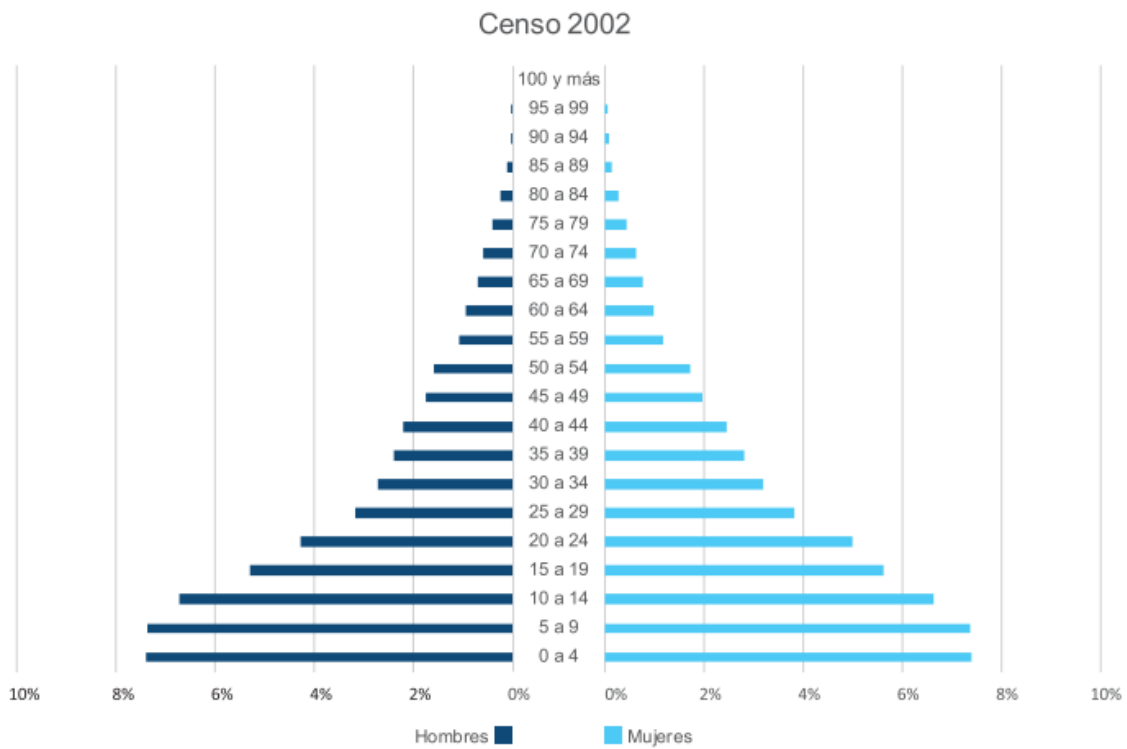
En Guatemala, al igual que a nivel mundial; el índice de envejecimiento continua con tendencia al aumento y por tanto el número poblacional de adultos mayores, cada vez es mayor, siendo ya evidente incluso en la pirámide poblacional. (Imagen 1) (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2019)

De acuerdo con el último censo poblacional llevado a cabo en 2018, nuestro índice de envejecimiento es de $16.8 \approx 17$; el cual permite medir la relación entre personas adultas mayores a 65 años, respecto a las menores de 15 años; es decir que, por cada 100 menores de 15 años, hay 17 adultos mayores, el cual aumentó en comparación con los dos censos anteriores (2002 y 1994), en los cuales fue de 10.5 y 8.7 respectivamente. (Imagen 2) (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2019)

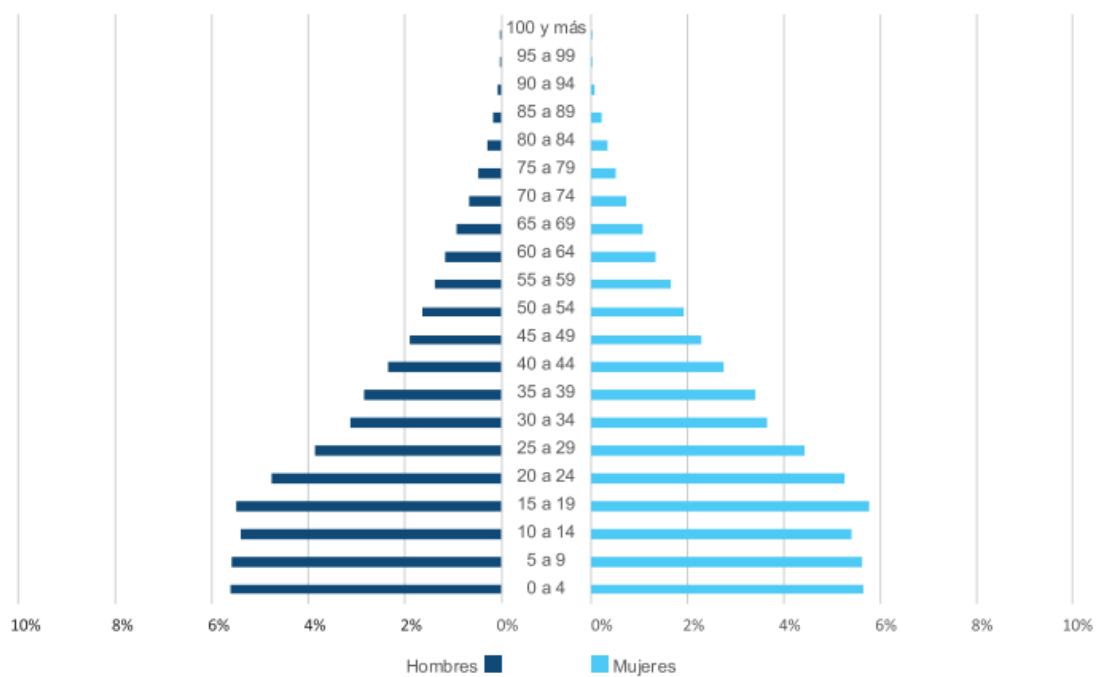
Dicho fenómeno se ve influido por el descenso de las tasas de natalidad y fecundidad, mientras la esperanza de vida e índice de envejecimiento aumentan. Los departamentos de El Progreso, Jalapa y Zacapa lo que presentaron mayor número de población adulta mayor. (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2019).

Se comparan las pirámides poblacionales de los últimos dos censos nacionales; en donde se observa cómo la población hasta incluso los 29 años ha disminuido considerablemente, mientras a partir de los 60 años, ya es evidente un incremento de la curva. (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2019)

Imagen 1: Censos poblacionales año 2002 y 2018



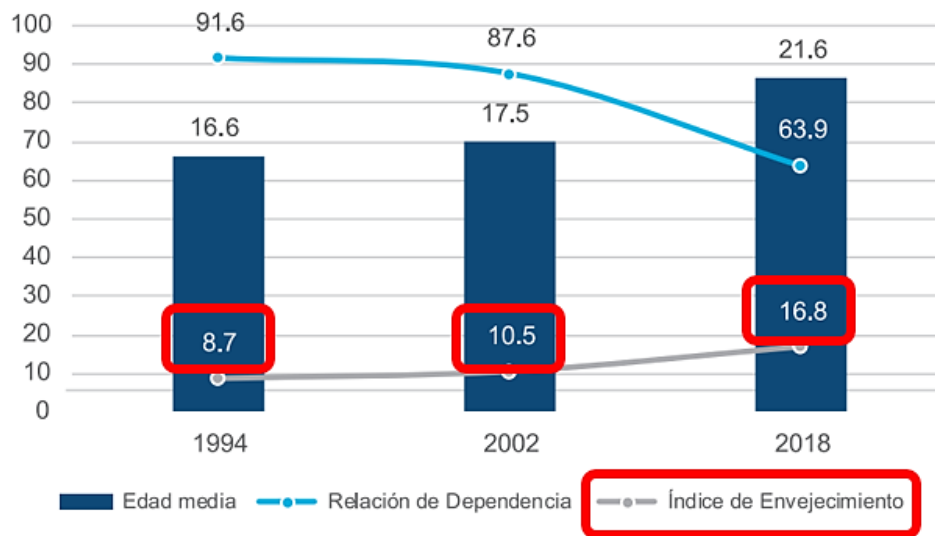
Censo 2018



Fuente: (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2019)

Es evidente el aumento significativo del índice de envejecimiento durante los últimos tres censos poblacionales; siendo entre 2002 y 2018 más significativo el aumento, de 1.5 a 16.8. Vale la pena mencionar también como la edad media también continúa en aumento, (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2019)

Imagen 2: Índices de envejecimiento de los últimos tres censos poblacionales



Fuente: (Instituto Nacional de Estadística de Guatemala, 2019)

2.1.3 Predisposición a sufrir algún síndrome demencial

El envejecimiento per se ya es un factor de riesgo predisponente para sufrir algún síndrome demencial; pero existen otros factores tales como:

- a. Fragilidad
- b. Inflamación crónica
- c. Disfunción vascular
- d. Senescencia celular

Existen factores no modificables de naturaleza biológica, que son importantes factores que predisponen a un adulto mayor a sufrir demencia, y estos son:

- a. Genotipo APO E
- b. Polimorfismo genético
- c. Patologías cardiovasculares
- d. Diabetes mellitus
- e. Ser femenina
- f. Antecedente familiar de demencia

Mientras otros factores si son modificables y son de naturaleza psicosocial, y estos se pueden categorizar en aquellos que tiene relación con el entorno del sujeto y los que están asociados a la interacción con otros seres humanos. (Hernández Ulloa, Llibre Rodríguez, Bosh Bayard, & Zayas Llerena, 2021) (Ling, y otros, 2024) (Bratsberg, Fjell, Rogeberg, Skirbekk, & Walhovd, 2024)

Tabla 1: Factores psicosociales

En relación con el entorno	En relación con la interacción con otros
- Educación	- Depresión
- Interacción social	- Estilos de vida
- Nutrición	
- Actividad física	
- Ocupación	

Fuente: (Hernández Ulloa, Llibre Rodríguez, Bosh Bayard, & Zayas Llerena, 2021)

2.2 Demencia

2.2.1 Definición

De acuerdo con la OMS, es un término para varias enfermedades en las cuales se desarrolla disminución de las funciones cerebrales superiores adquiridas; incluyendo memoria, capacidad de solucionar problemas de la vida cotidiana, funciones sensoriales, motoras y sociales, de lenguaje, comunicación, emocionales y conciencia; que en la mayoría de los casos es progresivo. (Sánchez Benítez & Guevara de León, 2015)

Se habla más de un síndrome demencial, ya que pueden coexistir más de una patología y que se caracteriza porque el deterioro no solo es progresivo, sino irreversible también. (Rodríguez Leyva, 2015)

2.2.2 Factores de riesgo

La demencia es una enfermedad multifactorial, siendo los de mayor relevancia, los siguientes:

- a. Edad avanzada
- b. Sexo femenino
- c. Antecedentes familiares de demencia
- d. Síndrome de Down
- e. Antecedentes de trauma craneal
- f. Enfermedad tiroidea
- g. Depresión
- h. Bajo nivel escolar
- i. Diabetes mellitus
- j. Hipertensión arterial

(Sánchez Benítez & Guevara de León, 2015)

Los factores sociodemográficos con mayor significancia para sufrir síndrome demencial son la edad, especialmente cuando son mayores de 75 años, ausencia de estimulación cognitiva, estar polimedicados y sufrir de alteraciones de la presión arterial. Estos factores cuando afectan en conjunto aumentan el porcentaje de riesgo para que el adulto mayor sufra demencia. (Moreno Noguez, Castillo Cruz, García Cortés, & Gómez Hernández, 2023)

Otro factor de suma importancia es la presencia del genotipo para la apolipoproteína E, alelo APO E4; el cual es el principal factor de riesgo genético de la enfermedad de Alzheimer; y del cual no se conoce mucho. Pero se sabe que su alteración es en una vía metabólica, por lo cual se está trabajando en determinar protocolos nutricionales efectivos que apoyen en la prevención de esta enfermedad en portadores de APO E4.

El impacto mayor de esta proteína es en las vías inflamatorias, microglía, astrocitos, lípidos, integridad de la barrera hematoencefálica, resistencia a la insulina y metabolismo de la glucosa. (Norwitz, Saif, Estrada Ariza, & Isaacson, 2021)

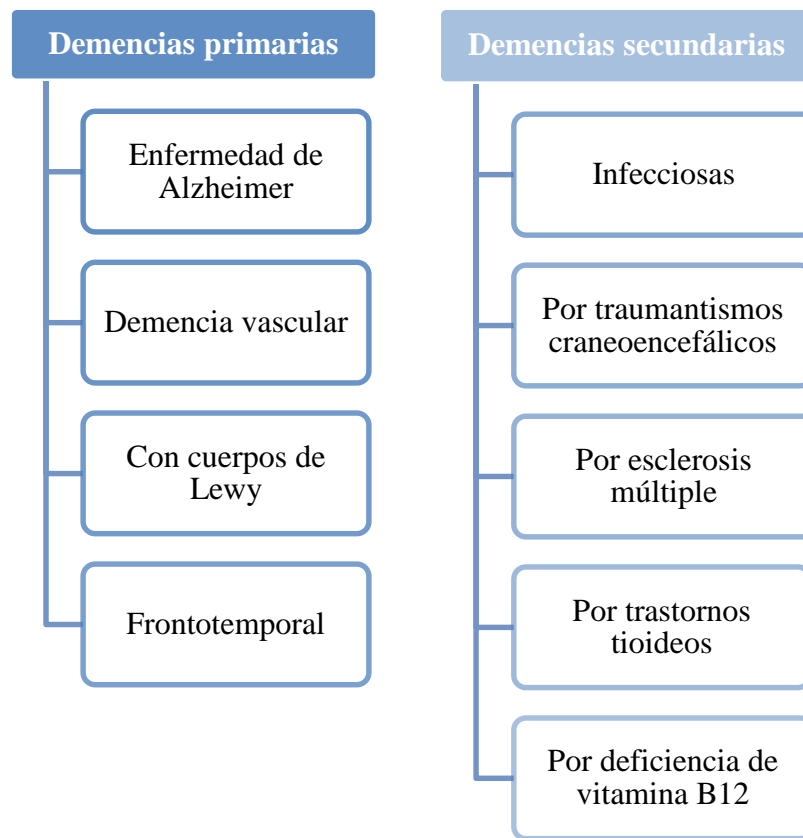
2.2.3 Tipos de demencias

Al ser multicausal y multifactorial, existen muchos tipos de demencia, las cuales se han ido definiendo a lo largo del tiempo; así como también se pueden clasificar desde varios aspectos:

- De acuerdo con la edad de aparición se habla de seniles y preseniles; aunque hoy en día ya no es correcto hacer esta clasificación, aún se pueden encontrar estas denominaciones.
- De acuerdo con el tiempo de evolución se pueden clasificar en reversibles e irreversibles, incluyéndose aquí las que son causadas por enfermedades vasculares, intoxicaciones, infecciones y tumores.
- Según el área afectada, las demencias pueden ser corticales (caracterizadas por disfunción cognitiva) y subcorticales (afectación de la personalidad y humor); sin embargo, solo se podría realizar esta diferenciación en etapas iniciales de la enfermedad. (Millán Calenti, 2006)
- La clasificación más utilizada es la causal, en la que se divide en primarias, aquellas que existe una disminución de la capacidad cognitiva por un deterioro neurodegenerativo que no obedece directamente a otra causa; siendo dentro de las primarias, la enfermedad de Alzheimer la más común.

La segunda categoría son las secundarias, y son aquellas demencias causadas por otra enfermedad, estos tipos presentarán manifestaciones clínicas sistémicas, dependiendo del origen de la enfermedad causal. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

Imagen 3: Tipos de demencias



Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

2.2.4 Caracterización clínica

En la etapa inicial de un síndrome demencial, las manifestaciones clínicas son:

- Deterioro de la memoria reciente, tiende a repetir lo mismo, olvida lo que escuchó o leyó y pierde objetos o él mismo
- Dificultad para resolver problemas
- Disminución de la capacidad para organizarse
- Dificultad para expresarse y/o participar de una conversación, aprender nuevas tareas o realizar su rutina
- Cambios en la personalidad, estado de ánimo o conducta
- Presenta alucinaciones o signos neuropsiquiátricos

(Rodríguez Leyva, 2015)

Imagen 4: Manifestaciones clínicas de las demencias

Tipo demencia	Síntomas	Hallazgos clínicos
Alzheimer tipo amnésico (EA)	Olvida conversaciones, citas, planes.	Sx amnésico Deterioro aprendizaje
Por cuerpos de Lewy	Alteración fluctuante de atención y estado de alerta	Deterioro cognoscitivo con respeto relativo de memoria
Demencia fronto-temporal variante-conductual	Desinhibición, cambio en decoro personal, conducta inapropiada, impulsiva, repetitiva o ritualista Apatía	Disfunción ejecutiva Habilidades visuoespaciales y memoria relativamente respetados
Síndrome cortico-basal	Variable: dificultad con movimiento, torpeza o rigidez de la extremidad afectada Problemas de lenguaje o visuales	Rigidez, apraxia, distonia, extremidad ajena, mioclonías focales, déficit sensitivo cortical
Demencia vascular	Variable: eventos neurológicos focales agudos o Deterioro progresivo e insidioso	Variable: afasia, síndromes lacunares, síndromes focales neurológicos de grandes vasos.

Fuente: (Rodríguez Leyva, 2015)

2.2.5 Grados de severidad

Para determinar el grado de severidad del deterioro cognitivo, existen varias escalas; sin embargo, dentro de las más utilizadas es la *Global Deterioration Scale* (GDS) (Anexo 1), la cual será utilizada en este estudio; esta escala de deterioro global (por su traducción), se le alude al neurólogo Barry Reisberg; comprende siete fases, que van desde ausencia de déficit cognitivo, hasta déficit muy grave. (Fundación Pasqual Maragall, 2020)

Permite determinar el grado de deterioro cognitivo desde las fases tempranas de la enfermedad demencial, e incluso ausencia de algún grado de deterioro cognitivo; con una alta sensibilidad (79%) y especificidad (100%). El conocer la severidad de la demencia, permite abordar con una mejor terapéutica al paciente. (Custodio , y otros, 2017)

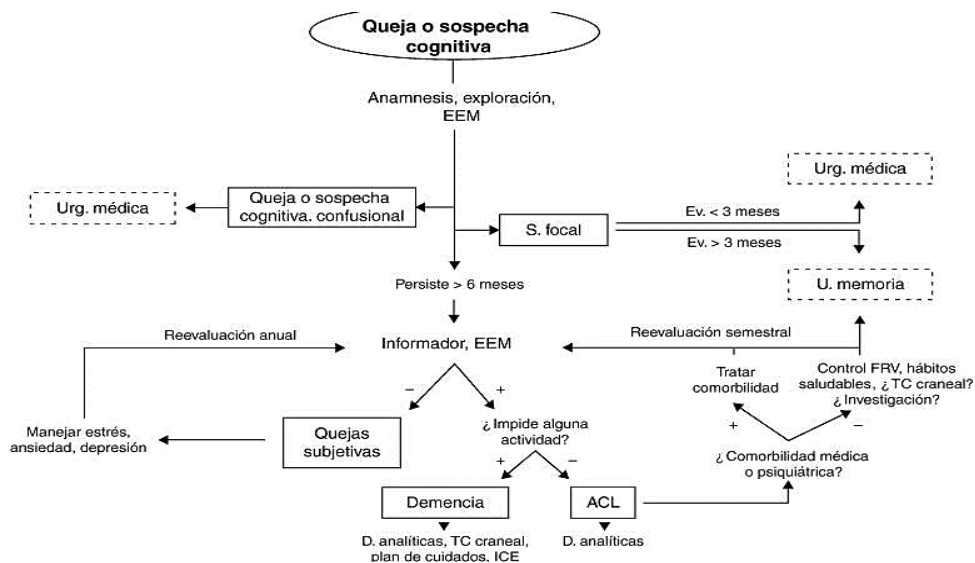
2.2.6 Diagnóstico

El diagnóstico demencial se basa en:

- Recabar en la historia clínica, toda la información médica y neuropsicológica, apoyándose del cuidador y/o familiares que conviven con el paciente.
- Realizando una exploración física completa y neuropsicológica; dentro de esta evaluación neuropsicológica, es importante evaluar las funciones cognitivas (memoria, orientación, percepción, capacidad visoespacial, lenguaje, praxis, concentración, la atención, cálculo y razonamiento). Para hacer esta evaluación, se pueden utilizar test como el Mini-examen del estado mental de Folstein (MMSE, por sus siglas en inglés). Anexo 2.
- Pruebas complementarias como laboratorios y estudios de neuroimagen. (Millán Calenti, 2006)

Es importante que desde la atención primaria se pueda identificar el deterioro cognitivo y se aborde de la mejor manera posible para brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno y temprano. Un algoritmo de manejo útil en la atención primaria de salud es el siguiente:

Imagen 5: Algoritmo para el manejo de las alteraciones cognitivas en la atención primaria



ACL: alteración cognitiva ligera; D: determinaciones; EEM: examen de estado mental; ev.: tiempo de evolución; FRV: factores de riesgo vascular; ICE: inhibidor de la colinesterasa; S: síndrome; TC: tomografía computarizada; U: unidad; Urg.: urgencia.

Fuente: (Olazarán, 2011)

2.2.7 Tratamiento

El tratamiento debe ser individualizado a las necesidades de cada paciente, considerando la severidad de la enfermedad, los signos y síntomas que presenta, así como el entorno socio-familiar.

El plan terapéutico debe establecerse e irse evaluando de acuerdo con el estado cognitivo, funcionalidad, mejoría de la clínica, disminuir necesidad de institucionalizarlo y calidad de vida del paciente. Para esto es importante que se involucre la familia y/o cuidadores, ya que ellos serán los que monitoreen la respuesta al tratamiento. (Fernández Domínguez, Hernández Gómez, Garrido Barral, & González Moneo, 2018)

El abordaje debe incluir también, el tratamiento para los síntomas neuropsiquiátricos, los cuales suelen preceder a los síntomas cognitivos; bajo esta premisa, es importante recalcar la importancia de trabajar con equipo multidisciplinario. (Caramelli, y otros, 2022)

La bibliografía más reciente, hablese del 2020 a la fecha, recomiendan hacer énfasis en la terapia no farmacológica, basándose en estudios en los cuales se han comparado resultados de pacientes con tratamiento farmacológico con efectos sedantes y neurolépticos, versus el uso de placebo; en los que estos últimos presentaron mejor respuesta.

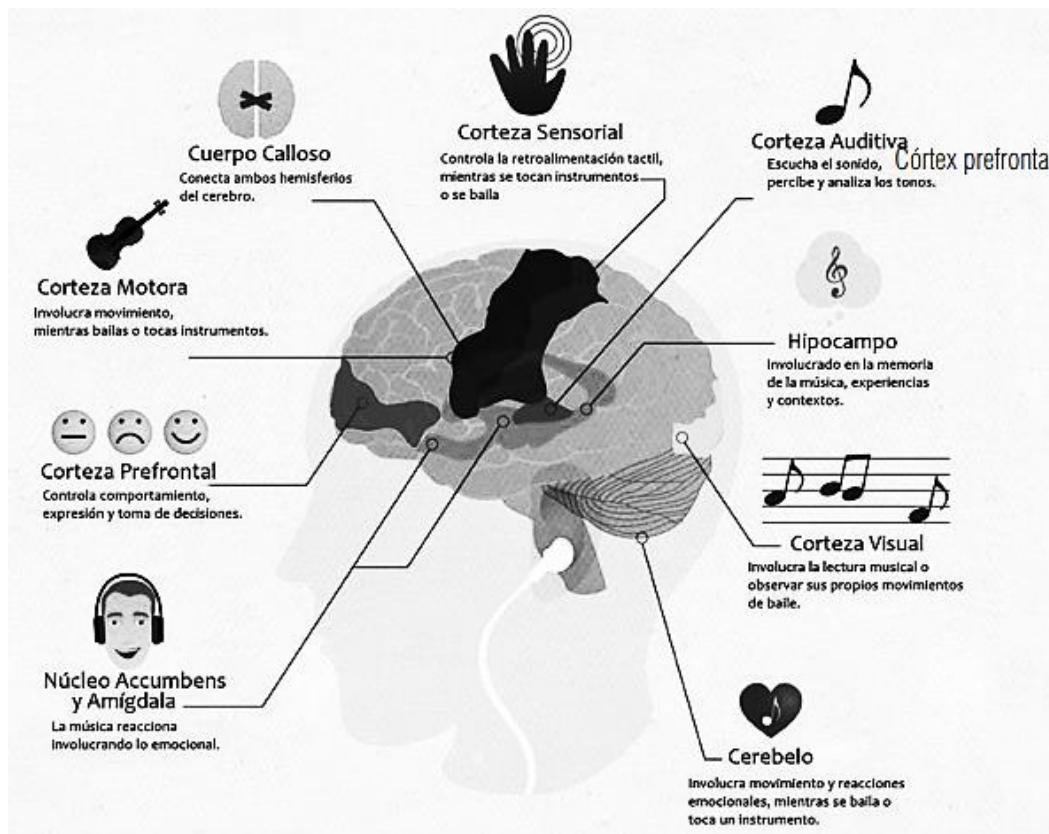
Sin embargo, en nuestro medio el tratamiento farmacológico sigue siendo de primera línea.

a) Abordaje no farmacológico

Dentro de estas terapias no farmacológicas, dos con mayor beneficio son:

- **Estimulación cognitiva:** el fin de esta estimulación es potenciar la neuroplasticidad, estimular la función cognitiva; dentro de las actividades que realizan para esta estimulación, están: ejercicios de papel y lápiz, talleres de memoria y ejercicios informáticos.
- **Musicoterapia:** produce efectos positivos en pacientes con problemas de conducta, especialmente en aquellos con tendencia a la agresividad. La finalidad es evocar y reforzar emociones positivas, al estimular la liberación de dopamina, ya que se sabe que la música actúa a nivel del circuito subcortical del sistema límbico, activando estímulos dopaminérgicos.

Imagen 6: Esquema del estímulo musical en el cerebro



Fuente: (Martínez Altabirra & Baz Rodríguez, 2021)

b) Abordaje farmacológico

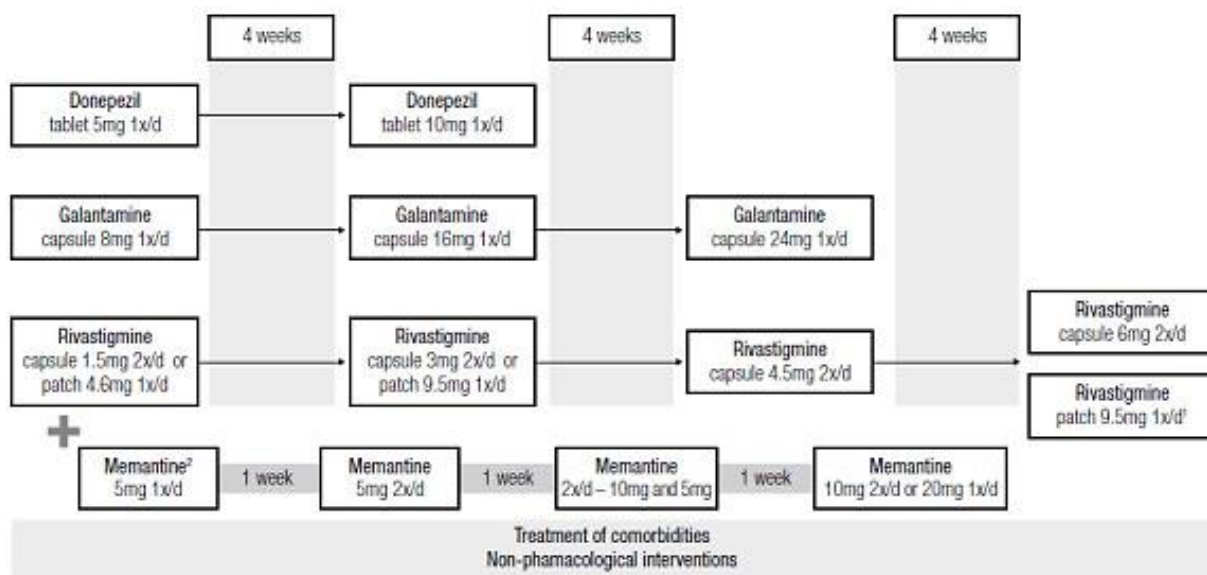
En la enfermedad demencial, se tratan los síntomas, y los inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa como donepezilo, rivastigmina y galantamina, son los fármacos disponibles; estos son los utilizados en los casos leves a moderados; mientras que en los casos severos debe combinarse con memantina, el cual es un antagonista de los receptores N-metil-D-aspartato.

Dentro de los aspectos importantes para valorar el tratamiento está el valorar los efectos secundarios que pueden ocasionar, así como la interacción que pueden tener con el tratamiento para otras comorbilidades tales enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y enfermedades renales.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Vértigo
- Inquietud
- Somnolencia
- Náuseas
- Cefalea
- Alucinaciones

Imagen 7: Algoritmo del manejo terapéutico de la demencia



Fuente: (Caramelli, y otros, 2022)

Ahora bien, dentro de los fármacos utilizados para tratar los síntomas conductuales, los utilizados son los antipsicóticos neurolépticos, tales como haloperidol, el cual es uno de los más efectivos para controlar la agresividad; sin embargo, también pueden utilizarse la risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpirida, ziprasidona y aripiprazol.

También son de uso frecuente el uso de antidepresivos y ansiolíticos, por lo que se recalca que el abordaje debe ser multidisciplinario e ir valorando titulación de medicamentos de acuerdo con la respuesta del paciente. (Martínez Altabirra & Baz Rodríguez, 2021) (Caramelli, y otros, 2022) (Fernández Domínguez, Hernández Gómez, Garrido Barral, & González Moneo, 2018)

2.3 Residencia del Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”

2.3.1 Misión y Visión

Proporcionar ayuda en sus actividades diarias y un acompañamiento o supervisión las veinticuatro horas del día.

2.3.2 Servicios

La residencia está diseñada para brindar los siguientes servicios:

- a. Retiro independiente: para aquellos adultos mayores que requieren poca asistencia en sus actividades de vida e instrumentales diarias.
- b. Retiro semindependiente: para personas con poca afectación cognitiva y requieren ayuda en solo algunas actividades de vida diaria.
- c. Retiro de vida asistida: diseñado para los que necesitan asistencia en todas sus actividades de vida diaria.
- d. Centro por día: para aquellos que solo desean salir de su rutina y pasar su día fuera de casa.
- e. Estadía temporal: para aquellos que temporalmente sus familiares no podrán cuidarlos, por razones de trabajo y/o viaje y deseen que el adulto mayor reciba cuidados de hogar.
- f. Programa de recuperación post lesión o post operatorio: se brinda cuidados para una favorable recuperación.
- g. Cuidado de memoria: se brindan los cuidados pertinentes para adultos mayores con deterioro cognitivo.
- h. Programa de enfermería a domicilio: con lo cual apoyan con asistencia capacitada en la comodidad del adulto mayor.

Dentro de los servicios del área de asistencia, se incluyen:

- Asistencia de enfermería y cuidadores capacitados
- Administración de medicamentos
- Terapias grupales ocupacionales
- Terapia física diaria

- Supervisión por parte del personal de atención las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana.

2.3.3 Equipo multidisciplinario

Su equipo de trabajo con vocación de servicio se conforma por:

- Médico geriatra
- Personal de enfermería
- Fisioterapeutas
- Terapista ocupacional
- Coordinadora de Calidad de Vida
- Ama de llaves y personal de limpieza
- Chef ejecutivo y personal de cocina
- Jefe de mantenimiento y personal de mantenimiento
- Personal administrativo

Fuente: (Casa de los Ángeles, s.f.)



Fuente: fotografía tomada por mí persona, en la Residencia para el Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”

CAPÍTULO III.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Métodos de investigación

3.1.1. Tipo de estudio:

Fue un estudio descriptivo observacional no experimental, en el cual se definieron características de los pacientes adultos mayores en cuanto a su estado clínico demencial.

3.1.2. Tipo de enfoque:

El enfoque fue cualitativo, ya que se describieron los signos y síntomas de los pacientes adultos mayores que cursan con algún síndrome demencial, cuál de estos es el más frecuente y su grado de severidad; mediante la recolección de los datos y por tanto son variables no medibles.

3.1.3. Según el momento en que se realizó la investigación:

Fue un estudio transversal, porque la información se recopiló en el lapso determinado de julio a diciembre del año 2024.

3.2. Técnicas:

Las técnicas de investigación fueron:

3.2.1. Síndrome demencial más frecuente en Adultos Mayores: los datos se recolectaron a través de revisión documental, utilizando específicamente los expedientes médicos.

3.2.2. Signos y síntomas de los pacientes con síndrome demencial: los datos fueron recolectados mediante revisión documental de expedientes médicos, donde describen la clínica demencial que presentan los pacientes, la evaluación médica realizada por investigadora, entrevista cara a cara al personal de enfermería; esta no se documentó.

3.2.3. Grado de severidad de los pacientes con algún síndrome demencial: para determinar el grado de severidad se utilizó la información referida a través de entrevista cara a cara al

personal de enfermería, quienes son los encargados de cuidar de estos pacientes y han evidenciado evolución clínica.

3.3. Instrumentos:

3.3.1. Síndrome demencial más frecuente en Adultos Mayores: se tabuló la información de expediente médico en una herramienta creada por la investigadora y, por tanto, esta no fue validada ya que se transcribió a conveniencia la información obtenida de las evoluciones médicas, específicamente. Anexo 3.

3.3.2. Signos y síntomas de los pacientes con síndrome demencial: se transcribió la información de hoja de ingreso, evoluciones médicas y notas de enfermería; así como los signos clínicos evidenciados en la evaluación médica realizada por investigadora, así como información referida por personal de enfermería en el instrumento de anexo 3.

3.3.3. Grado de severidad de los pacientes con algún síndrome demencial: la información fue recolectada mediante la Escala de Deterioro Global (GDS Fast), del neurólogo americano Barry Reisberg, el cual es un instrumento universal que permite determinar la severidad del síndrome demencial que cursa el paciente (desde normalidad GDS 1 a muy grave GDS 7), al clasificar en que estadio y fase se encuentra el paciente; abarca siete estadios y se determina de acuerdo a las características del estado cognitivo y funcionalidad. Este instrumento no se validará porque ha sido probado a nivel mundial por diversos estudios epidemiológicos. Anexo 1.

3.4. Cronograma de actividades

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño de investigación						
Revisión bibliográfica						
Diseño de instrumentos						
Validación de instrumentos						

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Levantamiento de información						
Ingreso y procesamiento de datos						
Entrega de investigación						

3.5. Recursos

3.4.1 Recursos humanos

- Investigador: Gabriela Samayoa
- Revisor: Lic. Silvia Estrada
- Sujetos de la investigación: pacientes adultos mayores a 60 años, que cursan con algún síndrome demencial y residen en la “Casa de los Ángeles”.
- Personal de la institución: enfermeras, jefa de enfermería.

3.4.2 Recursos materiales

3.4.2.1 Transporte: para la realización de la investigación fue necesario utilizar transporte para la movilización al lugar en donde se recolectó la información

3.4.2.2 Equipo de oficina: fue requerido equipo de oficina para la planificación, procesamiento y análisis de la información.

3.4.2.3 Insumos de oficina: los insumos de oficina requeridos fueron necesarios para la recolección de la información.

3.4.2.4 Internet: fue requerido para la recolección de la información.

3.4.2.5 Alimentación: se requirió alimentación durante los días de recolección de la información.

3.4.2.6 Combustible: para realizar la movilización durante el proceso de planificación, autorización de los lugares en donde se realizó la investigación, así como en la recolección de la información.

3.5.3 Recursos financieros

<i>Recurso</i>	Quetzales
<i>Equipo de oficina</i>	Q 500.00
<i>Insumos de oficina</i>	Q 150.00
<i>Internet</i>	Q 200.00
<i>Alimentación</i>	Q 500.00
<i>Combustible</i>	Q 300.00
TOTAL	Q 1650.00

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

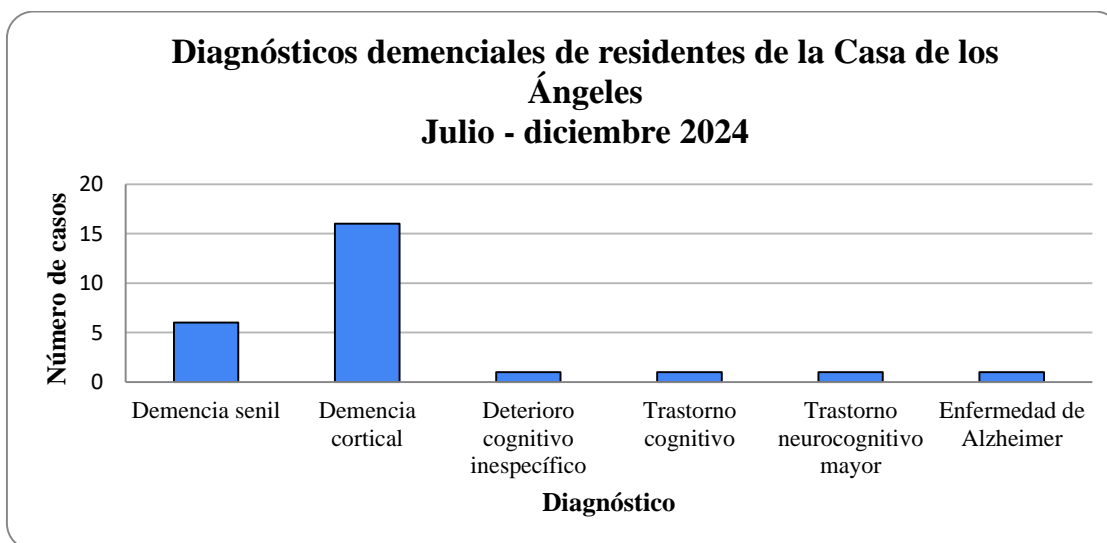
4.1 Resultados

La muestra fue de 26 pacientes, de un total de 30 residentes de la Casa de los Ángeles, ya que cuatro no cumplieron con criterios de inclusión, no fueron tomados en cuenta para este estudio. La media de edad de estos 26 residentes fue de 82 años, de los cuales el 50% fueron del género femenino y el otro 50%, masculino.

Síndrome demencial más frecuente en Adultos Mayores: de los veintiséis pacientes demenciales que residen en la Casa de los Ángeles, el 62% de los residentes cursan con una demencia cortical, lo cual es equivalente a 16 residentes, como se muestra en el gráfico no 1. Estos diagnósticos en la mayoría de los casos fueron establecidos por médicos privados, previo a su ingreso a la Residencia.

Esta información fue extraída tanto de la hoja de admisión, como las evoluciones médicas de los expedientes médicos.

Gráfico 1: Diagnósticos demenciales

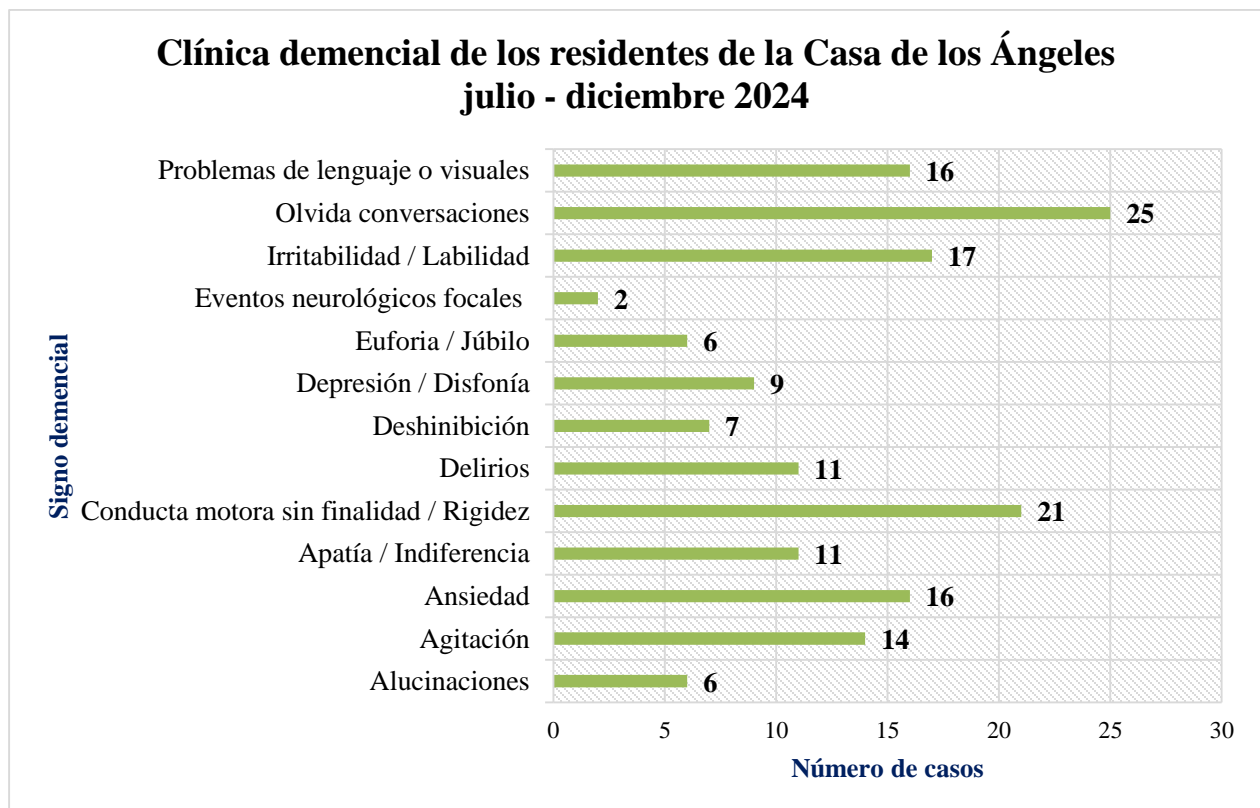


Fuente: elaboración propia.

Signos y síntomas de los pacientes con síndrome demencial: Con base a lo referido en expediente médico, personal de enfermería y lo evidenciado en la evaluación médica, se determinó que los signos más frecuentes de los residentes con síndrome demencial son los que se visualizan en el gráfico no. 2; donde el más frecuente es el olvido de conversaciones, el cual lo presentan el 96% de los residentes, seguido de la presencia de rigidez, especialmente en miembros inferiores, lo que imposibilita o dificulta la marcha, así como practicar alguna actividad motora sin una finalidad, lo cual lo presentan el 81% de los residentes y en tercer lugar más frecuente se evidenció la presencia de irritabilidad/labilidad, con un 65%.

Mientras que el signo menos frecuente es la presencia de eventos neurológicos focales, el cual está presente solo en 2 residentes y presentan específicamente parálisis facial periférica.

Gráfico 2: Clínica demencial

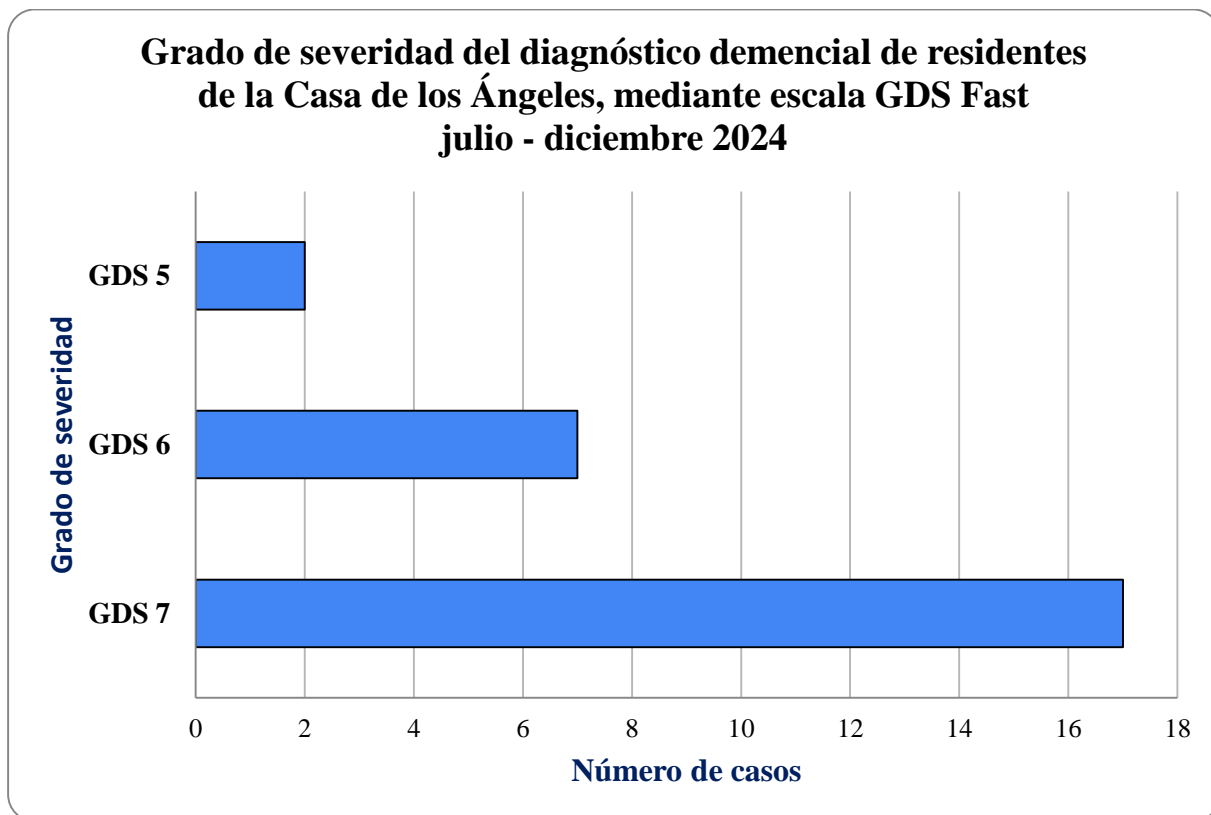


Fuente: elaboración propia.

Grado de severidad de los pacientes con algún síndrome demencial: los tres grados prevalentes en los residentes diagnosticados con algún síndrome demencial, fueron grado 5, 6 y 7, de la escala GDS Fast, siendo el más prevalente el grado 7, el cual es grado de mayor severidad, clasificado como demencia grave, en el cual hay una pérdida progresiva de la capacidad para hablar, así como necesita ayuda para llevar a cabo sus actividades básicas de vida diaria, como comer y caminar, y por tanto dependiente totalmente de otra persona.

Este grado de severidad, fue clasificado en 17 residentes, correspondiente al 65% de la muestra, mientras que el grado 5, representó el 8%. Gráfico no. 3.

Gráfico 3: Grado de severidad del diagnóstico demencial



Fuente: elaboración propia.

4.2 Discusión

A pesar que la clasificación por edad de los síndromes demenciales (senil o no senil) ya no se utilizan, se observó que seis residentes están diagnosticados como dementes seniles; y si bien la enfermedad de Alzheimer es de las más frecuentes, en este estudio solo un residente está diagnosticado con este tipo de demencia, y de los diagnosticados con demencia cortical, los cuales representan el mayor porcentaje, no nos indican si son secundarios o no a enfermedad de Alzheimer u otro factor causal.

Las características clínicas de la demencia cortical (la cual fue la más frecuente), son rigidez, torpeza y problemas visuales o de lenguaje; lo cual concuerda con lo evidenciado en este estudio, ya que la rigidez y conductas motoras sin una finalidad, representó el segundo signo más frecuente, encontrado en 21 pacientes.

Mientras que el deterioro en la memoria reciente, olvidar lo escuchado, leído o hablado, así como repetir lo mismo, son de las características iniciales de la enfermedad demencial, siendo esta característica la más frecuente en los pacientes estudiados, ya que 25 cumplieron con esta característica. Este dato es importante, ya que es un parámetro altamente sospechoso de enfermedad demencial y el identificarlo en etapas tempranas y que el paciente reciba tratamiento oportuno, es clave para desacelerar la rápida progresión de la enfermedad.

El desacelerar la enfermedad es de suma importancia, ya que como bien se expuso anteriormente en los resultados, en este estudio se evidenció que más del 60% de los residentes, cursan con el grado máximo de severidad de la enfermedad, lo cual los hace dependientes totales para cuidados y asistencia en las actividades básicas e instrumentales de vida diaria, lo cual es impactar significativamente la calidad de vida del paciente, que es justamente lo que se trata de evitar al diagnosticar y tratar desde etapas iniciales.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- 5.1.1 El síndrome más frecuente de los residentes estudiados de la Residencia para el Adulto Mayor Casa de los Ángeles fue la demencia cortical, la cual sufren 16 residentes, representando el 62%.
- 5.1.2 La caracterización clínica más frecuente es aquella que implica cambios conductuales y motores, así como déficit de memoria; siendo este último el principal signo evidenciado, ya que lo presentan 25 de los 26 pacientes estudiados, seguido por rigidez y conducta motora sin finalidad, la cual está presente en 21 pacientes y dentro de los cambios conductuales la irritabilidad/ labilidad es el signo más frecuente.
- 5.1.3 Todos los residentes están dentro de las clasificaciones GDS 5, 6 y 7, los cuales son los tres grados más severos, siendo demencia grave (GDS 7), el que representa el 65% de los casos, el cual es característico por necesitar ayuda para llevar a cabo todas las actividades básicas e instrumentales de vida diaria; es decir, presenta dependencia total ya que hay pérdida de la capacidad verbal, incontinencia, necesidad de ayuda para moverse, asearse y alimentarse.

5.2 Recomendaciones

- 5.2.1 Se recomienda que se indague más con la familia y/o cuidador o responsable del residente, el factor causal de la enfermedad, a manera de tener un diagnóstico más específico y que permita orientar de mejor manera al optar por un tratamiento y manejo integral del paciente.
- 5.2.2 Realizar secuencialmente escalas geriátricas que permitan conocer la evolución de la enfermedad demencial, así como síndromes geriátricos que permitan conocer qué otros problemas médicos sufren los residentes y por tanto abordarlos dentro del plan terapéutico.

CAPÍTULO VI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enriquez Wilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (2014). *Concepción del adulto mayor*. Bogotá: Universidad del Rosario.
2. Bratsberg, B., Fjell, A., Rogeberg, O., Skirbekk, V., & Walhovd, K. (1 de Octubre de 2024). *Pubmed*. Obtenido de Differences in cognitive function at 18 y of age explain the association between low education and early dementia risk: DOI: 10.1073/pnas.2412017121
3. Caramelli, P., Marinho, V., Laks, J., Della Coletta, M. V., Stella, F., Camargos, E. F., (2022). *Tratamiento de demencia: recomendacions del Departamento Científico de Neurología Cognitiva y del Envejecimiento de la Academia Brasileña de Neurología*. San Paulo: Scielo. doi:10.1590/1980-5764-DN-2022-S106PT
4. Casa de los Ángeles. (s.f.). *Casa de los Ángeles*. Obtenido de Casa de los Ángeles: <https://casadelosangeles-alz.com/>
5. Comité Nacional de Protección a la Vejez. (2015). *Política Nacional de Atención Integral a las personas adultas mayores en Guatemala período 2018-2032*. Guatemala: CONAPROV. Obtenido de <https://ecursos.segeplan.gob.gt/CAPP/documentos/84/POLITICA%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES%20%20VERSION%20FINAL%20DICIEMBRE%202.pdf>
6. Custodio , N., Becerra Becerra, Y., Alva Diaz, C., Montesinos, R., Herrera Pérez, E., Cuenca Alfaro, J., . . . Castro Suárez, S. (2017). *Validation and diagnostic accuracy of the Global Deterioration Scale (GDS) to establish severity of dementia ina population of Lima*. Lima: Rev Ces Med.
7. Fernández Domínguez, M. J., Hernández Gómez, M., Garrido Barral, A., & González Moneo, M. (2018). *Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento*

- farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores.* Elsevier. doi:10.1016/j.aprim.2018.09.003
8. Fundación Pasqual Maragall. (13 de Marzo de 2020). *fpmaragall.org*. Obtenido de <https://blog.fpmaragall.org/escala-fast>
 9. Hernández Ulloa, E., Llibre Rodríguez, J. d., Bosh Bayard, R., & Zayas Llerena, T. (01 de Sep de 2021). *Prevalence and Risk Factors of Dementia Syndrome in Elderly People*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300005#:~:text=El%20objetivo%20de%20este%20trabajo%20fue
 10. Instituto Nacional de Estadística de Guatemala. (2019). *Resultados Censo 2018: XII Censo Nacional de población y VII de Vivienda*. Guatemala: INE. Obtenido de https://censo2018.ine.gob.gt/archivos/resultados_censo2018.pdf
 11. Ling, Y., Yuan, S., Huang, X., Tan, S., Cheng, H., Li, L., . . . Lyu, J. (1 de Octubre de 2024). *PubMed*. Obtenido de Association between probable sarcopenia and dementia risk: a prospective cohort study with mediation analysis: doi: 10.1038/s41398-024-03131-3.
 12. Martínez Altabirra, C., & Baz Rodríguez, P. G. (2021). *Guía de manejo de las demencias en Atención Primaria*. Madrid: YOU & US. Obtenido de <https://semergen.es/files/docs/grupos/neurologia/guiaDemencias.pdf>
 13. Millán Calenti, J. C. (2006). *Principios de Geriátría y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill.
 14. Moreno Noguez, M., Castillo Cruz, J., García Cortés, L. R., & Gómez Hernández, H. R. (2023). *Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal*. México: Rev Med Inst Mex Seguro Soc. doi:10.5281/zenodo.8319815
 15. Norwitz, N., Saif, N., Estrada Ariza, I., & Isaacson, R. (19 de Abril de 2021). *Precision nutrition for Alzheimer's prevention in ApoE4 Carriers*. National library of medicine. doi:10.3390/nu13041362
 16. Olazarán, J. (2011). *¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria?* National Library of Medicine. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.004

17. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Directrices de la OMS para la reducción de deterioro cognitivo y demencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583455/>
18. Quintanar Guzmán, A. (Noviembre de 2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF. Actopan, Hidalgo, México. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
19. Rodríguez Leyva, I. (2015). *Guías prácticas del manejo de las demencias*. México: Academia Mexicana de Neurología. Obtenido de ISSN 1665-5044
20. Sánchez Benítez, M., & Guevara de León, T. (12 de Mayo de 2015). *Dementia syndrome in elderly adults*. Scielo. Obtenido de Dementia syndrome in elderly adults: ISSN 1029-3043

CAPÍTULO VII.

ANEXOS

Anexo No. 1: Escala de Deterioro Cognitivo (GDS Fast)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro limite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse, específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal 	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diario frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: <ol style="list-style-type: none"> a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida 	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

Anexo No. 2: Mini Mental State Examination (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

Anexo No. 3: Instrumento para tabular información de diagnóstico y clínica demencial



UNIVERSIDAD GALILEO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
 INVESTIGACIÓN

Caracterización clínica de pacientes Adultos Mayores de 60 años con algún síndrome demencial de la Residencia para el Adulto Mayor “Casa de los Ángeles”, ubicada en la Aldea de Choacorrall, San Lucas Sacatepéquez, durante el período de julio a diciembre de 2024

Investigador: Ana Gabriela Samayoá Hernández

No.	Nombre Completo	Edad	Tipo de síndrome demencial	Clínica demencial														
				Alucinaciones	Agitación	Ansiedad	Apatía / Indiferencia	Conducta menor sin finalidad / Repetir	Delirios	Desinhibición	Depresión / Drafonia	Euforia / Júbilo	Eventos neurológicos focales	Irritabilidad / Labilidad	Olvío conversaciones	Problemas de lenguaje o visuales		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		