



Tesis colectiva

Presentado por:

Bryan Eli Garcia Zamorano

Jesús Antonio Guzmán Pérez

Tesis para obtener el título de licenciatura en enfermería

TÍTULO

**“DETERIORO DE LA CAPACIDAD NEUROLÓGICO EN ADULTO
MAYOR”**

ASESOR:

E.E.C.C Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Enero – abril 2025

ÍNDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I. Fundamentación.....	6
I.II Planteamiento del problema.....	6
I.II. Justificación	11
I.III. Objetivos.....	13
I.III. I. General:	13
I.III. II. Especifico:.....	13
CAPITULO II. Marco teórico	14
II.I. Marco Histórico	14
II.II. Marco Referencial.....	59
II.III. Marco Conceptual	64
II.IV. Marco Legal	67
CAPITULO III. Diseño Metodológico	79
III.I Tipo de estudio.....	79
III.II. Universos y muestras.....	79
III.III. Criterios de: Inclusión, no inclusión y exclusión	80
III.IV. Instrumentos de recolección de la información	81
III.V. Tratamiento de la información.....	83
CAPITULO V. Resultados	87
CONCLUSIONES	89
REFERENCIAS:.....	90
ANEXOS.....	93

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios que nos ha brindado la dicha de poder seguir adelante a pesar de la adversidad del mundo, permitiéndonos proseguir con su mandato de poder ayudar a prójimo.

A mi asesor de tesis el Lic. Marcos Jhodany Arguello Gálvez por su guía y apoyo constante durante todo el proceso de investigación.

DEDICATORIAS

A nuestras familias que sin sus apoyos no podríamos haber proseguido, ya que sus palabras de animo nos inspiraron a seguir adelante cuando pensábamos rendirnos, sin ellos no se habría podido llegar a esta cúspide ya que sus sacrificios, anhelos y deseos hacia nosotros para que nos fuere bien han dado frutos y así poder enorgullecerlos.

INTRUDUCCION

CAPITULO I. Fundamentación

I.II Planteamiento del problema

El deterioro cognitivo se refiere a la disminución de la capacidad de recordar cosas rutinarias a corto y largo plazo, esto puede perjudicar a todas las personas, todos estamos expuestos a tener una mala memoria claro, pero esta vez nos enfocaremos en adultos mayores, ya que ellos están más expuestos, ya que a lo largo de su vida pudieron tener malos hábitos, como uso de alcohol, drogas, cigarrillo, uso de estupefacientes también puede ser genético, así afectando el sistema nervioso central, causando pérdida de memoria, afectando crucialmente, al estado emocional, como el estrés, regulación del estado de ánimo, regulación del ciclo del sueño, así como también pérdida de la noción del tiempo, nombres de sus familiares esto a nivel mundial se estima de forma muy significativa ya que hay total deterioro, y según OMS no hay disminución para el 2025, la cantidad de personas que viven con demencia a nivel mundial se espera que aumente a más de 70 millones, este aumento se debe principalmente al envejecimiento de la población global.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que más de 55 millones de personas en el mundo viven con demencia, que es una de las formas más graves de deterioro cognitivo. Además, se espera que este número aumente significativamente en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población

mundial, alcanzando los 139 millones para el año 2050 si no se implementan medidas efectivas de prevención y tratamiento. (Prince Martin David, 2013)

Mediante una investigación exhaustiva pudimos recopilar información de distintos países de América latina, teniendo en cuenta que la mayoría de los lugares que se realizaron son zonas más urbanas donde se puede tener información más sistematizada donde tiene que ver la participación de la población, así q la mayoría de los datos estadísticos son de las personas participantes según la información que nos brindó la asociación panamericana (PAN).

Sin embargo, estos estudios abarcaron solamente 11 de los 33 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, 6 Jamaica, México, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, y Venezuela [República Bolivariana de]) y se concentraron en tres: Brasil (n = 6), México (n = 4) y Cuba (n = 3). (Washington, D.C., 2023, p. 25).

Otros factores que afectan a los datos generales son la organización de los distintos países, ya que estos tienen distintos sistemas de aplicación para las áreas asignadas sin incluir q en su mayoría de estos no cuentan con la información precisas para hacer un conteo generalizado con las afecciones a personas mayores al igual que su deterioro en las capacidades cognitivas.

La prevalencia y la incidencia de la demencia aumentan exponencialmente con la edad y son mayores en las mujeres y en las personas de entornos rurales en comparación con las de zonas urbanas. En el estudio de la carga mundial de enfermedad se estimó que había 4,5 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en el 2019, de las cuales 4,1 millones tenían 60 años o más (IC del 95%: 3,6–4,8). Según la previsión del estudio de carga mundial de enfermedad, el número de personas con demencia en América Latina y el Caribe alcanzará los 13,7 millones de casos para el 2050, lo cual corresponde a un aumento del 205% y el doble del aumento previsto para América del Norte (Estados Unidos de América y Canadá) en comparación con el 2019. (Washington, D.C., 2023, p. 25).

Para tener un panorama más amplio de esta afección neurológica degenerativa en México, tenemos que tener en cuenta los distintos entornos del país al igual que los estilos de vida de la población en general con costumbres y creencias arraigadas a ellas.

grupo de edad con mayor incidencia para deterioro cognitivo fue el de 60 a 70 años con 68 (54%), se obtuvo una chi-cuadrada de Pearson desde <0.01 (tabla 1). Los participantes masculinos con presencia de deterioro cognitivo fueron 38 (18.4%), el género femenino 88 (42.7%). Se recabó una chi-cuadrada de Pearson de 0.22, la estimación de riesgo para deterioro cognitivo fue del 1.21 en el género masculino y 1.30 para el femenino. (Pérez-García Lilian, 2023, p. 10).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. - Durante la quinta reunión del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento se expuso que la demencia, el infarto cerebral y la discapacidad son temas que se deben atender con oportunidad para proveer una calidad de vida saludable a la población adulta mayor de 60 años o más.

De esta manera, especialistas del sector salud establecieron que, si el deterioro cognitivo leve y la demencia son tratados a tiempo, se puede ofrecer una mejor calidad de vida; lo mismo ocurre con el evento vascular cerebral, que, si se detecta de forma temprana y se brinda tratamiento oportuno, mejora el pronóstico y disminuyen las secuelas.

Por lo tanto, aproximadamente 13,859 personas en Chiapas podrían tener algún grado de deterioro cognitivo. Es importante destacar que esta es una estimación general y que la prevalencia real podría variar. Para obtener datos más precisos, se requieren estudios epidemiológicos específicos en la región. (Santos Adrián, 2020).

El deterioro neurológico en el adulto mayor es un proceso común que afecta a muchas personas en la tercera edad, y se caracteriza por una disminución progresiva de las funciones cognitivas, motoras y sensoriales. Este deterioro puede ser causado por diversas condiciones, como el envejecimiento normal, enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer y Parkinson accidentes cerebrovasculares, entre otras. Esto representa un desafío importante para los adultos mayores y es esencial

diagnosticarlo a tiempo para llevar a cabo el tratamiento adecuado para promover una calidad de vida adecuada, en base a lo anterior nos hacemos a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el deterioro neurológico en el asilo de ancianos de Comitán de Domínguez?

Pregunta de investigación

¿Cuál es el deterioro neurológico en el asilo de ancianos de Comitán de Domínguez?

I.II. Justificación

El deterioro cognitivo es un tema crucial en la salud pública y en la investigación médica debido a sus múltiples implicaciones tanto para los individuos como para las sociedades en general.

El deterioro cognitivo afecta profundamente la capacidad de los individuos para realizar actividades diarias, lo que reduce su calidad de vida. Las personas que experimentan pérdida de memoria, dificultades de concentración y otros problemas cognitivos pueden volverse dependientes de otros, lo que afecta su bienestar emocional y social. El deterioro cognitivo es un factor central en el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y otras demencias. La identificación temprana de los síntomas puede ayudar en la implementación de estrategias preventivas o terapéuticas que retrasen la progresión de estas enfermedades. El deterioro cognitivo conlleva una carga económica significativa debido al gasto en atención médica, tratamientos y cuidados a largo plazo. Además, implica una reducción en la capacidad laboral de la persona afectada, lo que puede tener un impacto negativo en la productividad y en la economía de los países.

La investigación en torno al deterioro cognitivo permite desarrollar intervenciones que podrían ayudar a prevenir o retrasar su aparición. Estrategias como el ejercicio físico, la estimulación cognitiva y una dieta saludable pueden ser herramientas importantes para mejorar la salud cerebral. y el envejecimiento de la población mundial, el deterioro cognitivo se está convirtiendo en una preocupación creciente. La prevalencia de

trastornos cognitivos aumenta con la edad, lo que hace aún más importante abordar este tema en términos de salud pública.

Es importante mencionar que el transcurso de la vida vamos creciendo conforme a las situaciones que se nos vayan planteando, la mayoría de las personas tienen familias donde en su gran mayoría cuentan con una persona mayor, que en su momento esa persona aportó a la familia grandes momentos y situaciones creando un gran sentimiento y vínculo entre todas las personas que ha conocido al igual que los familiares, aquí la importancia de darle el cuidado y respeto que se merece por todos los años que sirvió las personas que ama, la mayoría de las enfermedades de deterioro neurológico se debe a la edad junto con otras enfermedades relacionadas, y las personas más afectadas son los adultos mayores de nuestras familias, de allí la importancia de informar a las personas cercanas sobre esto para darles una idea de lo que van a pasar o se acerca dándoles la oportunidad tanto al paciente como el familiar un panorama previo para poder tratar o controlar dicha enfermedad dándole un tratamiento adecuado antes de que este vaya progresando y en dado caso de que este no se pueda detener hay que darle el mayor trato posible para que esa persona se vaya con dignidad e integridad ante las personas y familiares que lo rodean.

I.III. Objetivos

I.III. I. General:

conocer el grado del deterioro de la capacidad neurológico en el adulto mayor en el asilo de ansíanos de Comitán de Domínguez

I.III. II. Especifico:

- Analizar la calidad de vida en el adulto mayor para garantizar el cuidado digno y adecuado del pasiente.
- Establecer un índice de edad de los pacientes con deterioro cognitivo en los servicios del asilo de ancianos de Comitán de Domínguez.
- Identificar los factores de riesgo que influyen en el deterioro cognitivo en el adulto mayor

CAPITULO II. Marco teórico

II.I. Marco Histórico

II.I.I Definición

No todas las personas con demencia experimentan los mismos síntomas, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del individuo antes de vivir con la demencia. En la actualidad no existe ningún tratamiento para curar la demencia o para alterar su curso progresivo.

La demencia no afecta exclusivamente a las personas mayores, a pesar de que la edad es el factor de riesgo más fuerte para la aparición de la demencia. Las investigaciones han demostrado que mantener un estilo de vida físicamente activo, llevar una dieta saludable, participar en actividades sociales y evitar comportamientos que comprometan la salud, como fumar y consumir alcohol en exceso, puede reducir el riesgo de demencia.

La demencia está infradiagnosticada en todo el mundo y, si se diagnostica, suele ser en una fase relativamente tardía del proceso de la enfermedad. Esta falta de concienciación sobre la demencia da lugar a la estigmatización y a barreras para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

A las personas con demencia también se les niegan con frecuencia sus derechos humanos básicos en las residencias y en los centros de atención de agudos. Un entorno que garantice la máxima calidad de los cuidados y el respeto es esencial para mejorar la vida de las personas con demencia, sus familias y sus cuidadores. (OPS, 2018).

El deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación. Este síndrome amerita una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto. (guías de práctica clínica: IMSS-144-08, 2012).

II.I.II Clasificación

II.I.II.I Tipos de deterioros cognitivos y síntomas

II.I.II.I.I Deterioro cognitivo leve

El deterioro cognitivo leve (DCL) es una condición que afecta a la memoria y el pensamiento de una persona más de lo normal para su edad, pero no tanto como para interferir con sus actividades diarias. No es lo mismo que la demencia, pero puede aumentar el riesgo de desarrollarla en el futuro. ¡Algunas posibles causas del deterioro cognitivo leve son el envejecimiento, la genética, ciertas enfermedades o lesiones cerebrales!

Algunos signos y síntomas del deterioro cognitivo leve son:

- Perder cosas con frecuencia.
- Olvidar citas o eventos importantes.
- Tener dificultad para encontrar las palabras adecuadas.
- Tener problemas para seguir conversaciones o instrucciones complejas.
- Tener cambios de humor o depresión.

El deterioro cognitivo leve fue el tema del Primer Simposio Clave, celebrado en Estocolmo (Suecia) del 2 al 5 de septiembre de 2003 con el apoyo de la Real Academia Sueca de las Ciencias y el Journal of Internal Medicine. El objetivo del simposio era integrar las perspectivas clínica y epidemiológica en la discusión de los conceptos actuales del DCL e identificar las cuestiones pertinentes para

futuras investigaciones. Durante el primer día y medio, tres expertos debatieron cinco temas: un ponente principal y un ponente clínico y epidemiológico.

Los temas abarcaron la presentación clínica, los perfiles cognitivos, la genética, la neuroma-gen y los biomarcadores. A continuación, se celebró una jornada de debate sobre los temas con los ponentes, ¿los conferenciantes, los presidentes y el Comité Científico del simposio?

El término DCL se utiliza generalmente para referirse a una zona de transición entre la función cognitiva normal y la enfermedad de Alzheimer (EA) clínicamente probable. Aunque muchos investigadores han sugerido y utilizado diversos criterios para definir el deterioro cognitivo, son esencialmente comunes en cuanto a su objetivo y marco teórico en el sentido de que se refieren a personas no dementes con déficits cognitivos medibles de una forma u otra, y representan un síndrome clínico que puede utilizarse para clasificar a personas que no cumplen el diagnóstico de demencia, pero que tienen un alto riesgo de evolucionar a un trastorno demencial. A medida que se ha ido ampliando la bibliografía sobre el DCL, ha habido cierta confusión sobre los límites específicos del trastorno.

Otros autores clasifican directamente el DCL como amnésico o no amnésico

Tipo amnésico: afecta de forma característica al área de la memoria, sobre todo la episódica (capacidad para aprender y retener información nueva). Es el más frecuente y el que de forma más habitual evoluciona a enfermedad de Alzheimer (EA). En ocasiones también pueden alterarse otras áreas cognitivas: DCL tipo amnésico de múltiples dominios.

→ Tipo no amnésico: predomina el deterioro en cualquiera de las otras zonas cognitivas más que en la memoria, de forma aislada o de varias a la vez (DCL tipo no amnésico de múltiples dominios). En estos casos la evolución puede ser a otras formas de demencia en función del área más afectada: demencia frontotemporal, afasia progresiva primaria o demencia por cuerpos de Lewy. (SEFAC, 2015).

II.I.II.II Deterioro cognitivo leve

Un deterioro cognitivo de grado medio o demencia leve se caracteriza por una considerable **desorientación en la percepción espacial y temporal**. Asimismo, suele ocurrir que la persona olvide los nombres de sus allegados o que manifieste **problemas de memoria reciente**, además de algunos **cambios** en su **estado de ánimo**, como una mayor irritabilidad, por ejemplo. Por lo tanto, en una demencia leve las capacidades cognitivas se empiezan a resentir de una forma más marcada. El envejecimiento es un proceso universal, continuo, heterogéneo, de carácter lento y complejo. Durante el mismo, el gradual deterioro de las capacidades funcionales hace a los individuos, debido a la pérdida de capacidad homeostática, particularmente susceptibles y

vulnerables ante una gran variedad de alteraciones patológicas. La heterogeneidad se puede abordar tanto desde el punto de vista filogenético como ontogénico. Esta notable variabilidad interindividual e intraindividual con respecto a la velocidad y cantidad del envejecimiento resulta de una compleja interacción entre genética, medio ambiente y factores estocásticos.

El envejecimiento del cerebro muestra cambios característicos que plantean la cuestión de si representan aspectos menores del envejecimiento, que no afectan considerablemente a su función, o si son precursores de trastornos neurodegenerativos. El encéfalo, desde el punto de vista neural, es un órgano complejo, aunque sabemos que en determinadas regiones persisten fenómenos neurogénicos. Como consecuencia de esta característica, cuando las neuronas se pierden por cualquier causa, son difícilmente recuperables, por lo que el número total de neuronas y el peso global del encéfalo disminuye de forma progresiva con el envejecimiento. A partir de los 60 años de edad el cerebro pierde de 2 a 3 g de peso anualmente. Estos cambios morfológicos generales también se atribuyen a modificaciones en la sustancia blanca de las regiones filogenéticamente más evolucionadas. Los estudios recientes de neuroimagen realizados a personas vivas, sin embargo, no son tan concluyentes, la variabilidad es importante y muchos ancianos no presentan cambios significativos desde el punto de vista macroscópico

También es importante considerar no solo el número de neuronas, sino lo que ocurre durante el envejecimiento con la arborización dendrítica neuronal y la densidad de espinas, sustrato morfológico de los contactos sinápticos. La neuroplasticidad (posibilidad de incrementar el árbol dendrítico, las espinas y los contactos sinápticos) no se pierde con el envejecimiento. Hace más de 30 años se pudo comprobar que la preservación del fenómeno de neuroplasticidad continuaba presente en la corteza del hipocampo de octogenarios y, sin embargo, desaparecía en ancianos con deterioro cognitivo.

Una característica importante de la organización funcional del cerebro es la presencia de un conjunto de ejes de redes neuronales interconectadas y altamente funcionales, como la ínsula, la corteza cingulada anterior y posterior, la corteza frontal superior y la corteza prefrontal medial. Estos ejes son también la estructura de la base neurocognitiva de redes funcionales, tales como la red de modo por defecto, la red ejecutiva central y la red de prominencia, indispensables para las funciones cognitivas superiores.

Las interrupciones relacionadas con la edad que aparecen en la conectividad entre estas zonas cerebrales producen efectos perjudiciales sobre la memoria episódica y las funciones ejecutivas en los adultos mayores, subrayando la

importancia que esas redes de conectividad neural tienen en la comprensión del envejecimiento cerebral normal.

II.I.II.III Demencia moderada

Durante la etapa de demencia moderada por enfermedad de Alzheimer, las personas se confunden más y se vuelven más olvidadizas, y comienzan a necesitar más ayuda con las actividades diarias y el cuidado personal. Las personas que se encuentran en la etapa de demencia moderada por enfermedad de Alzheimer pueden: **Mostrar un juicio cada vez más insuficiente y una confusión cada vez más profunda.** Los individuos pierden la noción de dónde están, el día de la semana o la estación. Pueden confundir a los miembros de la familia o a los amigos cercanos entre sí, o confundir a los desconocidos con la familia. Pueden deambular, posiblemente en busca de un entorno que les resulte más familiar. Estas conductas hacen que sea inseguro dejarlos solos Presentar una pérdida de memoria aún mayor. Las personas pueden olvidar detalles de su historia personal, como su dirección o número de teléfono, o a qué escuela fueron. Repiten sus historias favoritas o inventan historias para llenar los vacíos en la memoria. Necesitar ayuda con algunas actividades diarias. Pueden necesitar ayuda para elegir la ropa apropiada para la ocasión o el clima, y para bañarse, asearse, usar el baño y otros cuidados personales. Algunas personas pierden ocasionalmente el control de los esfínteres. Mostrar cambios significativos en su personalidad y conducta. No es raro que las personas en la etapa de demencia moderada desarrollen sospechas infundadas, por ejemplo,

podrían convencerse de que sus amigos, familiares o cuidadores profesionales les están robando, o pueden acusar a su cónyuge de tener una aventura. Otras pueden ver u oír cosas que no son reales

II.I.II.IV Demencia grave a causa de la enfermedad de Alzheimer

En la etapa avanzada de la enfermedad, llamada demencia grave por enfermedad de Alzheimer, la función mental continúa deteriorándose, y la enfermedad perjudica cada vez más el movimiento y las capacidades físicas.

En la etapa avanzada de la demencia grave por enfermedad de Alzheimer, las personas suelen: Perder la capacidad para comunicarse. Las personas ya no pueden conversar o hablar de una manera que tenga sentido, aunque ocasionalmente puedan decir palabras o frases.

Requerir asistencia diaria con el cuidado personal. Esto incluye asistencia total para comer, vestirse, usar el baño y todas las demás tareas diarias de cuidado personal.

Notar el deterioro de sus capacidades físicas. Las personas en esta etapa pueden ser incapaces de caminar, sentarse o mantener la cabeza levantada sin ayuda. Los músculos pueden volverse rígidos y los reflejos anormales. Con el

tiempo, la persona pierde la capacidad para tragar y controlar las funciones de la vejiga y del intestino.

Índice de progresión durante las etapas de la enfermedad de Alzheimer

La tasa de evolución de la enfermedad de Alzheimer varía ampliamente. En promedio, las personas con enfermedad de Alzheimer viven entre 3 y 11 años después del diagnóstico, pero algunas viven 20 años o más. El grado de deterioro en el momento del diagnóstico puede afectar la expectativa de vida. Los factores de riesgo vascular no tratados, tal como la hipertensión, se asocian con una velocidad de progresión más rápida de la enfermedad de Alzheimer.

La neumonía es una causa común de muerte debido a que la deglución deficiente permite que los alimentos o las bebidas ingresen a los pulmones, donde puede comenzar una infección. Otras causas comunes de muerte incluyen deshidratación, malnutrición, caídas y otras infecciones.

II.I.II.V Demencia grave

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la primera causa de demencia neurodegenerativa a nivel mundial y supone un problema sanitario de primer orden. En estos momentos, se estima que 40 millones de personas en el mundo padecen una demencia atribuible a la EA y se prevé que esta cifra aumente de forma exponencial en las próximas décadas'. Esto se debe al envejecimiento

progresivo de la población, que expone a una proporción cada vez mayor de personas al riesgo de desarrollar una demencia neurodegenerativa. Como consecuencia, en los próximos 20 años se espera que la prevalencia de la demencia debida a la EA se doble, Los estudios epidemiológicos permiten estimar la prevalencia e incidencia de la EA.

¿Constituyen, por lo tanto, una herramienta esencial para el desarrollo y ajuste de las políticas de salud pública destinadas a hacer frente a esta epidemia? Sin embargo, existen numerosos factores que, por un lado, dificultan la realización, y por otro limitan la interpretación de los estudios epidemiológicos en la EA:

La demencia es un síndrome que puede deberse a una serie de enfermedades que, con el tiempo, destruyen las células nerviosas y dañan el cerebro, lo que generalmente conduce al deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico. Si bien la conciencia no se ve afectada, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación.

La demencia tiene consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, no solo para las personas que viven con la enfermedad, sino también para sus cuidadores, las familias y la sociedad en general. A menudo hay una falta de concienciación y de comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para el diagnóstico y la atención.

La demencia es un término que engloba varias enfermedades que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas. La enfermedad empeora con el tiempo. Afecta principalmente a las personas de edad, pero no todas las personas la contraerán conforme envejecen. Entre los factores que aumentan el riesgo de sufrir demencia cabe destacar: La demencia es un síndrome que puede deberse a una serie de enfermedades que, con el tiempo, destruyen las células nerviosas y dañan el cerebro, lo que generalmente conduce al deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico. Si bien la conciencia no se ve afectada, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación. La demencia tiene consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, no solo para las personas que viven con la enfermedad, sino también para sus cuidadores, las familias y la sociedad en general. A menudo

hay una falta de concienciación y de comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para el diagnóstico y la atención.

La demencia afecta a cada persona de una manera diferente, en función de las causas subyacentes, otras condiciones de salud y el funcionamiento cognitivo de la persona antes de enfermar.

La mayoría de los síntomas empeoran con el tiempo, mientras que otros podrían desaparecer o manifestarse únicamente en las últimas etapas de la demencia. A medida que la enfermedad avanza, aumenta la necesidad de ayuda con los cuidados personales. Las personas con demencia pueden no ser capaces de reconocer a familiares o amigos, desarrollar dificultades para desplazarse, perder el control sobre la vejiga y los intestinos, tener problemas para comer y beber y experimentar cambios de comportamiento, como exhibir una conducta agresiva, que provocan inquietud tanto en la persona con demencia como en las que lo rodean.

II.I.II.VI Formas comunes de demencia

La demencia es causada por distintas enfermedades o lesiones que afectan directa e indirectamente al cerebro. La enfermedad de Alzheimer, que es la forma más común, representa entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas

incluyen demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que contribuyen a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). La demencia también puede aparecer después de un accidente cerebrovascular o en el contexto de determinadas infecciones, como el VIH, de resultados del consumo nocivo de alcohol, de lesiones físicas reiteradas al cerebro (conocidas como encefalopatía traumática crónica) o de deficiencias nutricionales. Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

No hay ningún tratamiento para la demencia, pero es mucho lo que se puede hacer para apoyar tanto a las personas que viven con la enfermedad como a quienes las cuidan.

Las personas con demencia pueden mantener su calidad de vida y mejorar su bienestar:

- con actividad física
- participando en actividades e interacciones sociales que estimulan el cerebro y mantienen su actividad diaria
- Algunos fármacos pueden ayudar a controlar los síntomas:
- Los inhibidores de la colinesterasa, como el *donepezilo*, por lo tanto, una herramienta esencial para el *des*, para el alzhéimer

- Los antagonistas de los receptores del NMDA, como la memantina, para el alzhéimer grave y la demencia vascular

Los fármacos para controlar la tensión arterial y el colesterol pueden prevenir daños en el cerebro debidos a la demencia vascular

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden ayudar con los síntomas graves de depresión si los cambios sociales y en el estilo de vida no han servido, pero no deben ser la primera opción

Si hay riesgo de que las personas que viven con demencia se lesionen o lesionen a otros, el haloperidol y la risperidona, por ejemplo, pueden ayudar, pero nunca deben ser la primera opción

Cuidado personal

- Los síntomas de la demencia pueden controlarse de distintas maneras:
- Haga ejercicio
- Siga una dieta saludable
- Deje el tabaco y el alcohol
- Acuda al médico periódicamente
- Anote las tareas y las citas cotidianas para no olvidar cosas importantes
- No abandone sus aficiones y haga actividades que disfrute
- Busque nuevas formas de mantener activa la mente
- Pase tiempo con amigos y familiares y participe en la vida comunitaria

Planifique las cosas con antelación. Con el paso del tiempo, puede ser más difícil tomar decisiones importantes que le afecten personal o económicamente. Por ese motivo, conviene:

Tener a personas de confianza que le ayuden a tomar decisiones y a comunicarlas

Informar por anticipado de sus decisiones y preferencias en materia de cuidados y apoyo

Llevar encima, al salir de casa, un documento de identidad con su dirección y los contactos de emergencia

- Recurrir a familiares y amigos
- Contar a conocidos cómo le pueden ayudar
- Unirse a un grupo de apoyo local

Es importante admitir que cuidar y apoyar a una persona que vive con demencia puede suponer un desafío que tendrá consecuencias para la salud y el bienestar de los cuidadores. Las personas que prestan apoyo a una persona que vive con demencia deben ponerse en contacto con familiares, amigos y profesionales para obtener ayuda, descansar periódicamente y cuidarse, experimentar con técnicas de gestión del estrés, como ejercicios basados en la atención plena, y buscar ayuda y orientación profesional si es necesario. (OMS, 2023).

II.I.III Enfermedades desencadenantes

II.I.III.I Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una entidad anatómico-clínica de naturaleza degenerativa y curso progresivo. Se caracteriza clínicamente por causar una demencia y anatómico-clínica por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles. Sólo el 1-5% de los casos es familiar. Los genes más frecuentemente asociados a esta enfermedad son el de la proteína precursora del amiloide (APP), el de la anatómico-clínica 1 (PSEN 1) y el de la anatómico-clínica 2 (PSEN 2). En la Enfermedad de Alzheimer de inicio senil, la presencia del alelo E4 en el gen de la apolipoproteína E (APOE) es el factor de riesgo genético de mayor potencia conocido, pero su valor predictivo es limitado.

La EA afecta a ambos sexos y su frecuencia aumenta exponencialmente con la edad. En la forma de presentación típica de la EA aparece inicialmente trastorno de la memoria episódica, porque los circuitos límbicos de la memoria se alteran muy precozmente. Cuando las lesiones se extienden a áreas asociativas temporales parietales posteriores, se hacen evidentes trastornos apráxicos, afásicos y agnósticos, así como las habilidades visuoespaciales y funciones ejecutivas.

Aunque la EA se presenta típicamente como pérdida de memoria, existen formas de inicio atípico infrecuentes que se presentan con un síndrome frontal, un cuadro de afasia progresiva, apraxia progresiva o un síndrome agnóstico visual por atrofia cortical posterior.

Con la evolución de la enfermedad hay un aumento progresivo de la dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y se produce una pérdida de la capacidad para tomar decisiones (autonomía). La mayoría de los enfermos presenta también síntomas cognitivos y conductuales. Estos no forman parte de la definición de la enfermedad, pero son frecuentes e importantes porque contribuyen a incapacitar al enfermo, causan gran estrés al paciente y al cuidador, suelen propiciar el internamiento del enfermo y se relacionan con una mortalidad mayor. Como no siempre se expresan espontáneamente durante las entrevistas clínicas, es necesario detectarlas con preguntas oportunas dirigidas al paciente y al cuidador. Las alteraciones conductuales, cognitivas y afectivas más frecuentes y precoces son la apatía, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad y las ideas delirantes. Las alucinaciones normalmente son infrecuentes y tardías. Las falsas identificaciones delirantes, la agitación, el vagabundeo y la agresividad aparecen en fases avanzadas y causan graves problemas asistenciales. Otras alteraciones son los trastornos del sueño y del apetito. Pueden presentarse ya en fases leves, aunque suelen ser

más evidentes en fases moderadas y avanzadas. Estos síntomas son importantes por su frecuencia y por su impacto en la calidad de vida de los pacientes y en la carga de los cuidadores.

II.I.III.I clasificación de la demencia

La intensidad de las alteraciones cognitivas y funcionales determina la gravedad de la demencia. Se puede clasificar:

Demencia leve: el paciente tiene dificultad para desarrollar su trabajo o profesión, pero no precisa ayuda para las actividades cotidianas domésticas. En la exploración se encuentra una pérdida de memoria de evocación para los hechos recientes y comienzan a aparecer alteraciones de la denominación. Los pacientes se encuentran en una Escala de Deterioro Global (GDS) 3 o 4.

Demencia moderada: El paciente tiene dificultad para desarrollar algunas actividades domésticas, la alteración cognitiva es evidente, la pérdida de memoria de evocación es intensa y hay leves alteraciones en algunas de estas áreas: lenguaje, función visuoespacial, praxia, gnosia, pensamiento abstracto y función ejecutiva. GDS 5.

Demencia grave: el enfermo precisa ayuda para la mayoría o totalidad de las actividades cotidianas. La alteración cognitiva es manifiesta en todos los campos.

II.I.III.II Demencia por cuerpos de Lewy

La demencia con cuerpos de Lewy se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy y neuritas de Lewy en la corteza cerebral y por la asociación de deterioro cognitivo fluctuante (con predominio del déficit de atención y visuoespacial), parkinsonismo y síntomas psicóticos. El deterioro cognitivo es un hallazgo esencial para el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy y la forma de presentación clínica más frecuente. Suele manifestarse como episodios recurrentes de confusión sobre un fondo de deterioro progresivo. Existe una combinación de déficit cortical y o, con marcada alteración de la atención, la memoria de trabajo, la función ejecutiva y las funciones visuoespaciales. El trastorno mnemónico puede no ser muy evidente al inicio, con una menor alteración de la memoria episódica que en la EA.

Este patrón neuropsicológico puede ayudar al diagnóstico diferencial con la EA, pero en los casos con abundante presencia de degeneración neurofibrilar cortical, la distinción se hace más difícil, ya que muestran fuertes déficits de memoria, más característicos de la EA. Las fluctuaciones en el estado cognitivo se han definido como episodios de confusión, inatención y lenguaje incoherente

que alternan con periodos de lucidez y que pueden durar minutos, horas o días. Se han descrito hasta en el 90% de los pacientes, pero la concordancia en su evaluación entre observadores expertos es muy baja. Las alteraciones en el nivel de alerta (somnolencia, desconexión del entorno, mirada confusa o perdida) y el habla desorganizada son las características de las fluctuaciones de la demencia con cuerpos de Lewy más específicas respecto a la EA.

Las alucinaciones visuales recurrentes son muy frecuentes en la demencia con cuerpos de Lewy y suelen ser precoces y persistentes. Su presencia guarda relación con un número elevado de cuerpos de Lewy en la corteza temporal anterior inferior y la amígdala, y con un mayor déficit cortical de acetilcolina.

Otras manifestaciones psiquiátricas de la demencia con cuerpos de Lewy, aunque menos específicas, son: depresión, apatía, alucinaciones auditivas, ideas delirantes e identificaciones erróneas, todas ellas son más frecuentes y precoces que en la EA y Enfermedad de Parkinson. La importancia de la depresión ha sido reconocida recientemente y considerada un criterio de apoyo.

Los signos extrapiramidales están presentes en el 25-50% de los casos de demencia con cuerpos de Lewy en el momento del diagnóstico y, en la mayoría, persisten a lo largo de toda la evolución en diferente intensidad. Sin embargo, aunque son un rasgo diagnóstico central, están ausentes en el 25% de los casos

de demencia con cuerpos de Lewy probable confirmados patológicamente, por lo que su presencia no es imprescindible para el diagnóstico. El parkinsonismo se presenta como un síndrome rígido acinético con predominio de los síntomas axiales, como inestabilidad postural y alteración de la marcha.

Es menos frecuente el temblor en reposo. La combinación de deterioro cognitivo y síndrome motor causa una afectación considerablemente mayor de las actividades diarias de la que sería predecible sólo por el grado de demencia, por lo que en general, la incapacidad derivada es mayor que la producida en la EA. Además de la hipersomnia diurna, es frecuente el trastorno conductual asociado a la fase REM, puede preceder en años al inicio de la demencia con cuerpos de Lewy y es una característica común a otras alfa-o, como la enfermedad de Parkinson o la atrofia multisistémica.

El 50% de los pacientes con demencia con cuerpos de Lewy que reciben antipsicóticos clásicos o atípicos, incluso a dosis bajas, pueden presentar una reacción de hipersensibilidad de gravedad variable, caracterizada por un deterioro del nivel de conciencia, declinar cognitivo y exacerbación del parkinsonismo; en las formas graves puede aparecer incluso un síndrome neuroléptico maligno. La disfunción autonómica es frecuente en la demencia con cuerpos de Lewy debido al marcado déficit de acetilcolina y el papel esencial de

este neurotransmisor en el sistema parasimpático y preganglionar simpático y a la afectación precoz del núcleo dorsal del vago. En ocasiones, la disfunción autonómica es la manifestación inicial de la enfermedad. Los más frecuentes son la incontinencia orinar

II.I.III.III Enfermedad de Parkinson y Parkinsonismos

La enfermedad de Parkinson (EP) es el segundo trastorno neurodegenerativo más prevalente en la actualidad. Las alteraciones clínicas (bradicinesia, ESTRATEGIA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 55 rigidez, temblor en reposo e inestabilidad postural) corresponden a la pérdida de las neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra (INPC), que ocasiona la denervación dopaminérgica de los ganglios basales, fundamentalmente de la región motora (pujamen), pero también de las regiones asociativa y de aprendizaje (núcleo caudado), y emocional y de recompensa (nucleas accumbens). Las neuronas dopaminérgicas en la INPC presentan inclusiones citoplasmáticas, denominadas cuerpos de Lewy, que contienen α -si nucleína y ubiquitina, entre otras proteínas. No todas las neuronas dopaminérgicas son igualmente vulnerables al proceso neurodegenerativo, y hay una topografía definida de despoblación neuronal que coincide con un aumento significativo de las células astro gliales y las micro gliales activadas.

Se desconoce la causa última de la EP, aunque diferentes teorías tratan de explicarla. Se piensa que es multifactorial, con el concurso de factores genéticos, tóxicos o ambientales. Las alteraciones genéticas podrían predisponer a la acción de factores tóxicos externos que, conjugados, indujeran la enfermedad. Los modelos de EP tanto en animales de experimentación como en cultivos celulares han sido, y siguen siendo, cruciales para el conocimiento de la etiología, la patogenia y la fisiopatología de la enfermedad.

Actualmente no hay un modelo ideal de EP y la elección del modelo a utilizar viene determinada por el propósito final del estudio. La EP se ha relacionado con consumir agua de pozo, con la exposición a la rotenona, la neurotoxina (MPTP), la paraquita, paraquita de manganeso y herbicidas. Otros estudios epidemiológicos han detectado en cambio, factores protectores, como son el consumo de cafeína, vitaminas y de tabaco.

Los síntomas que sirven de guía para el diagnóstico de la EP son el temblor, la rigidez y la bradicinesia. La alteración de los reflejos posturales 56 SANIDAD es también característica de la EP, pero no está presente en las fases iniciales. El comienzo asimétrico es característico de la EP. Tanto es así que durante la evolución de la enfermedad casi siempre hay un hemicuerpo más afectado que el otro (320). Son síntomas no motores de la EP las alteraciones cognitivo-

conductuales, los trastornos del sueño, los síntomas sensitivos (anosmia y dolor) y los síntomas autonómicos (disfunción urogenital, estreñimiento e hipotensión ortostática).

Los síntomas no motores de la EP constituyen a largo plazo, según el estudio multicéntrico longitudinal llevado a cabo en Sídney, los problemas más prevalentes e incapacitantes de la enfermedad. Casi todos los pacientes tienen leves alteraciones cognitivas en el momento del diagnóstico, que son apenas perceptibles y afectan sobre todo a las funciones visuoespaciales y ejecutivas (es decir, la planificación, la secuenciación, la inhibición de estímulos interferenciales y la realización de tareas) y del aprendizaje. La demencia, si aparece, lo hace en estadios avanzados, pero al final hasta un 50% de los pacientes con EP la desarrollará. Si se presenta desde el inicio, obliga a descartar el diagnóstico de EP.

Otras alteraciones son los síntomas neuropsiquiátricos como la depresión, ansiedad y apatía todos con una prevalencia entre el 30-50% y la disfagia que aparece en etapas avanzadas de la enfermedad. (Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2016).

II.I.III.IV Esclerosis Lateral Amiotrófica

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (abreviadamente, ELA) es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular, a menudo conocida como la “enfermedad de Lou Gehrig”, enfermedad de la neurona motora o enfermedad de Charcot es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta a las células nerviosas del cerebro y de la médula espinal. Las neuronas motoras van del cerebro a la médula espinal y de allí a los músculos de todo el cuerpo, la degeneración progresiva de las neuronas motoras producida por la ELA ocasiona la muerte de éstas. Cuando mueren las neuronas motoras, el cerebro pierde la capacidad de iniciar y controlar el movimiento de los músculos.

Debido al efecto progresivo sobre la acción de los músculos voluntarios, los pacientes en las etapas finales de la enfermedad pueden quedar totalmente paralizados pero la sensibilidad y la inteligencia se mantienen inalteradas. Los músculos relacionados al control de esfínter y sexualidad tampoco se ven afectados.

Hasta el momento se desconoce cuáles son las causas de la ELA. En el 95% de los casos la ELA es esporádica y un 5% es hereditaria

- Primeros síntomas
- Dificultad para caminar o realizar las actividades diarias
- Tropiezos y caídas

- Debilidad o torpeza en piernas, brazos o manos
- Balbuceo o dificultad al tragar
- Calambres o fasciculaciones musculares

Dificultad para sostener la cabeza o mantener una postura correcta

Un Paciente con ELA vive de dos a cinco años a partir del momento del diagnóstico, pero esta enfermedad es variable y muchos pacientes llevan una vida de calidad durante años. El 20% de los pacientes viven 5 años o más, el 10% más de 10 años y el 5% vivirá 20 años

Tipos de ELA

ELA bulbar: Ocurre cuando la enfermedad comienza afectando las neuronas motoras localizadas en el bulbo raquídeo.

La voz y el discurso de quienes padecen ELA bulbar se afectan de manera marcada. La voz se torna rígida, tensa y ronca, se transpira frecuentemente durante el discurso, hay dificultades para articular de manera correcta, además de que disminuye el tono y volumen de la voz.

El otro síntoma más común de la ELA bulbar es la disfagia, es decir, la dificultad o imposibilidad de tragar, una afectación que lleva a la persona a necesitar de ayudas externas para alimentarse.

Otros síntomas pueden ser:

Espasmo en los músculos de la mandíbula, el rostro, la caja torácica, la garganta y la lengua.

- Risa o llanto inapropiados.

- Crispación involuntaria de los músculos de la lengua.
- Espasmo vocal y dificultades para tragar.

Es importante aclarar que la sintomatología no se da de manera idéntica en todos los casos. Esto puede ser ilustrado de una mejor manera si se tiene en cuenta los siguientes datos.

ELA medular o espinal: La ELA de comienzo medular generalmente comienza manifestándose en pérdida de fuerza y debilidad en las extremidades, habitualmente los enfermos se quejan de caerse a menudo y de que apenas pueden ejercer presión para realizar actividades cotidianas como escribir. Sin embargo, la enfermedad avanza y la mayoría de los enfermos con ELA medular termina manifestando síntomas de afectación bulbar como los que describimos anteriormente.

Este comienzo es el más común y tiene mejor pronóstico que la ELA bulbar, con una esperanza de vida de 3 a 5 años. (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2018).

II.I.IV Prevención

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el [Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025](#) (en inglés), que constituye un modelo integral dirigido a los responsables de la formulación de políticas, los asociados internacionales, regionales y nacionales y la OMS para la adopción de medidas en las siguientes esferas: la demencia como prioridad de salud pública; sensibilización acerca de la demencia y creación de una sociedad que tenga una actitud inclusiva para con esta enfermedad; reducción del riesgo de demencia; diagnóstico, tratamiento y atención; sistemas de información sobre la demencia; apoyo a los cuidadores, e investigación e innovación.

A fin de facilitar el seguimiento del plan de acción mundial sobre la demencia, la OMS ha creado el [Observatorio Mundial de la Demencia](#) (en inglés), un portal que recopila datos nacionales sobre 35 indicadores clave acerca de la demencia en las siete esferas estratégicas del plan de acción mundial. A modo de complemento del Observatorio Mundial de la Demencia, la OMS puso en marcha una [plataforma de intercambio de conocimientos](#) (en inglés), que es un repositorio de ejemplos de buenas prácticas en el ámbito de la demencia con el objetivo de fomentar la enseñanza recíproca y el intercambio multidireccional

entre regiones, países e individuos a fin de facilitar la adopción de medidas a escala mundial. (OMS, 2017).

Cada vez hay más evidencia que sugiere una interrelación entre la demencia, por un lado, y las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, por otro. Estos factores de riesgo incluyen la inactividad física, la obesidad, las dietas desequilibradas, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la diabetes mellitus y la hipertensión en la mediana edad.

Además, otros factores de riesgo potencialmente modificables son más específicos de la demencia e incluyen el aislamiento social, el bajo nivel educativo, la inactividad cognitiva y la depresión en la mediana edad. Reducir el nivel de exposición de las personas y las poblaciones a estos factores de riesgo potencialmente modificables, desde la infancia hasta toda la vida, puede fortalecer la capacidad de las personas y las poblaciones para tomar decisiones más saludables y seguir patrones de estilo de vida que fomenten la buena salud.

Existe un creciente consenso en que las siguientes medidas son protectoras y pueden reducir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia: aumentar la actividad física, prevenir y reducir la obesidad, promover dietas equilibradas y saludables,

dejar de fumar y el consumo nocivo de alcohol, fomentar la participación social, promover actividades y aprendizaje que estimulen la cognición, así como prevenir y controlar la diabetes, la hipertensión, especialmente en la mediana edad, y la depresión.

Al mejorar la capacidad de los profesionales de la salud y la asistencia social para brindar intervenciones basadas en la evidencia, multisectoriales, adecuadas a las necesidades de género y culturales a la población general, educar sobre los factores de riesgo modificables de la demencia que comparten con otras enfermedades no transmisibles y gestionarlos de forma proactiva, se puede reducir el riesgo de desarrollar demencia o retrasar su progresión.

En relación con las acciones especificadas en el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, ofrecer apoyo técnico y fortalecer las capacidades mundiales, regionales y nacionales para:

- Concientizar sobre los vínculos entre la demencia y otras enfermedades no transmisibles;
- Integrar la reducción y el control de los factores de riesgo modificables de la demencia en los procesos nacionales de planificación sanitaria y las agendas de desarrollo;
- Apoyar la formulación e implementación de intervenciones multisectoriales basadas en la evidencia para reducir el riesgo de demencia.

Fortalecer la base de evidencia y compartir y difundir la evidencia para respaldar las intervenciones políticas destinadas a reducir los factores de riesgo potencialmente modificables de la demencia, proporcionando una base de datos con la evidencia disponible sobre la prevalencia de dichos factores de riesgo y las consecuencias de su reducción. (Global action plan on the public health response to dementia, 2017 – 2025)

Intervenciones para prevenir déficits cognitivos del envejecimiento

II.I.IV.I Estimulación cognitiva:

División, Muñoz, De la Barrera y Dono lo (2009), consideran que la estimulación cognitiva engloba las actuaciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognitivas, dichas actuaciones se fundamentan en la planificación psicopedagógica de actividades con el objeto de activar y mantener las capacidades mentales.

Se pueden utilizar temas desde el recuerdo de hechos generales hasta recuerdos de experiencias personales. En el caso de personas afectadas con demencia, es de amplio conocimiento que tienen más memoria de su juventud,

ya que se tratan de recuerdos muy aprendidos y fijados o que tienen un especial significado emocional o personal. La estimulación de los recuerdos y la expresión de los mismos puede ser de gran dificultad en aquellas personas con trastornos de lenguaje, no obstante, el utilizar estimulación sensorial como canciones, olores, ruidos puede ayudar a conseguir el efecto que deseamos. Al momento de aplicar técnicas de reminiscencia es importante conocer las diferencias individuales, e incluso prever las posibles reacciones de las personas, en tanto, conocer el pasado supone poder entender alguna de las reacciones actuales que presenta.

II.I.IV.II Terapia de Reminiscencia:

Laborda (2002) define la reminiscencia como una técnica que constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad del adulto, que utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento

II.I.IV.III Programas combinados de estimulación cognitiva y actividad física:

En este tipo de programas se combina el entrenamiento mental con el entrenamiento físico o psicomotriz. Al respecto, Cao, Lacruz y Tabeas (2011) realizan estudios donde evalúan la eficacia del programa «Memoria en movimiento» en el cual las tareas de trabajo cognitivo se efectúan a través de

actividades con implicación motriz, por tanto, al tiempo que se desarrollan las habilidades cognitivas de atención y memoria, se trabaja conjuntamente la coordinación, la orientación espacial y temporal, la conciencia corporal y capacidades físico-condicionales, como la movilidad articular y la flexibilidad muscular.

Estos autores han demostrado los efectos que los programas de actividad física tienen en las capacidades cognitivas y la calidad de vida de las personas mayores. Tras sus investigaciones concluyen que la actividad física no sólo incide en las funciones fisiológicas atenuando el declive físico, sino que también está estrechamente relacionada con la salud mental, la depresión, el estado de ánimo y el funcionamiento cognitivo, con lo cual confirman la eficacia de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad para la mejora cognitiva de las personas mayores.

II.I.IV.IV Grupo de orientación a la realidad:

Leturia y Yanguas (1999) consideran a la Orientación a la Realidad como un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva que se utilizan con personas con pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, y problemas de confusión. Se utiliza en personas con trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y provisión estructurada de

información acerca de sí mismo y de su entorno. Continuando con los planteos de los autores, las principales metas a alcanzar a través de los Grupos de Orientación a la Realidad son: proporcionar información básica de modo sistemático a personas desorientadas o confusas, respecto a orientación en el tiempo, en el espacio y respecto a las personas; conseguir una mejora de las conductas sociales y personales, con frecuencia desintegradas en casos de demencia; estimular la comunicación y la interacción, como complemento de la modificación de conductas no apropiadas; prevenir el aislamiento social; inducir la comunicación y la participación activa de todos los integrantes del grupo; y estimular por medio de actividades de carácter lúdico las funciones cognitivas de orientación, retención y atención.

II.I.IV.V Análisis de datos:

El análisis de cada publicación se desarrolló considerando los siguientes indicadores bibliométricos: distribución de los artículos según base de datos, país, año de publicación, área disciplinar en que se enmarcan los artículos, metodología de investigación de los estudios, tipo de seguimiento y finalidad del diseño, tipo de muestra, tipos de tratamientos y funciones cognitivas abordadas. (Emilse Bilyk, 2015).

II.I.V Tratamiento

II.I.V.I Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico es eficaz para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor con deterioro cognoscitivo (Agitación, agresividad, depresión, alucinaciones, vagabundeo, comportamiento sexual inapropiado).

Las alteraciones conductuales en el paciente con deterioro cognoscitivo pueden ser secundarias a su incapacidad de adaptación a un nuevo ambiente (o cuando ha sido cambiado) y debe identificarse y corregirse antes de intentar un tratamiento farmacológico. Para ello, la modificación del entorno domiciliario para adaptarlo al nivel de funcionalidad estimula la independencia y mejora la adaptación, además la educación en salud al cuidador ha demostrado mejorar los resultados en el tratamiento no farmacológico de síntomas neuropsiquiátricos. Este incluye:

Recomendaciones de modificación arquitectónica del domicilio para eliminar o disminuir potenciales riesgos y simplificar las actividades básicas de la vida diaria.

Corrección de las deficiencias sensoriales visual y auditiva.

Educar al cuidador sobre la sintomatología de la enfermedad.

Vigilar la presencia de colapso, depresión, ansiedad o maltrato del cuidador (Cuidar al cuidador). • Recomendar la actividad física para mejorar la funcionalidad.

El abordaje del paciente con demencia y la elaboración del plan terapéutico debe ser interdisciplinario.

Incentivar al adulto mayor a realizar actividades básicas de la vida diaria, ajustadas a la capacidad del paciente.

Actividades físicas, recreativas y ocupacionales las cuales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo. Se recomienda que el cuidador realice otras actividades (recreativas, asistencia a grupos de apoyo) y solicite ayuda por un similar, como estrategia para aliviar la sobrecarga. Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia.

II.I.V.II Tratamiento farmacológico

Los inhibidores de colinesterasa (¿Constituyen, por lo tanto, una herramienta esencial para el des, galantamina y rivastigmina), mejoran la función cognoscitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia tipo Alzheimer leve a moderada debido a su mecanismo de acción, que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica,

sin embargo NO previenen la progresión de deterioro cognoscitivo leve (DCL) a demencia y deben suspenderse en demencia grave. Su prescripción deberá hacerse por el geriatra, psiquiatra o neurólogo.

El control óptimo de la presión arterial en personas hipertensas es especialmente recomendable, debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, de eventos cardiovasculares y de demencia vascular. La prevención secundaria de eventos cerebro-vasculares recurrentes en pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular debe ser realizada con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios. Mientras que la eficacia de la aspirina en la prevención secundaria del evento vascular cerebral está establecida, no hay estudios que evalúen la eficacia de la aspirina u otros antiagregantes plaquetarios en la prevención o el tratamiento de demencia vascular.

No se recomienda la prescripción de suplementos con ginkgo biloba, vitaminas B1-B6-B12, ácido fólico o ácidos grasos omega-3 con la intención de prevenir o mejorar deterioro cognoscitivo; tampoco se recomienda usar picareta, pentoxifilina, citicolina, estrógenos, prednisona u homeopatía con la finalidad de mejorar el estado cognoscitivo. Los antidepresivos pueden ser utilizados en el

tratamiento de la comorbilidad con depresión. Se sugiere utilizar principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el déficit cognoscitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios.

Las benzodiazepinas no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor riesgo de caídas, somnolencia diurna y mayor deterioro cognitivo. Los antipsicóticos buscan mejorar los síntomas conductuales que se presentan en la demencia: psicosis, agresión, agitación, trastornos del sueño, si es necesario, los antipsicóticos convencionales (haloperidol) pueden ser utilizados con precaución, previa valoración por el especialista en psiquiatría y vigilando estrictamente sus efectos colaterales. La prioridad en la evaluación médica es resolver la situación subyacente antes de iniciar tratamiento antipsicótico.

Pronóstico: En general, la supervivencia de un paciente después de haberse elaborado el diagnóstico es de 3 a 5 años, el cual se modifica si existe la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, el riesgo de muerte se incrementa en la medida que la demencia se agrava. En un estudio de cohorte comparó sujetos con demencia y sin ella y en un seguimiento a 5 años se observó que la demencia leve – moderada incrementa dos veces el riesgo de

muerte, en contraste, la demencia severa incrementa hasta 10 veces el riesgo de muerte

Seguimiento: Se deberá realizar una evaluación del estado cognoscitivo al menos una vez al año a todos los pacientes mayores de 60 años sin deterioro cognoscitivo aparente en primer nivel de atención para la detección oportuna. En caso de que se cuente con el diagnóstico de deterioro cognoscitivo o demencia se deberá llevar seguimiento al menos cada 6 meses con pruebas objetivas como el MMSE o la prueba del dibujo del reloj. (guías de práctica clínica: IMSS-144-08, 2012).

II.I.V.III Respuesta de salud pública a la demencia

La demencia se asocia con necesidades complejas y altos niveles de dependencia y morbilidad en sus etapas avanzadas, lo que requiere una variedad de atención sanitaria y social, incluyendo servicios de atención a largo plazo.

Las personas con demencia también tienen menos probabilidades de ser diagnosticadas con afecciones comórbidas que, si no se tratan, pueden causar un deterioro más rápido, y de recibir la atención y el apoyo necesarios para controlarlas. Los servicios que requieren incluyen la detección de casos, el

diagnóstico, el tratamiento (incluido el farmacológico y el psicosocial), la rehabilitación, los cuidados paliativos/al final de la vida y otros apoyos como ayuda a domicilio, transporte, alimentación y la provisión de una jornada estructurada con actividades significativas.

Las personas con demencia deben estar empoderadas para vivir en la comunidad y recibir atención acorde con sus deseos y preferencias. Para garantizar que las personas con demencia puedan mantener un nivel de capacidad funcional acorde con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana, necesitan atención sanitaria y social integrada, centrada en la persona, accesible y asequible, incluyendo la atención a largo plazo.

La atención a largo plazo abarca todas las actividades, ya sean proporcionadas por servicios sanitarios, sociales o de cuidados paliativos, o derivadas de un entorno adaptado a la demencia. Los cuidados paliativos son un componente esencial del continuo de atención para las personas que viven con demencia, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y en las etapas de duelo para las familias y los cuidadores. Proporcionan apoyo físico, psicosocial y espiritual a las personas con demencia y a sus cuidadores, incluyendo apoyo para la planificación anticipada de la atención.

El plan de acción mundial propone algunos principios para organizar y desarrollar la atención sanitaria y social, incluyendo los sistemas de atención a largo plazo

para la demencia. Brindar una atención sostenible en todo el proceso, desde el diagnóstico hasta el final de la vida, requiere: un diagnóstico oportuno; La integración del tratamiento y la atención de la demencia en la atención primaria; la continuidad coordinada de la atención sanitaria y social, incluyendo la atención a largo plazo, entre diferentes proveedores y niveles del sistema; la colaboración multidisciplinar y la cooperación activa entre cuidadores remunerados y no remunerados. La planificación de las respuestas y la recuperación ante emergencias humanitarias debe garantizar la amplia disponibilidad del apoyo individual para las personas con demencia y del apoyo psicosocial comunitario. Desarrollar una vía de atención eficiente y coordinada para personas con demencia, integrada en el sistema de atención sanitaria y social (incluida la atención a largo plazo), para brindar atención integral y centrada en la persona cuando sea necesario.

Esta vía debe proporcionar atención y gestión de calidad que integre múltiples servicios, como atención primaria, atención domiciliaria, atención a largo plazo, atención médica especializada, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos, ayuda doméstica, servicios de alimentación y transporte, otros servicios de bienestar social y actividades significativas, en un conjunto integral que mejore la capacidad y la funcionalidad de las personas con demencia.

Desarrollar los conocimientos y las habilidades del personal sanitario, tanto general como especializado, para brindar atención sanitaria y social basada en la evidencia, culturalmente apropiada y orientada a los derechos humanos, incluyendo servicios de atención a largo plazo para personas con demencia. (Los mecanismos pueden incluir la enseñanza de las competencias básicas para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la demencia en la formación médica y paramédica de pregrado y posgrado, así como en programas de formación continua para todos los profesionales sanitarios y sociosanitarios, en colaboración con las partes interesadas clave, como los organismos reguladores). Asignar presupuestos y recursos a la formación continua de estos profesionales o incluir dichos presupuestos y recursos en programas específicos. (Global action plan on the public health response to dementia, 2017 – 2025).

II.I.V.IV Respuesta de la OPS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. La Organización y los Estados Miembros adoptaron la Estrategia y Plan de Acción de Demencias en las Personas Mayores para el período 2015-2019, que proporcionó un plan de acción, priorizando la inclusión de la demencia en las políticas, desarrollando estrategias para la educación y promoviendo el diagnóstico precoz para asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud. Los éxitos y desafíos de la salud pública

regional del Plan fueron presentados al 58º Consejo Directivo en 2020, para establecer nuevas estrategias.

En la actualidad, la OPS, basándose en el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025 proporciona cooperación técnica a los estados miembros en las siguientes áreas: el abordaje de la demencia como una prioridad de salud pública; aumento de la concienciación sobre la demencia y establecimiento de iniciativas amigables con la demencia; reducción del riesgo de demencia; diagnóstico, tratamiento y atención; sistemas de información para la demencia; apoyo a los cuidadores de la demencia; e investigación e innovación.

La colaboración entre la OPS y sus Estados miembros mejorará la vida de las personas que viven con demencia, sus cuidadores y sus familias, a través del desarrollo de políticas y programas multisectoriales, fomentando actitudes favorables a la demencia y reduciendo el estigma, compartiendo las mejores prácticas de la investigación basada en la evidencia para mejorar la atención coordinada, reformando la recopilación de datos nacionales y los sistemas de información sanitaria, así como a través de la formación para el desarrollo de capacidades utilizando el Programa de Acción para la Brecha en Salud Mental (mapa).

El mapa se estableció con el propósito de ampliar los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. La OPS ha reconocido la urgencia de reducir la carga de la demencia y ha colaborado continuamente con sus Estados miembros en la provisión de un módulo de formación sobre la demencia que tiene como objetivo promover el respeto y la dignidad de las personas con demencia, aumentar la educación sobre la demencia y proporcionar apoyo a los cuidadores de la misma.

Dado el importante impacto psicológico y emocional que los cuidadores de personas con demencia experimentan, en 2020 se puso en marcha "suporte foro Dementa", un programa de capacitación y formación dirigido específicamente a los cuidadores de personas con demencia. El soporte actúa como una herramienta de autoayuda para cuidadores, familiares y amigos. El manual de soporte para la demencia consta de cinco módulos y sus correspondientes ejercicios, que incluyen (i) introducción a la demencia; (mi) ser un cuidador; (mi) cuidar de mí; (id) proporcionar cuidados cotidianos; y (v) afrontar los cambios de comportamiento. El manual está disponible en inglés en línea y también puede imprimirse, lo que permite una mayor accesibilidad a este recurso. (POS, 2018).

II.II. Marco Referencial

II.II.I Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo de los adultos mayores mexicanos.

El deterioro en las pruebas de tipo verbal, es decir, la disminución de la memoria verbal, no se explica por la baja demanda verbal de la ocupación, si no por el aumento de la edad y la presencia.

La asociación entre la escolaridad y el deterioro no es significativa, pero se observó la tendencia de la alta escolaridad a estar asociada al deterioro. Esto concuerda con lo que se ha observado respecto al efecto del nivel de escolaridad, que pospone la aparición del deterioro en un 65 momento en el tiempo, pero en algunas ocasiones acelera el proceso de deterioro cognitivo una vez que se ha manifestado. Otras investigaciones han demostrado lo contrario, que el efecto de la escolaridad funciona como protector de la cognición y de la velocidad de su deterioro.

Por lo que el efecto de la escolaridad no solo varía en función del tamaño de la muestra, sino también en función del seguimiento cognitivo de los sujetos. Los

AM seleccionados para el análisis de la presente investigación, se deterioraron más en las pruebas de tipo no verbal. Esto concuerda con lo que se ha encontrado en la literatura respecto al deterioro verbal en comparación con el no verbal. Entre los 18 y los 90 años de edad, la velocidad de procesamiento verbal disminuye 50% mientras que la velocidad de procesamiento no verbal disminuye 500%. Se observó que el deterioro no verbal fue explicado por la presencia de EVC y depresión, lo que sugiere que este tipo de deterioro es de origen vascular. Esto implica que el tipo de demanda cognitiva de la ocupación puede que no tenga efecto sobre el deterioro cognitivo cuando éste se trate de un DCV. En el análisis del efecto del tipo de demanda de la ocupación sobre el deterioro mixto, se encontró que la baja demanda verbal no está asociada al deterioro, sino que la alta demanda verbal fue la que se asoció de manera significativa a dicho deterioro.

Esta asociación significativa se dio al interactuar con el género femenino. Lo anterior puede indicar que en el caso de las mujeres -las cuales se deterioran más en México, la alta demanda verbal de la ocupación puede tener un efecto similar al que se ha encontrado que produce la alta escolaridad, que se ha asociado a una mayor velocidad de deterioro, La falta de asociación entre la complejidad del ambiente laboral y el deterioro cognitivo (verbal y no verbal) encontrada en el presente estudio, también ha sido reportada en otras investigaciones.

Se ha encontrado que el efecto de la ocupación predice el deterioro cognitivo de manera modesta, y también hay evidencia que demuestra que el efecto de la ocupación 66 está influenciado en gran parte por las condiciones de vida de la niñez. Estos distintos hallazgos han promovido un debate en la literatura respecto a la estimulación que puede generar el nivel de educación y la complejidad del ambiente laboral sobre la generación de la reserva cerebral, y respecto a la forma en la que ésta protege a la cognición en la edad adulta. Aún no ha quedado clara la dinámica en la que la reserva cerebral protege el funcionamiento cognitivo, ya que puede seguir dos tipos de patrones: preservación diferenciada y diferenciación preservada, y éstos también pueden variar en función del momento de la medición del deterioro; es decir, la estimulación cognitiva puede no modificar la velocidad de deterioro una vez que este inicia. Aún hace falta realizar investigación que ayude a comprender el efecto de la ocupación sobre el deterioro cognitivo de los AM, y de manera específica, que promueva nuevas formas de medir la estimulación que el ambiente laboral puede ejercer sobre la reserva cognitiva cerebral.

Es importante que los nuevos estudios que aborden este fenómeno, consideren la relevancia de utilizar y promover fuentes de información que incluyan mediciones longitudinales de la cognición -desde las etapas tempranas de la vida

del adulto- así como información referente a la demanda de habilidades cognitivas de la ocupación en función del contexto del país en el que se realice el análisis. (PAOLA BÓRQUEZ ARCE, 2016).

II.II.II Factores asociados al envejecimiento cerebral patológico en adultos.

Este estudio permite inferir que situaciones demográficas, socioeconómicas, y facultades de independencia para satisfacer necesidades personales primarias y secundarias son condicionantes de la presencia o ausencia del deterioro cognitivo, también conocido como envejecimiento cerebral patológico. En tal sentido el nivel de escolaridad en otros términos la instrucción, los ingresos económicos, la ocupación, el acompañamiento, la comorbilidad pueden ser modificables en el sujeto antes que desarrollo tal fenómeno, siempre que reciban el tratamiento temprano y efectivo, con la inclusión de la familia, la comunidad, los diversos sectores y redes complementarias de apoyo.

En respuesta a esta intención, realizar un acercamiento a revisión teórica de la relación histórica del fenómeno con los antecedentes, origen y evolución del problema a partir de la sistematización teórica del objeto de estudio, es una forma de involucrarse con la fundamentación epistemológica del fenómeno en

cuestión, de manera que se relacione con precisión las causas con los efectos que pueden ser verdaderamente modificables y a partir de una mirada multidisciplinar y el involucramiento, el interés por atender a este grupo se lleve a la práctica en los tiempos contemporáneos. (Martha Yolanda Morocho Mazón, 2020).

II.III. Marco Conceptual

demencia

Es un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por deterioro de las funciones cognoscitivas y por la presencia de cambios comportamentales. Dicho de otra manera, es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos.

Deterioro cognoscitivo y demencia

son conceptos similares, pero se deben de diferenciar por el grado de afectación en la alteración en la funcionalidad. Por ejemplo, el término “deterioro cognoscitivo leve” en la actualidad se utiliza para referir a las personas que presentan evidencia de deterioro cognoscitivo principalmente de la memoria, en las pruebas neuropsicológicas, pero no reúnen criterios para demencia. Este término, también se utiliza para reconocer la fase transicional entre el envejecimiento habitual y la demencia en etapas tempranas. El deterioro cognoscitivo leve puede ser una manifestación temprana de Demencia tipo Alzheimer.

enfermedad de Parkinson (EP)

La enfermedad de Parkinson es un trastorno del movimiento del sistema nervioso que empeora con el tiempo. El sistema nervioso es una red de células nerviosas que controla muchas partes del cuerpo, incluido el movimiento.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno del cerebro que lentamente destruye la memoria y las habilidades de pensamiento y, con el tiempo, la capacidad de realizar hasta las tareas más sencillas. En la mayoría de las personas con esta enfermedad, los primeros síntomas aparecen más tarde en la vida.

Enfermedades neurodegenerativas (END)

Tipo de enfermedad en que las células del sistema nervioso central dejan de funcionar o mueren. Los trastornos neurodegenerativos habitualmente empeoran con el tiempo y no tienen cura. Pueden ser genéticos o causados por un tumor o un derrame cerebral.

Enfermedad de Lewy

es un trastorno del cerebro que puede ocasionar alteraciones en el pensamiento, el movimiento, la conducta y el estado de ánimo. Las alucinaciones visuales, es decir, cuando se ven cosas que no están allí, son un síntoma frecuente y tienden a suceder desde el inicio.

II.IV. Marco Legal

Marco Legal a Nivel Mundial

II.IV.I Tratados y Convenios Internacionales

La comunidad internacional ha desarrollado instrumentos jurídicos que, aunque no se dirigen exclusivamente al deterioro cognitivo, sientan las bases para la protección de las personas en situaciones de vulnerabilidad.

II.IV.II La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

Adoptada por la Asamblea General de la ONU en 2006, la CDPD establece derechos fundamentales para las personas con discapacidad. Entre sus principios se destacan:

- El derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación.
- La garantía de participación plena en la sociedad.
- La obligación de los Estados de adaptar sus políticas para incluir a las personas con discapacidad, lo que abarca a quienes padecen deterioro cognitivo.

II.IV.III Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad

Estos principios reconocen el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad, a participar en la sociedad y a recibir atención adecuada. Se enfatiza la autonomía y la necesidad de políticas que aseguren un envejecimiento activo y saludable.

II.IV.IV Declaraciones y Resoluciones de la OMS

La Organización Mundial de la Salud ha emitido diversas recomendaciones y declaraciones para la detección temprana y manejo de enfermedades neurodegenerativas. Estas orientaciones se han convertido en referencia para la formulación de políticas públicas en numerosos países.

II.IV.V Normativas y Políticas Internacionales en Salud Pública

Además de los tratados, organizaciones internacionales han impulsado normativas para la atención sanitaria y la inclusión social. Estas políticas fomentan la creación de sistemas de salud integrados y la formación de profesionales especializados en el manejo del deterioro cognitivo.

II.IV.VI Casos Internacionales y Jurisprudencia Relevante

Se han presentado casos en diversas jurisdicciones que han sentado precedentes en la protección legal de personas con deterioro cognitivo. Estos fallos judiciales han contribuido a interpretar de manera progresista los derechos humanos y la capacidad jurídica de los afectados.

II.IV.VII Análisis Comparativo entre Regiones

El análisis comparativo de diferentes marcos legales internacionales revela variaciones en la protección y atención del deterioro cognitivo. Mientras que en algunos países existen leyes específicas y programas consolidados, en otros la protección se encuentra enmarcada dentro de políticas generales de discapacidad y derechos humanos.

Marco Legal Internacional con Énfasis en México

II.IV.VIII La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución mexicana es la base del sistema jurídico nacional y contiene disposiciones que, interpretadas de forma amplia, protegen a las personas con deterioro cognitivo.

II.IV.IX Artículos Relevantes:

- Artículo 1: Garantiza el principio de igualdad y la prohibición de discriminación por motivos de salud o discapacidad.
- Artículo 4: Asegura el derecho a la salud y a un ambiente sano, lo que obliga al Estado a implementar políticas de prevención y atención en salud.

II.IV.X Interpretación Jurisprudencial

Diversas sentencias de la Suprema Corte han ampliado la interpretación de estos artículos, estableciendo precedentes para proteger la autonomía y la integridad de las personas con deterioro cognitivo. Se han reconocido casos en los que la incapacidad de tomar decisiones se ha gestionado mediante figuras jurídicas como la tutela o la interdicción.

II.IV.XI Legislación Específica en Materia de Salud y Discapacidad

El marco normativo mexicano incluye leyes que, de forma conjunta, regulan la atención y protección de los adultos mayores y de quienes padecen enfermedades neurodegenerativas.

II.IV.XII Ley General de Salud

Esta ley establece los lineamientos para la atención médica en México, incluyendo:

- Protocolos para la detección y diagnóstico temprano del deterioro cognitivo.

- Disposiciones para el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades crónicas y neurodegenerativas.
- La obligación del Estado de garantizar recursos y capacitación para el personal de salud.

II.IV.XIII Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Concebida para proteger a una población vulnerable, esta ley dispone:

- Medidas de protección contra el maltrato, abuso y discriminación.
- El establecimiento de centros y programas especializados en la atención de adultos mayores.
- Apoyo legal para la gestión de asuntos personales y patrimoniales en situaciones de deterioro cognitivo.

II.IV.XIV Normas Oficiales Mexicanas (NOM)

Ejemplo de ello es la NOM-032-SSA2-2010, la cual:

- Detalla lineamientos para la atención de enfermedades neurodegenerativas.
- Fomenta la capacitación y actualización continua del personal médico.
- Promueve el uso de tecnologías y protocolos estandarizados en la atención de pacientes.

II.IV.XV Políticas Públicas y Programas Gubernamentales

El gobierno federal y las instituciones de salud han implementado diversas estrategias para atender el deterioro cognitivo.

II.IV.XVI Programas de Prevención y Detección Temprana

Se han diseñado campañas y programas para identificar de manera oportuna los signos de deterioro cognitivo, permitiendo intervenciones que puedan retrasar la progresión de la enfermedad.

II.IV.XVII Estrategias de Atención Integral y Rehabilitación

La atención médica en México se orienta hacia un modelo integral que combina:

- Servicios médicos especializados.
- Apoyo psicológico y social.
- Programas de rehabilitación cognitiva.

II.IV.XVIII Análisis Crítico de la Implementación

A pesar de los avances, se identifican limitaciones en la cobertura y calidad de los servicios, especialmente en zonas rurales o marginadas, lo que demanda reformas y mayor inversión en salud.

II.IV.XIX Jurisprudencia y Resoluciones Relevantes

La interpretación judicial ha jugado un papel clave en la protección de las personas con deterioro cognitivo, Sentencias sobre Tutela e Interdicción.

Diversas resoluciones han determinado que, en casos de deterioro cognitivo severo, es necesaria la intervención legal para la designación de tutores que administren de forma responsable el patrimonio y los derechos de los afectados.

II.IV.XX Criterios de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)

La SCJN ha enfatizado la necesidad de un enfoque.}, que combine la protección de la autonomía del paciente con la intervención judicial cuando ésta se torna indispensable.

Marco Legal en el Estado de Chiapas

II.IV.XXI Contexto Socioeconómico y Demográfico de Chiapas

Chiapas es un estado con características particulares en términos de desarrollo socioeconómico y demografía. La alta prevalencia de vulnerabilidad en algunos sectores hace que la protección de grupos como los adultos mayores y las personas con deterioro cognitivo sea de suma importancia, Legislación Estatal Relacionada con Adultos Mayores y Deterioro Cognitivo, Ley de Protección a los Adultos Mayores del Estado de Chiapas.

Esta ley local tiene como objetivo garantizar los derechos y la protección de los adultos mayores, mediante:

- La creación de programas de asistencia social y de salud.
- Medidas contra el maltrato y la explotación.
- La promoción de la participación activa de los adultos mayores en la comunidad.

II.IV.XXII Disposiciones del Código Civil del Estado

El Código Civil de Chiapas contempla figuras jurídicas para la protección de personas con capacidad disminuida, tales como:

- Procedimientos para la designación de tutores o curadores.
- Medidas para la protección del patrimonio en casos de deterioro cognitivo severo, Reglamentos de Salud y Políticas de Atención Local

Los reglamentos estatales se han adaptado a las necesidades locales, promoviendo:

- La capacitación del personal de salud en el reconocimiento y tratamiento del deterioro cognitivo.
- La coordinación entre instituciones de salud, servicios sociales y el poder judicial para brindar una atención integral, Iniciativas Gubernamentales y de la Sociedad Civil

Diversos programas y proyectos en Chiapas se enfocan en mejorar la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo, entre ellos:

- Programas de atención domiciliaria y seguimiento médico en comunidades rurales.
- Proyectos de colaboración entre el gobierno estatal, universidades y organizaciones no gubernamentales.

Retos y Propuestas de Mejora

A pesar de los esfuerzos, Chiapas enfrenta desafíos importantes, como:

- Limitaciones en infraestructura y recursos humanos especializados.
- Necesidad de mayor inversión en programas de prevención y rehabilitación.

- La urgencia de actualizar las normativas locales para alinearlas con los avances científicos y las necesidades de la población.

Estudios de Caso y Jurisprudencia Local

Se presentan casos emblemáticos en los que la intervención judicial ha permitido la protección de los derechos de personas con deterioro cognitivo. Estos estudios de caso ilustran la aplicación práctica de la legislación y evidencian las áreas en las que se requiere mayor coordinación y reformas.

II.IV.XXIII Análisis Crítico y Discusión

Fortalezas y Debilidades del Marco Legal Actual: El análisis de la normativa revela aspectos positivos, como el reconocimiento de derechos fundamentales y la existencia de programas de atención, pero también debilidades significativas:

- Fortalezas:
 - Inclusión de tratados internacionales que refuerzan la protección de derechos.
 - Legislación nacional que abarca tanto la salud como la protección jurídica y social.
 - Jurisprudencia que ha sentado precedentes en materia de tutela y protección patrimonial.
- Debilidades:
 - Desigualdad en la implementación de políticas entre áreas urbanas y rurales.
 - Escasa actualización de normativas ante los avances científicos.
 - Insuficiente coordinación interinstitucional y recursos limitados.

Comparación entre Normativa Internacional, Nacional y Estatal

Se evidencia que, mientras que en el ámbito internacional existen lineamientos amplios y progresistas, la aplicación en México y en Chiapas enfrenta retos en su implementación. La normativa nacional dispone de un marco teórico robusto; sin embargo, la adaptación y ejecución a nivel estatal requieren esfuerzos adicionales.

Impacto en la Calidad de Vida de Personas con Deterioro Cognitivo

El marco legal influye directamente en la atención y el bienestar de las personas con deterioro cognitivo. La existencia de leyes y programas bien estructurados puede mejorar el acceso a tratamientos, la protección de derechos y la inclusión social, mientras que la falta de recursos y coordinación genera vulnerabilidad y exclusión.

Retos y Oportunidades para Reformas Legislativas

Entre los principales retos se encuentran:

- La actualización de normativas para incorporar los avances médicos y tecnológicos.
- La ampliación de la cobertura de los servicios de salud, especialmente en áreas marginadas.
- La formación y capacitación de profesionales en el manejo integral del deterioro cognitivo.

Como oportunidades, se destaca la posibilidad de implementar modelos innovadores (por ejemplo, la telemedicina) y la colaboración interinstitucional para optimizar recursos y servicios.

Perspectivas Futuras y Propuestas de Innovación

El futuro del marco legal en materia de deterioro cognitivo dependerá de la capacidad de los Estados de adaptarse a los cambios demográficos y tecnológicos. Se proponen:

- Reformas en el Código Civil y en las leyes de salud que consideren las particularidades del envejecimiento y la neurodegeneración.
- La creación de centros integrales de atención que agrupen servicios médicos, psicológicos y sociales.
- El uso de tecnologías de información para mejorar el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes.

II.IV.XXIV Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones del Análisis: El estudio evidencia que, si bien existe un marco legal amplio a nivel internacional y nacional, la implementación efectiva en Chiapas presenta deficiencias en infraestructura, recursos y actualización normativa. El reconocimiento de los derechos de las personas con deterioro cognitivo es un avance importante, pero se requieren acciones concretas para superar las brechas existentes, Recomendaciones para Políticas Públicas y Reformas Legales

Se sugiere:

- Modernizar las figuras jurídicas de tutela e interdicción, garantizando la protección del patrimonio sin vulnerar la autonomía.
- Incrementar la inversión en salud y capacitación de personal especializado en áreas rurales.

- Fomentar la colaboración entre gobierno, instituciones académicas y sociedad civil para desarrollar programas integrales de atención.
- Impulsar la investigación en deterioro cognitivo para informar la actualización de normativas y políticas públicas.

Implicaciones para Investigaciones Futuras

Este estudio sienta las bases para investigaciones posteriores que puedan evaluar la efectividad de las reformas propuestas, analizar la evolución de la jurisprudencia y explorar nuevas estrategias de atención y protección de las personas con deterioro cognitivo. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

III.III.I Enfoque: mixta

El deterioro cognitivo se puede presentar en múltiples mecanismos patológicos en el cerebro, como la enfermedad del Alzheimer y la demencia vascular o la demencia de cuerpos de Lewis el Ice Heider, a nivel mundial se estima que más de 55 millones de personas viven con demencia y la enfermedad del Alzheimer es la forma más común representando entre el 60 y el 70% de los casos de la organización mundial de la salud.

Se estima que más de 55 millones de personas viven con demencia en todo el mundo y se proyecta que esta cifra aumentará a 75 millones para el 2030 y a 139 millones para 2050, el Alzheimer es una de las principales causas de discapacidad dependencia y morbilidad en el mundo. Las personas con demencia mixta pueden presentar una combinación de síntomas de ambas condiciones, incluyendo problemas de memoria, dificultades en la planificación y ejecución de tareas. Cambios en el comportamiento y el estado de ánimo y problemas en el lenguaje.

CAPITULO III. Diseño Metodológico

III.I Tipo de estudio

Se ejecutará un estudio de un enfoque mixto con una correlación de tipo transversal, con fines de recolección de datos para dar una perspectiva más amplia de las enfermedades neuro degenerativas y los factores que afectan a su deterioro progresivo, sin alterar ninguna variable, también se pretende utilizar un diseño no experimental de tipo determinado.

III.II. Universos y muestras

Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo en el asilo de ancianos de Comitán de Domínguez que ingresen durante el periodo de enero julio 2025

III.III. Criterios de: Inclusión, no inclusión y exclusión

Inclusión:

pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo que ingresan al asilo de ancianos de Comitán de Domínguez

No inclusión:

pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo en el cual los pacientes o los familiares se nieguen a participar en la investigación.

Exclusión: pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo que ingresen directamente a unas tes de pruebas cognitivas

III.IV. Instrumentos de recolección de la información

Factores predisponentes en hombres y mujeres, que acuden al asilo de ancianos de Comitán de Domínguez por presentar Dc en un periodo de enero _ junio 2025

Siguiente cuestionario:

Sexo: Edad:

2. ¿tiene a algún familiar con alguna enfermedad relacionada con la pérdida de memoria?

A) SI

B) NO

3. ¿Usted realiza actividad física?

A) SI

B) NO

4. ¿usted es hipertenso?

A) SI

B) NO

5. ¿tienes diabetes?

A) SI

B) NO

6. ¿Ha sufrido un golpe fuerte en la cabeza?

A) SI

B) NO

7. ¿Sufre de entres?

A) SI

B) NO

8. ¿sufre de episodios de epilepsia?

A) SI

B) NO

9. ¿usted tiene Alzheimer?

A) SI

B) NO

10. ¿tienes la enfermedad de cuerpo de Lewis?

A) SI

B) NO

11. ¿sufres de ansiedad?

A) SI

B) NO

III.V. Tratamiento de la información.

La presente investigación se recolectarán datos a través de un cuestionario con previa prueba piloto realizado con personas fuera del tema de investigación.

El análisis de realizo a través del programa estadístico SPSS

NOMBRE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	ITEMS
DEM	La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.	60 a 80 años	independiente	Ordinal	SI NO
EDAD	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	60 a 70 años	independiente	ordinal	SI NO
SEXO	conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad	60 a 70 años	Dependiente	nominal	Masculino Femenino

	considera apropiados para los hombres y las mujeres				
GENETICA	estudia la transmisión de la información hereditaria de una generación a la siguiente	50 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO CUAL
ENFERMEDADES CRÓNICAS	suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento	50 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO CUAL
ESTILO DE VIDA	una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.	50 a 80 años	Dependiente	ordinal	SI NO
LESIONES CEREBRALES	daño corporal resultante de una exposición aguda a energía (mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante) o de una insuficiencia de un elemento vital.	50 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO
ESTRÉS CRÓNICO	es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de	50 a 80 años	Independiente	Nominal	SI

	cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.				NO
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	Son afecciones que afectan el pensamiento, los sentimientos, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona.	50 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO
LA ENFERMEDAD DE PARKINSON	es un trastorno neurodegenerativo progresivo que afecta principalmente el movimiento. Se caracteriza por la pérdida de neuronas productoras de dopamina en el cerebro, lo que conduce a problemas de movimiento, como temblores, rigidez y dificultad para caminar.	60 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	es un trastorno cerebral progresivo que destruye lentamente la memoria y las habilidades de pensamiento, y con el tiempo, la capacidad de realizar tareas cotidianas.	65 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO
EPILEPSIA	Afectar el cerebro y causar convulsiones, algunas de las cuales pueden causar deterioro cognitivo temporal o permanente.	50 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO

CUERPO DE LEWY	depósitos anormales de proteína llamados alfa-si nucleína que se encuentran en las células nerviosas del cerebro.	50 a 80 años	Dependiente	Ordinal	SI NO
----------------	---	--------------	-------------	---------	--------------

CAPITULO V. Resultados

CONCLUSIONES

REFERENCIAS:

1. Ansiedad, depresión y soledad, factores que propician deterioro cognitivo en los adultos mayores de Tuxtla Gutiérrez (2020). <https://www.chiapasparalelo.com/trazos/tecnologia/2020/08/ansiedad-depresion-y-soledad-factores-que-propician-deterioro-cognitivo-en-los-adultos-mayores-de-tuxtla-gutierrez/>
2. Organización Panamericana de la Salud. La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326657>.
3. Liliana Pérez-García¹ , Norma Herrera-González² , Imer Guillermo Herrera-Olvera³ , Ana Laura Guerrero-González⁴ , Estephania Alejandra Albavera-Muñoz⁵ . 2023. Deterioro cognitivo y fragilidad física en adultos mayores de la UMF No. 75 Nezahualcóyotl. Disponible en: <file:///C:/Users/bg832/Downloads/vol2+num1+suplemento+art2.pdf>
4. Demencia OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
5. DEMENCIA, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2018 <https://www.paho.org/es/temas/demencia>
6. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo

maestro de guías de práctica clínica: IMSS-144-08 (2012)

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>

7. SEFAC 2015 <https://www.sefac.org/system/files/2023>
8. Demencia <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
9. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 13 de abril de 2016 https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedadesNeurodegenerativas/docs/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf
10. (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2018). <https://www.gob.mx/conadis/articulos/la-esclerosis-lateral-amiotrofica-ela?idiom=es>
11. OMS 2017 DEMENCIA <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
12. (Global action plan on the public health response to dementia, 2017 – 2025) <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
13. CARACTERIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA IBEROAMERICANA SOBRE INTERVENCIONES EN LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES (Emilse Bilyk,

2015). https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/56018/CONICET_Digital_Nro.0f10e8db-540c-4dc0-afaa-fae7e18f6f88_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

14. INFLUENCIA DE LA OCUPACIÓN EN EL DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS. (PAOLA BÓRQUEZ ARCE, 2016). <https://posgrado.colef.mx/wp-content/uploads/2016/11/TESIS-B%C3%B3rquez-Arce-Paola.pdf>
15. Factores asociados al envejecimiento cerebral patológico en adultos mayores (AM). Centro de atención de enfermería (CAE). (Martha Yolanda Morocho Mazón, 2020). <file:///C:/Users/bg832/Downloads/Dialnet-FactoresAsociadosAlEnvejecimientoCerebralPatologic-7591557.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. (2017). Declaración de los Principios para la Atención de las Personas Mayores con Deterioro Cognitivo <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
17. • Asamblea General de la ONU. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
18. • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
19. • Ley General de Salud, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
20. • Ley de Protección a los Adultos Mayores del Estado de Chiapas. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>

ANEXOS