



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS MAYORES DE 50 AÑOS CON
DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS EN CETADS DE LA CIUDAD
DE CUENCA”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Psicólogo/a Clínico/a

Autores:

María Belén Carvallo y Juan Cristóbal Solís

Director:

Dr. Patricio Cabrera

Cuenca-Ecuador

2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis familiares, amigos, maestros y conocidos, que a lo largo de mi vida académica me guiaron y me brindaron su apoyo para alcanzar los objetivos personales propuestos hasta la actualidad.

- Juan Cristóbal Solís Coronel

DEDICATORIA

Quiero dedicar y agradecer en primer lugar a Dios y a mis padres: Marcelo y Patricia, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros les debo a ellos, incluyendo este, por su constante apoyo y motivándome a seguir mis anhelos. Por último, pero no menos importante, agradecer a mis maestros por compartir sus conocimientos, y a mi persona por creer en mí.

-María Belén Carvallo Calvachi

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos comedidamente a nuestros familiares, amigos de la carrera, docentes y a la Universidad del Azuay que nos ha guiado y servido de respaldo en este camino, hacemos mención a los profesionales que nos acogieron en nuestras prácticas universitarias y nos sirvieron de ejemplo y nos enseñaron habilidades en el campo profesional.

Enfatizamos el compromiso de los docentes que tuvimos la oportunidad de conocer a lo largo de la carrera de psicología clínica y agradecemos la dedicación, la calidez y el seguimiento que tuvieron con nosotros.

Juan Cristóbal Solís Coronel.

María Belén Carvallo Calvachi.

RESUMEN

En este trabajo de titulación se realizó un análisis del deterioro cognitivo, dirigido a los pacientes de 50 años de los centros de rehabilitación de alcohol y otras sustancias en varios CETAD y Clínicas de Rehabilitación de la ciudad de Cuenca, de manera que sirva para concientizar y enseñar la importancia en las repercusiones del abuso de sustancias en el área cognoscitiva y como afecta en el proceder individual de las personas.

Se realizó el test Mini Mental State Examination a 30 usuarios de género masculino de 50 años de edad en adelante, con el objetivo de conocer las limitaciones, áreas afectadas y el grado de deterioro cognitivo que padecen consecuente del abuso de alcohol y otras sustancias; de esta manera se evidenció la relación del consumo de sustancias con la disminución de las aptitudes cognitivas en adultos mayores.

Palabras clave: deterioro cognitivo, CETAD, rehabilitación, repercusiones, abuso de alcohol, drogas, sustancias psicoactivas, adicción.



Dr. Patricio Cabrera
Director de Tesis

ABSTRACT

In this degree work, an analysis of cognitive impairment was made, aimed at 50-year-old patients of alcohol and other substances in several CETAD and Rehabilitation Clinics in the city of Cuenca to raise awareness. Also, to teach the importance of the repercussions of substance abuse in the cognitive area and how it affects the individual behavior of people. The Mini Mental State Examination test was administered to 30 male users aged 50 years and older in order to determine the limitations, affected areas, and degree of cognitive impairment suffered as a result of alcohol and other substance abuse. In this way, the relationship between substance consumption and the decrease in cognitive skills in older adults was evidenced.

Keywords: cognitive impairment, CETAD, rehabilitation, repercussions, alcohol abuse, drugs, psychoactive substances, addiction.

Translated by:



Juan Cristóbal Solís Coronel

Author



María Belén Carvallo Calvachi

Author

Tabla de contenido

DEDICATORIA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I.....	1
1.1 Deterioro cognitivo en usuarios mayores de 50 años con dependencia al alcohol y a otras sustancias en CETAD de la ciudad de Cuenca	1
1.1.1 Deterioro Cognitivo	1
1.1.2 Deterioro Cognitivo y Demencia	2
1.1.3 Deterioro Cognitivo por edad	3
1.1.4 Deterioro cognitivo por consumo drogas	5
1.1.5 Deterioro cognitivo por consumo de alcohol	8
1.1.6 Problemática	9
CAPÍTULO II.....	10
2.1 Relación entre deterioro cognitivo y dependencia al alcohol y otras sustancias.....	10
2.1.1 Alcoholismo y otras sustancias	10
2.1.2 Áreas que afectan el consumo de alcohol y otras sustancias.	14
2.1.3 Consecuencias del alcoholismo crónico y consumo de otras sustancias	15
2.1.4 Factores de Riesgo	17
CAPÍTULO III.....	24
3.1 Metodología y resultados	24
3.1.1 Tipo de investigación	24
3.1.2 Objetivos	24
3.1.3 Pregunta de investigación	24
3.1.4 Muestra	25
3.1.5 Criterios de inclusión	25
3.1.6 Criterios de exclusión	25
3.1.7 Herramientas metodológicas	26
3.1.8 Procedimiento	27

3.1.9	Resultados	28
CAPÍTULO IV		44
4.1	DISCUSIÓN	44
4.2	CONCLUSIONES	46
4.3	RECOMENDACIONES	47
4.4	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
4.5	ANEXOS	55

CAPÍTULO I

1.1 Deterioro cognitivo en usuarios mayores de 50 años con dependencia al alcohol y a otras sustancias en CETAD de la ciudad de Cuenca.

En este capítulo nos dedicaremos a conceptualizar y esclarecer los conceptos que vamos a tratar en este estudio investigativo, tanto del deterioro cognitivo y el alcoholismo y cómo estos dos afectan al individuo y la naturaleza de su sintomatología, lo cual nos ayudará a conocer y saber identificarla, de esta manera podremos tener mayor profundidad en este tema de investigación.

1.1.1 Deterioro Cognitivo

Para Fustinoni (2002), el deterioro cognitivo son los cambios o la pérdida de las funciones cognitivas, como la conducta, la memoria, orientación, lenguaje, el reconocimiento visual, el cual dificulta realizar las actividades tanto individual como social de la persona que padece esta condición.

La definición sobre el deterioro cognitivo otorgada por la Organización Alzheimer's Association que menciona:

El deterioro cognitivo leve o DCL es la fase inicial de la pérdida de memoria o por su parte incapacidad cognitiva, ya sea en cualquier área de la cognición, en individuos que tienen la facultad de desenvolverse de manera autónoma en la mayoría de actividades de la vida diaria (Alzheimer's Association, 2017)

Este concepto nos da a entender los límites y repercusiones en la vida de una persona funcional, la cual mantiene una independencia a pesar de las limitaciones que implica tener dicha condición.

Según el Instituto Nacional del Cáncer (2011) define al deterioro cognitivo como:

Los cambios de estado del pensamiento, el aprendizaje, memoria, juicio y toma de decisiones. Los aspectos del deterioro cognitivo albergan la reducción en las capacidades de retención de información y problemas de concentración, acabar tareas, recordar, seguir instrucciones y resolución de situaciones.

A partir de este concepto podemos delimitar al deterioro cognitivo como las limitaciones que padece una persona en su contexto individual para realizar actividades del diario vivir, para poder ser un individuo funcional para su auto sustento tanto físico como mental.

1.1.2 Deterioro Cognitivo y Demencia

Como bien mencionamos el deterioro cognitivo leve es la etapa inicial de la pérdida de las capacidades cognitivas básicas como la memoria, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje, entre otros.

Según la Organización Alzheimer's Association, cataloga los indicios del deterioro cognitivo leve de acuerdo a las habilidades de pensamientos que han sido deterioradas; DCL amnésico: que afecta en mayor medida la memoria, el individuo podría empezar a olvidar información que sea significativa que inicialmente la hubiese recordado sin problema, como por ejemplo eventos que han pasado hace no mucho tiempo, conversaciones, citas; el DCL no amnésico: este inflige deterioro en las facultades de pensamiento no relacionadas con la memoria, facultades tales como la capacidad de tomar decisiones, medir el tiempo o estimar la secuencia de pasos que requiere una actividad compleja para que esta sea realizada o percepción visual.

Según, Díaz Barrientos & Sosa Coronado (2010), El deterioro cognitivo leve o (DCL) constituye una clase de límite entre una función cognitiva normal y la demencia; en ella el individuo presenta un marcado deterioro cognoscitivo, pero no de manera significativa como para limitar el funcionamiento de este. Por otra parte, la demencia leve es la etapa inicial de la demencia, el cual es un síndrome en el que los daños a nivel intelectual afectan en las actividades sociales, laborales del individuo y su detección y tratamiento inmediato resulta determinante para retrasar su proceso degenerativo y mantener la salud mental y autonomía en las actividades diarias.

De la misma manera para Fustinoni (2002), menciona que el deterioro cognitivo y la demencia son definiciones casi idénticas las cuales se diferencian por el grado de alteración en las condiciones del paciente.

1.1.3 Deterioro Cognitivo por edad

La demencia y el deterioro cognitivo son problemas comunes en las personas mayores, por lo que es importante identificar los factores de riesgo que se puedan mejorar, por lo tanto, es importante detectar casos tempranos de deterioro cognitivo, se deben implementar intervenciones tempranas específicas, incluidas las farmacológicas y de rehabilitación (Sequeria Rojas, 2019).

Al hacer mención acerca del deterioro cognitivo por la edad debemos tener en cuenta que, durante el envejecimiento normal de alrededor de los 50 años, se puede presenciar cambios en el sistema nervioso central.

A medida que envejecemos, el cerebro de manera natural empieza a sufrir cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y cíclicos, lo que resulta en cambios cognitivos o

flexibilidad cerebral y actividad en muchas funciones cerebrales. Se proporciona la continuación de la función normal basada en la hiperactividad (Benavides-Caro, 2017).

De la misma manera para Benavides-Caro (2017), postula que varios de los cambios morfológicos fueron, la disminución del volumen y el adelgazamiento de la corteza prefrontal, que desempeña un papel importante en la atención y la función ejecutiva; una reducción de tamaño en las neuronas las cuales no son uniformes, variaciones en la sinapsis y disminución en el número y tamaño de las dendritas y células piramidales; en especial en las enfermedades neurodegenerativas se reducen los neurotransmisores y se reduce el número de receptores, en la aterosclerosis se reduce el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno, en contraste con pacientes sanos que no sufren estos cambios en el envejecimiento, el deterioro en la memoria se relaciona con los cambios en los circuitos fronto-estriatales los cuales se están vinculados con la memoria y su formación.

Según un estudio científico publicado por British Journal of Communication (BMJ) en el año 2017, la memoria, el razonamiento y la cognición comienzan a decaer antes de lo esperado. Las habilidades cerebrales como la memoria, el pensamiento y la comprensión (funciones cognitivas) empiezan a disminuir después de los 45 años de edad (Lantigua, 2012).

Un estudio realizado por investigadores del University College London (Reino Unido) encontró que las habilidades de razonamiento de hombres y de mujeres entre edades de 45 y 70 años disminuyeron en un 3,6%. A medida que envejecemos, el cerebro experimenta natural y esporádicamente cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y hemodinámicos que conducen a cambios cognoscitivos o mantienen una función normal debido a su flexibilidad y plasticidad cerebral y función cerebral hiperactiva (Lantigua, 2012).

Las enfermedades de mayor relevancia que amenazan al deterioro cognitivo en adultos mayores son las demencias, la más significativa es la enfermedad del Alzheimer, que se estima entre un 60% y un 80% de la población afectada (Alzheimer's Association, 2017)

Analizando los conceptos expuestos delimitamos que el envejecimiento es un factor fundamental en el deterioro de las áreas cognitivas, las cuales limitan al individuo, de manera que, se dificultan tanto las actividades que pueden realizar, así como las herramientas, sus facultades para retener información y la manera de aprender de forma más fluida.

1.1.4 Deterioro cognitivo por consumo drogas

En este apartado se tratará de evidenciar las consecuencias del consumo de sustancias nocivas para nuestro cuerpo y el daño en nuestra cognición y a un nivel neuropsicológico.

La principal consecuencia del consumo de drogas es la aparición de cuadros neuropsiquiátricos. Se muestran afectadas las funciones de memoria, aprendizaje, la atención, la concentración y el razonamiento (Verdejo-García et al., 2004)

En el estudio desarrollado por Rojo Mota et al., (2013) encontró que el 70% de la muestra en adicciones, todos tienen deterioro cognitivo leve, es difícil encontrar estudios que muestran que sustancias provocan mayor deterioro cognoscitivo. Sin embargo, la marihuana parece afectar la corteza prefrontal, que alberga importantes funciones cognoscitivas (Tziraki, 2012).

Según Coullaut-Valera et al. (2011), *en Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas*, postulan que:

El consumo de drogas provoca trastornos neuropsiquiátricos a través de diversos mecanismos de acción. En primera instancia, inducen cambios morfológicos en las estructuras cerebrales, como la pérdida de volumen cerebral, reducción de la proporción de la materia gris, reducción del volumen ventricular, dilatación del espacio pericárdico y de los dos ventrículos laterales e hipoplasia neuronal; reducción del tamaño y muerte de las neuronas o atrofia cerebral. Del mismo modo, pueden ejercer efectos perjudiciales a través de la reorganización metabólica de los circuitos de conectividad sináptica consecuentes de los procesos de tolerancia, abstinencia y deshabituación generando adaptaciones bioquímicas en los sistemas de liberación de dopamina, serotonina y norepinefrina. Por último, pueden causar cambios en la angiogénesis cerebral, vasoconstricción, hemorragia parenquimatosa y subaracnoidea y accidente cerebrovascular isquémico (Coullaut-Valera et al., 2011, p. 169).

El consumo de sustancias psicoactivas genera afecciones en el funcionamiento físico, social y mental, afecta la cognición y conduce a problemas para una correcta socialización y los componentes operacionales de la memoria (Valdevila Figueira et al., 2020).

Los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias poseen una elevada representación en la carga mundial total de enfermedades con un 13% (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Las tasas de evaluación del deterioro cognitivo en adictos a las drogas varían ampliamente, oscilando entre el 30% y el 80%, según el método de evaluación utilizado y la función medida. En consideración, los fenómenos más estudiados en usuarios de drogas incluyen síntomas asociados con el deterioro de la memoria, capacidad de aprendizaje,

atención y concentración, memoria del trabajo y desempeño funcional, con el grado de deterioro; cuando se evidencia un deterioro leve no constituye un diagnóstico aceptado (Valdevila Figueira et al., 2020).

De la misma manera, pueden ejercer efectos perjudiciales a través de la reorganización metabólica de los circuitos interconectados sinápticos resultantes de la tolerancia, la abstinencia y la deshabitación induciendo adaptaciones bioquímicas en los sistemas de liberación de dopamina, serotonina y noradrenalina que interactúan con receptores de glutamato y pueden desencadenar mecanismos de potenciación y depresión a largo plazo en el hipocampo y el núcleo accumbens (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Para poder realizar este trabajo se debe cumplir el criterio de síndrome de dependencia del CIE-10 cuyo criterio diagnóstico se fundamenta en los siguientes puntos:

- a) Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un periodo de 12 meses.
- b) Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir una sustancia.
- c) Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
- d) Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característicos de la

sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- e) Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como la necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
- f) Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
- g) Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

1.1.5 Deterioro cognitivo por consumo de alcohol

Los síntomas más frecuentes de neurotoxicidad del alcohol incluyen deterioro cognitivo, pérdida de memoria y resaca. Beber alcohol en demasía genera adicción y puede conducir a la pérdida de la memoria. Los síntomas como dolor de cabeza, irritabilidad, temblores, fatiga, vómitos, pérdida de apetito, diarrea y síntomas gastrointestinales pueden persistir durante algún tiempo después de que la intoxicación haya ocurrido. Las resacas y la demencia preceden al deterioro cognitivo inducido por el uso y, por lo tanto, son clínicamente relevantes como predictores de daño cerebral que pueden conducir al deterioro cognitivo o al deterioro cognitivo permanente (Arias Duque, 2005).

La repercusión a nivel neuronal, por neurotoxicidad es más fuerte en el hipocampo, el hipotálamo y el cerebelo, lo que afecta la memoria y la capacidad de aprendizaje (Flórez Menéndez et al., 2019).

La función colinérgica también se ve afectada por la toxicidad de este estimulante, con mayores déficits en la atención, memoria y el aprendizaje (Ridley et al., 2013).

Otra área gravemente afectada es la corteza prefrontal resultando en una disfunción ejecutiva. El alcohol también parece dañar el cerebro mediante la apoptosis, el estrés oxidativo, el daño mitocondrial y la neurogénesis alterada (Sachdeva et al., 2016).

1.1.6 Problemática

Con el presente estudio investigativo se tratará de establecer y posteriormente identificar una relación y/o influencia del alcoholismo con respecto al deterioro cognitivo en pacientes internados en Centros de Rehabilitación (CETAD), que cumplan con el rango de edad establecido mayores de 50 años y que se encuentren en la ciudad de Cuenca; de esta manera, consideramos que los mencionados temas de índole social son una problemática común dentro de la comunidad donde formamos parte, la cual se debe tomar en cuenta.

CAPÍTULO II

“Parte de tu salud mental se refleja en tu consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol” (Vargas Pineda, 2001).

Al hablar sobre la salud mental puede entenderse como la capacidad de los individuos y grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; una forma de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y aprovechamiento óptimo de las capacidades psicológicas, tanto cognitivas como afectivas y relacionales; así como el logro de metas individuales y colectivas coherentes con la justicia y el bien común.

2.1 Relación entre deterioro cognitivo y dependencia al alcohol y otras sustancias.

El daño cerebral relacionado con el alcohol y otras sustancias, combina dos dimensiones que determina el grado de daño en cada individuo: por un lado la neurotoxicidad está directamente relacionada con la excitotoxicidad provocada por la abstinencia glutamatérgica tras el consumo excesivo de alcohol (Boubeta et al., 2018; Vargas-Martínez et al., 2018).

El daño neuronal por neurotoxicidad es más severo en el hipocampo, el hipotálamo y el cerebelo, pudiendo afectar la memoria y el aprendizaje (Flórez Menéndez et al., 2019).

2.1.1 Alcoholismo y otras sustancias

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu), como es bien sabido en situación internacional, el alcohol es una de las sustancias más consumidas en el mundo. Los niños y adolescentes pueden beber alcohol con regularidad, lo que explica el inicio temprano de la bebida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1976), el término “síndrome de dependencia del alcohol (SDA)” descrito como un trastorno conductual crónico, caracterizado por condiciones físicas y mentales compulsivas que conducen al consumo excesivo de alcohol en relación con las normas nutricionales y sociales, repetitivas, persistentes o periódicas que causan consecuencias psicológicas y neurológicas. Finalmente interfiere con la salud, el funcionamiento económico y social de los bebedores (Olite et al., 2014).

Entre los principales impulsores del alcoholismo en este entorno se encuentran la influencia de amigos y familiares, el ambiente de festividades y los problemas de pareja o del entorno, especialmente en el ámbito laboral. Las causas relacionadas con el estrés incluyen el alcoholismo que provoca cambios en las relaciones sociales, familiares y económicas de las personas en riesgo, los trastornos de personalidad asociados, el rechazo ambiental, la evitación de conflictos y la inmadurez emocional (García Gutiérrez et al., 2004)

En cuanto a las sustancias se sabe que el hombre desde siempre ha utilizado sustancias psicoactivas para poder así cambiar su apreciación de la realidad, en una búsqueda constante de alejarse de su sufrimiento ya sea este físico, psíquico, social o espiritual. Desde los comienzos de la historia se han utilizado sustancias con finalidades medicinales, recreativas o para llevar a cabo ritos de la época (Damin, 2010).

A principios del siglo XIX, el uso de opio y drogas medicinales estaba muy extendido en Inglaterra, un país conocido por sus estrechos vínculos con el Este. Por un lado, recomienda su uso por sus beneficios terapéuticos y condena moralmente su uso voluntario “sin carácter ni voluntad”. Después de su descubrimiento, las drogas psicotrópicas se incorporan al tratamiento de la enfermedad mental y dieron forma a los principios de la psicofarmacología

moderna con respecto a las causas “bioquímicas” de la enfermedad mental y el “tratamiento” de las enfermedades más debilitantes (Damin, 2010).

Las manifestaciones psiquiátricas humanas pueden responder a patrones culturales que influyen en el comportamiento, así como a factores individuales o genéticos que contribuyen a la enfermedad mental o la salud mental. Esto se puede ver en los enfoques biológicos o psicológicos que intentan comprender la compleja relación del hombre con su entorno, así como las respuestas a él. Una de estas manifestaciones es la conducta adictiva hacia los psicoestimulantes, es decir, el abuso de estimulantes, entendido como una forma de consumo inapropiado, representado por efectos adversos significativos y repetido puede conducir a la violación de deberes importantes, uso en situaciones de riesgo físico, muchos problemas legales y sociales y problemas interpersonales (Vargas Pineda, 2001).

Sin embargo, a mediados del siglo XX, se produjo un cambio fundamental en el uso de drogas psicotrópicas por parte de personas aisladas o conectadas a relaciones festivas o rituales tradicionales. Las circunstancias en las que se produjo este consumo y en las que se llevó a cabo posteriormente se han modificado únicamente con el fin de estudiar los efectos psicoactivos (Damin, 2010).

El lugar que ocupan las drogas en la sociedad y por qué incluyen a unas y excluyen a otras debe explicarse a la luz de los cambios sociales, económicos, culturales y científicos que las afectan. La drogodependencia es en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública por tratarse de un fenómeno social complejo que requiere también de lecturas complejas para encontrar soluciones (Damin, 2010).

El consumo de drogas como fenómeno social refleja cambios antropológicos en la perspectiva y significado del consumo de drogas; es decir, está en nuestras culturas, no en ellas. Se refiere a un modelo básico de la interdependencia de los lazos sociales y la libertad individual. Se puede enfatizar que ningún caso puede ser procesado, pero hay tres áreas problemáticas a la vez necesarias y “forzadas” que pueden ser utilizadas para su desarrollo: contexto social, personas sintonizadas y uno o más sustancias (Damin, 2010).

El consumo de drogas es una conducta aprendida: nadie nace consumidor de drogas ni empieza a consumirlas espontáneamente. Uno de los factores que influyen en su desarrollo es la exposición de personas cercanas al consumo durante la infancia y/o adolescencia. Por lo tanto, cuanto mayor sea el consumo, más probable es que más personas participen en él en el futuro. Esto puede explicar en parte el aumento exponencial del consumo de drogas. La exposición al consumo conduce a la naturalización del comportamiento desde el principio (Keegan, 2012).

De esta manera, la naturalización se hace efectiva en una etapa posterior, cuando los adolescentes o jóvenes ingresan a un ambiente social, laboral o de estudio donde el consumo de drogas es común. Otro factor que suele surgir en este tipo de situaciones es la presión social por consumir (Keegan, 2012).

2.1.2 Áreas que afectan el consumo de alcohol y otras sustancias.

El papel del alcoholismo ha sido crucial en

“actos violentos como accidentes, suicidios y asesinatos; desencadenando enfermedades orgánicas como cirrosis y pancreatitis; problemas en el trabajo y pérdida de productividad por ausentismo, accidentes de trabajo e invalidez; perder años potenciales de vida; aumento de las necesidades de atención de la salud y otras consecuencias negativas para las personas, las familias y la sociedad” (Vargas Pineda, 2001, p. 77).

Además, el alcohol está fuertemente asociada con la violencia doméstica y aumenta el riesgo de transmisión del VIH a través de relaciones sexuales sin protección, a menudo en estado de ebriedad. Es la segunda causa principal de muerte prematura después del tabaquismo (Vargas Pineda, 2001).

Esta es una enfermedad adictiva que se puede adquirir de muchas maneras diferentes. Se piensa que los factores de riesgo para el alcoholismo incluyen la soledad, la depresión, la escolaridad inadecuada y especialmente los conflictos familiares y las relaciones sociales (García Gutiérrez et al., 2004).

El consumir en exceso bebidas alcohólicas es uno de los causantes más comunes de abuso social, como agresiones sexuales, altercados físicos, encuentros sexuales inseguros (sin medios de protección), y abandono de la familia y el trabajo. A nivel mundial, es el responsable del 50% de las muertes ocurridas por accidentes automovilísticos y del 30% de los homicidios y detenciones policiales. Por lo tanto, reduce la expectativa de vida entre los 10 y 15 años y representa el 30% de las hospitalizaciones psiquiátricas y el 8% de las hospitalizaciones por

trastornos psiquiátricos. También representa casi la mitad de todas las condenas por delitos menores y delitos graves como homicidios. En este entorno, se asocia a un tercio de las conductas violentas y delictivas y del 20 al 25% de las muertes accidentales (García Gutiérrez et al., 2004).

2.1.3 Consecuencias del alcoholismo crónico y consumo de otras sustancias

El alcohol es una sustancia soluble en agua que circula libremente en el cuerpo, iniciando procesos metabólicos que afectan las células y los tejidos, y también provoca la formación de acetaldehído, que es más tóxico que el alcohol en primer lugar. La oxidación del alcohol en los tejidos (principalmente en el hígado) determina el uso masivo de sustancias en forma limitada, que son necesarias para el normal metabolismo de las grasas. El desgaste de estas sustancias por el consumo excesivo de alcohol provoca graves alteraciones en el metabolismo de las grasas, dando lugar a hígado graso o esteatosis hepática y, si no se controla limitando el consumo de alcohol, a cirrosis, que es una de las complicaciones más graves y frecuente en la persona consumidora (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003).

El alcohol tiene un estado anti elemental, reduce significativamente el apetito, crea calorías vacías (no se produce energía), afecta la membrana mucosa del tracto gastrointestinal e interfiere con la absorción normal de los alimentos ingeridos, así como también aumenta significativamente la necesidad del cuerpo de vitaminas, aunque cada gramo de alcohol aporta 7 calorías, no pueden generar ni almacenar energía, sino que las células utilizan para el metabolismo básico. Dando como un resultado final hipertensión arterial por la ingesta desmesurada de lípidos y el efecto que repercute en las glándulas suprarrenales producen cortisona (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003).

Los alcohólicos, como grupo social, tienen las tasas más altas de separación y divorcio. Sin embargo, estudios realizados en el país han demostrado que cerca de la mitad de los bebedores son capaces de mantener una relación marital durante mucho tiempo (García Gutiérrez et al., 2004).

Se ha estudiado la dinámica familiar en los hogares de alcohólicos y se ha señalado su superposición con las llamadas “crisis familiares no transitorias” (como el divorcio, enfermedad crónica o muerte de uno o ambos padres, excesiva hostilidad, violencia doméstica), falta de estimación a los consumidores de alcohol, descuido de sus hijos, situaciones judiciales, comportamientos vergonzosos, malas relaciones interpersonales, entre otras (García Gutiérrez et al., 2004)

Cabe señalar que, aunque los trastornos gastrointestinales son los más mencionados, la miopatía y la neuropatía periférica son las afecciones más comunes (García Gutiérrez et al., 2004).

Su mecanismo es la disfunción de la transmisión dopaminérgica central en la que los estímulos previamente neutrales pueden convertirse en señales condicionadas que desencadenan la liberación de dopamina, con ansias desesperadas de beber. Razón por la cual, la lucha contra el alcoholismo requiere que las organizaciones públicas y privadas a todos los niveles actúen en una serie de áreas, incluida la atención a alcohólicos y drogodependientes, la lucha contra el narcotráfico y la formación de profesionales (García Gutiérrez et al., 2004).

Las sustancias psicotrópicas producen efectos psico sensoriales y fisiológicos dependiendo de si se clasifican en diferentes categorías:

- Psico analéptico (Estimulación)
- Antipsicóticos (Inhibidores)
- Psico dislépticos (Alucinógenos)
- Cannabinoides

Todos ellos tienen propiedades reforzantes, entendidas como la capacidad de producir efectos que provocan en el usuario un fuerte deseo de volver a utilizarlos en busca de efectos similares. Las sustancias psicoactivas alteran la síntesis, descomposición o liberación de neurotransmisores y neuropéptidos en el cerebro. Estos son diferentes químicos que se unen a diferentes sitios clave en el cerebro y el medio ambiente y producen un conjunto diferente de efectos fisiológicos y de comportamiento cuando se administran (Damin, 2010).

2.1.4 Factores de Riesgo

En el proceso del desarrollo mental humano, se producen una serie de factores de riesgo que, dependiendo de la capacidad de reacción del individuo, dan lugar a mecanismos adaptativos favorables o desfavorables (Vargas Pineda, 2001).

- **Factores de riesgo genéticos:** Implican un mayor grado de sensibilidad de unas personas hacia otras, incluso en circunstancias similares; es probablemente genética. Cabe mencionar que la relación entre estos factores genéticos y los rasgos ambientales puede o no contribuir a su activación.

- **Factores de riesgo de transmisión familiar:** Mayor propensión al abuso de alcohol y drogas, es decir, La adicción en general puede surgir de las relaciones con otros

consumidores, el uso permitido de drogas, la falta de suficiente conexión emocional entre los miembros de la familia, la participación insuficiente de los padres en la educación de los hijos y el uso insuficiente del poder (por exceso o falta), medidas disciplinarias incorrectas o inconsistentes. comportamiento. patrones, ruptura familiar, sobreprotección, patrones de comunicación negativos, como críticas y culpas constantes, y un predominio de la comunicación contradictoria.

- **Factores de riesgo individuales:** La edad es un factor importante a considerar; los adolescentes y los hombres jóvenes son más propensos a consumir. Las conductas que pueden presentarse corresponden a agresiones, violencia y, en general, conductas antisociales. Por otro lado, pueden prevalecer ciertos estados emocionales: depresión, hostilidad, ansiedad y baja autoestima.

- **Factores de riesgo socioculturales:** La sociedad de consumo tiene mecanismos ocultos de seducción que son ampliamente favorecidos por los medios de comunicación; por ejemplo, publicidad atractiva relacionada con el tabaco y el alcohol. Los grupos de pares son los que más están asociados con el inicio y mantenimiento del consumo.

- **Factores psicosociales:** La presencia de factores relacionados con la salud y el desarrollo humano, demostrada por síntomas inespecíficos como dolor difuso, alteración del sueño, ansiedad o depresión, sugiere la posibilidad de que algunos individuos identifiquen con mayor facilidad síntomas psicológicos que pueden indicar una negativa a responder a determinadas actividades. evento y el control que realiza para un elemento en particular.

2.3.2 Factores Protectores

Los siguientes factores son los descritos en García Gutierrez et al. (2004):

En general, a los factores protectores no se les da mucha importancia en la literatura mundial porque corresponden principalmente al factor de riesgo opuesto. Sin embargo, encontraron: influencia positiva de un grupo de amigos (pares, prácticas saludables, sin riesgo), adecuada comunicación y comunicación entre padres e hijos (apoyo emocional), adherencia a rituales familiares básicos en los que el intercambio de experiencias, apoyo espiritual y el compañerismo mutuo entre los miembros indica un gran apego a la familia, un alto nivel de educación mejor, una adecuada autoestima y la disponibilidad de áreas recreativas.

a) Aspectos conceptuales sobre el alcoholismo

A. Tolerancia: adaptación cerebral a la presencia de altas concentraciones de alcohol.

B. Dependencia física: síntomas de abstinencia que ocurren cuando disminuye o cesa el consumo de alcohol.

- Que exceda el consumo normal en un ambiente particular. Esto significa que se está produciendo un abuso tóxico y que este abuso no es un comportamiento transitorio sino un patrón constante de comportamiento.
- Que existan daños orgánicos, psicológicos y sociales.
- Que existe un grado de esclavitud al químico tóxico que hace que el sujeto, aunque consciente del daño por experiencia propia, no pueda dejar de consumir.

C. Etapas del alcoholismo

1. **Consumo de riesgo:** cuando solo se cumple la primera condición, se dice que la persona es un consumidor de riesgo (por el riesgo de enfermedad).

2. **Consumo dañino:** cuando se cumple el primer y segundo requisito.

3. **Dependencia.**

Si son existentes tres de estas afirmaciones previamente mencionadas de adicción, y en estas dos últimas modalidades (uso nocivo y adicción) en realidad es una enfermedad, mientras que el uso de riesgo es una fase de transición al siguiente estado (García Gutiérrez et al., 2004).

b) Principales complicaciones del alcoholismo

- **Afecciones neurológicas:** Neuropatía periférica distal, dolor de cabeza, temblores, convulsiones (especialmente en personas propensas a las convulsiones), miopatía alcohólica aguda, degeneración cerebelosa, daño cortical difuso en la demencia alcohólica, cambios degenerativos del cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos (en casos graves), pérdida de fuerza muscular, calambres y dolor en piernas y brazos, accidente cerebrovascular. Intoxicación aguda por alcohol, síndrome de abstinencia alcohólica, agudeza visual, alcohol-tabaco, pelagra, síntomas metabólicos tóxicos, enfermedad de Marchiafava-bignamia, mielinosi central de la protuberancia.

- **Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas:** Glositis, esofagitis, gastritis, diarrea, úlceras gástricas y duodenales; varices esofágicas; cáncer de estómago, boca

y esófago; hepatitis, hígado graso, cirrosis, pancreatitis hemorrágica aguda y pancreatitis crónica.

- **Efectos sobre el aparato cardiovascular:** Aterosclerosis temprana, hipertensión arterial, infarto de miocardio, miocardiopatía.

Efectos sobre el aparato genitourinario: Disfunción sexual, disminución de los niveles de hormonas masculinas debido a los efectos del alcohol en los testículos y la glándula pituitaria, disminución del flujo sanguíneo en el cuerpo cavernoso debido a la aterosclerosis temprana, defectos de nacimiento en el bebé, dismenorrea intelectual severa o conducta en casos menos severos (alcohol fetal). Trastorno de la vejiga y cáncer de vejiga (García Gutiérrez et al., 2004).

2.4 Criterio diagnóstico dependencia al alcohol y otras sustancias

Según la CIE-10, define el sistema de dependencia alcohólica como un trastorno, no una enfermedad. Entre los principales criterios empleados son, el excesivo consumo de alcohol, la repercusión física y psíquica que produce y los conflictos psicosociales, legales, laborales y familiares que crea.

Para que el alcoholismo se diagnostique como crónico deberá cumplir ciertos parámetros los cuales indica la Clasificación Estadística Internacional de los Trastornos Mentales (CIE 10):

-Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo.

Pautas para el diagnóstico:

- En algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:
- Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo)
- Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Evaluar a una persona como alcohólica requiere considerar si se cumplen los criterios de toxicidad y seguridad de lo que se considera alcoholismo primario e identificar entidades clínicas caracterizadas por la incapacidad del paciente para evitar dichos comportamientos nocivos. La clasificación de los pacientes alcohólicos sería la siguiente: bebedor esporádico, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, bebedor alcohólico complejo, bebedor complejo terminal (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003).

La línea que separa lo normal de la enfermedad es el bebedor social y el bebedor empedernido no adicto, seguida de la cantidad y frecuencia de consumo y las deficiencias nutricionales asociadas que, por desequilibrios, conducen a la desnutrición proteico-energética (PED) grave, y deficiencias nutricionales. Las adquisiciones crearán oportunidades evolutivas restantes (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003).

El abstinentes por completo es la persona que nunca bebe, a diferencia de los siguientes:

- Bebedor esporádico: es aquel que bebe de vez en cuando una cantidad limitada, siendo menos de 5 veces al año.
- Bebedor social: aquellos que consumen alcohol sin violar las normas sociales.
- Bebedor abusivo sin dependencia: ingiere más del 20% de las calorías de la dieta en alcohol.
- Bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones: dependencia física, caracterizada de temblores intensos, irritabilidad, insomnio, dolores de cabeza y sudoración durante la abstinencia.
- Bebedor alcohólico complejo: presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, alucinosis alcohólica y psicosis de korsakoff, cirrosis hepática, gastritis.
- Bebedor complejo terminal: deterioro físico y psíquico notable, se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos.

CAPÍTULO III

3.1 Metodología y resultados

El presente capítulo tiene como objetivo describir el enfoque se ha utilizado en esta investigación, detallando así los objetivos, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión y los instrumentos metodológicos utilizados. Asimismo, se exponen los resultados que se obtuvieron mediante la batería aplicada.

3.1.1 Tipo de investigación

La presente investigación es descriptiva y correlacional, no experimental con enfoque cuantitativo y alcance a nivel transversal.

3.1.2 Objetivos

Determinar el deterioro cognitivo en pacientes con dependencia al alcohol y

otras sustancias. Los objetivos específicos son:

- Detectar la dependencia al alcohol y a otras sustancias.
- Delimitar el nivel de deterioro cognitivo en pacientes con dependencia al

alcohol y otras drogas.

- Especificar las funciones cognitivas mayormente afectadas por el

consumo de alcohol y otras drogas.

3.1.3 Pregunta de investigación

¿Existe deterioro cognitivo en pacientes que sufren de dependencia alcohólica y otras

sustancias?

3.1.4 Muestra

La muestra estará constituida por 30 usuarios masculinos dependientes al alcohol que estén en un rango de edad mayor a los 50 años, en centros de rehabilitación y hospitales de la ciudad de Cuenca.

3.1.5 Criterios de inclusión

Pacientes internados en centros de rehabilitación, por el consumo dependiente de alcohol y otras sustancias impuesto por el criterio diagnóstico del CIE 10, cuyos usuarios sean mayores de 50 años. Pacientes que deseen participar de forma voluntaria y cumplan con los requisitos para evaluación.

3.1.6 Criterios de exclusión

Usuarios que sean menores de 50 años, que no cumplan con los criterios diagnósticos especificados y usuarios que no den su consentimiento. Se excluyeron a usuarios que son analfabetos o con considerables déficits sensoriales como sordera, ceguera etc., debido a que pueden inducir a un resultado final llamado “falso positivo”.

3.1.7 Herramientas metodológicas

Ficha sociodemográfica

Para nuestra investigación, se incluyeron las variables sociodemográficas de edad, género, estado civil, lugar de procedencia, profesión, centro de internamiento del paciente, tipo de sustancias que consumía y con la frecuencia que con la que lo realizaba. Todo ello con el fin de enriquecer el estudio.

Consentimiento informado

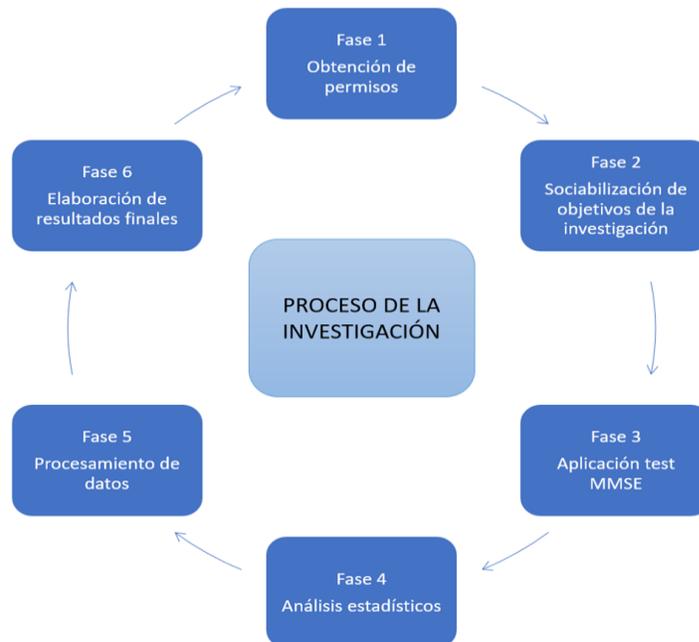
En este apartado se le explica al usuario qué es lo que se le aplicará, quiénes son las personas que lo van a realizar, explicando la finalidad que tiene esta evaluación, respetando la confiabilidad e intimidad de la información por la persona que lleva a cabo, lo mismo que la seguridad física y psicológica.

Mini Mental State Examination

Los creadores son Folstein y Cols en el año 1975, como una herramienta práctica para poder detectar trastornos cognitivos, consta de 11 ítems: orientación temporal, orientación espacial, recuerdo inmediato de 3 palabras, atención o cálculo (deletreo en inversa o resta secuencial), recuerdo diferido de las tres palabras, nominación de 2 objetos, repetición de una frase, comprensión de una orden verbal y una escrita, escritura de una oración y copia de un diagrama. Los puntajes parciales que se obtienen son sumados, obteniéndose un máximo de 30 pts. Tiene una duración de entre 5 a 10 minutos.

3.1.8 Procedimiento

Figura 1. *Procedimiento de la investigación*



Obtención de permisos para aplicar test:

Durante este proceso se realizaron los trámites pertinentes acerca de la institución donde se llevaría a cabo la aplicación del test, donde se explica el tema a tratar y finalidad. Respalda por la autorización y firma de nuestro director. Posteriormente, se realizó una reunión con las personas encargadas de cada centro, para poder así coordinar fechas y horarios para concretar la aplicación del test.

Recolección de datos y aplicación del test “MMSE”

La ejecución del respectivo test se realizó en diferentes meses del año por escasez de pacientes del rango de edad a necesitar, empezando a finales del 2022 y concluyendo a inicios del 2023. Asimismo, en 6 establecimientos de rehabilitación, en un periodo de tiempo de 10 minutos por

paciente de una muestra de 30 pacientes en total. En primer lugar, se socializó con los pacientes dándoles a conocer el consentimiento informado donde se le daría a conocer al paciente que toda información brindada de parte suya es netamente confidencial, qué tema tratará y el reactivo a utilizar, aclarando que la participación es voluntaria y que se espera no tener ningún beneficio a más del estudio que se estaba realizando. Posteriormente, se procedió a recolectar los datos mediante la ficha sociodemográfica. Como último punto se explicaron las consignas del reactivo para la aplicación del mismo.

Análisis estadístico:

Luego de la aplicación del reactivo, el siguiente paso fue la calificación del mismo, a través del manual del respectivo test. Posterior de obtener minuciosamente la calificación del reactivo, se realizó la edición de tablas y gráficos en Excel.

Elaboración de resultados finales:

Con los datos obtenidos mediante el programa Excel, se prosiguió a elaborar los resultados finales de manera descriptiva por medio de tablas y gráficos.

3.1.9 Resultados

Después de tener conocimiento del proceso metodológico que se llevó a cabo en la presente investigación, a continuación, se presentan los resultados obtenidos por el programa Excel, a manera de tablas y figuras descriptivamente.

Datos sociodemográficos

A continuación, en la tabla 1 se detallan los resultados cuantitativos de la distribución de 30 usuarios de distintos centros y hospitales de rehabilitación de la ciudad de Cuenca, de acuerdo a los datos sociodemográficos.

Tabla 1. Distribución de los participantes según datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos		Nro. de Pacientes	Porcentaje (%)
Edad	50-55 años	17	57%
	56-61 años	6	20%
	62-67 años	3	10%
	68-73 años	3	10%
	74-79 años	1	3%
Género	Masculino	30	100%
Estado civil	Casado	14	47%
	Soltero	7	23%
	Unión Libre	1	3%

	Divorciado	5	17%
	Viudo	1	3%
	Separado	2	7%
<hr/>			
Lugar de procedencia	Azuay	18	60%
	Cañar	3	10%
	Guayas	1	3%
	Loja	3	10%
	Zamora Chinchipe	1	3%
	Chimborazo	1	3%
	Morona Santiago	2	7%
	Pichincha	1	3%
<hr/>			
Profesión	Médico	2	7%
	Agricultor	7	23%
	Chofer	4	13%
	Mecánico	3	10%
	Joyero	1	3%
	Ingeniero	5	17%
	Jubilado	2	7%
	Mensajero	1	3%
	Carpintero	2	7%
	Comerciante	2	7%
	Profesor	1	3%

Centro de internamiento	CREIAD	6	20%
	CRA	8	27%
	CEVAL	4	13%
	12 PASOS	4	13%
	PROYECTO ESPERANZA	2	7%
	CEAVID	6	20%
Sustancia de consumo	Alcohol	27	90%
	Cigarrillo	7	23%
	Marihuana	2	7%
	Cocaína	2	7%
	Base de Cocaína	5	17%
	Fármacos	2	7%
Frecuencia de consumo	1 vez a la semana	1	3%
	2-3 veces a la semana	2	7%
	3-4 veces a la semana	7	23%
	Todos los días de la semana	20	67%

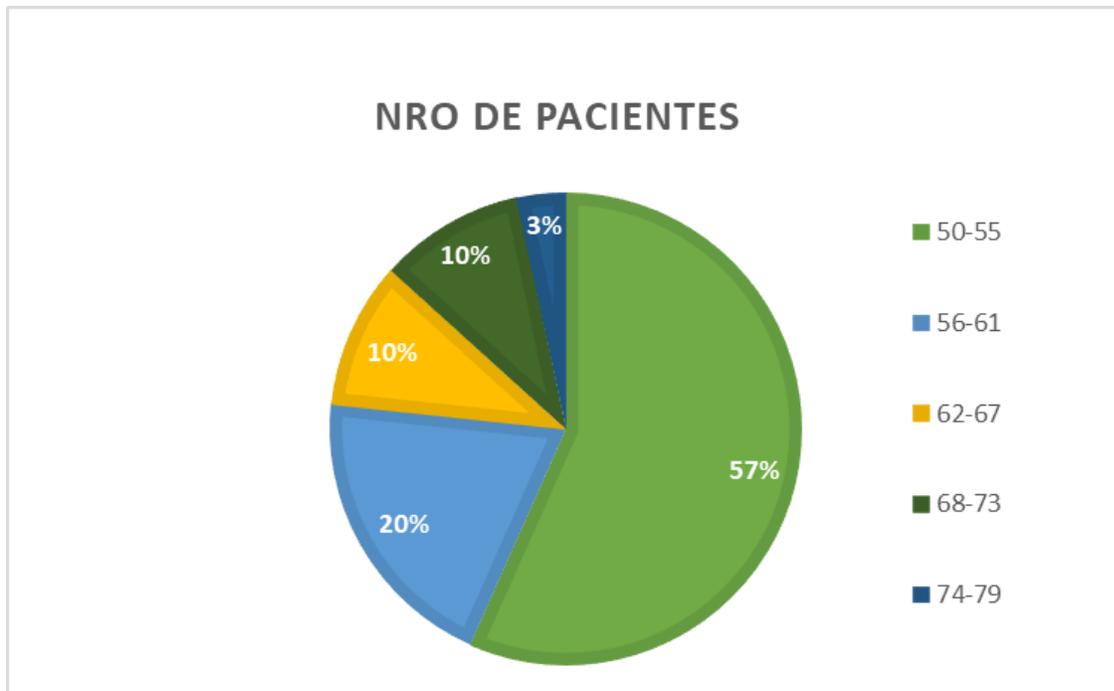
Mini Mental State Examination

En la siguiente figura se presentan los porcentajes de la presencia de deterioro cognitivo, obtenidos mediante la aplicación del test *Mini Mental State Examination*, aplicado a 30 usuarios de establecimientos de rehabilitación.



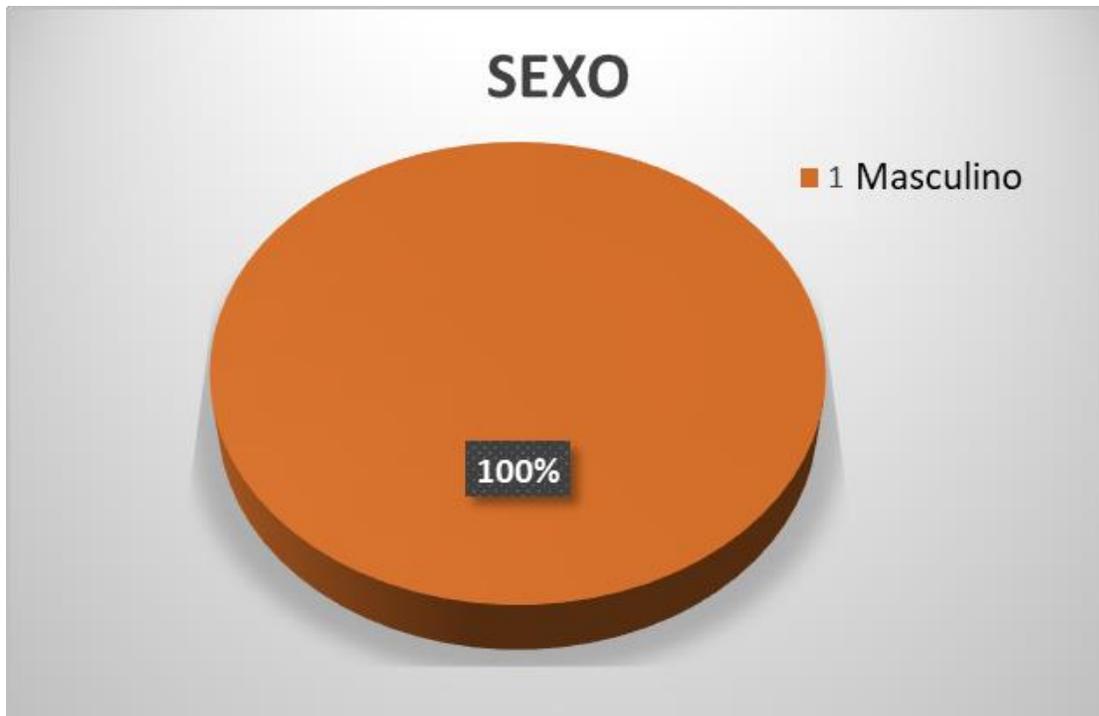
Edad

En los datos sociodemográficos, el factor de edad fue considerado una variable importante para el estudio. Por lo tanto, se estableció un cuantificador de relación entre la edad cronológica del usuario y la presencia de trastornos cognitivos.



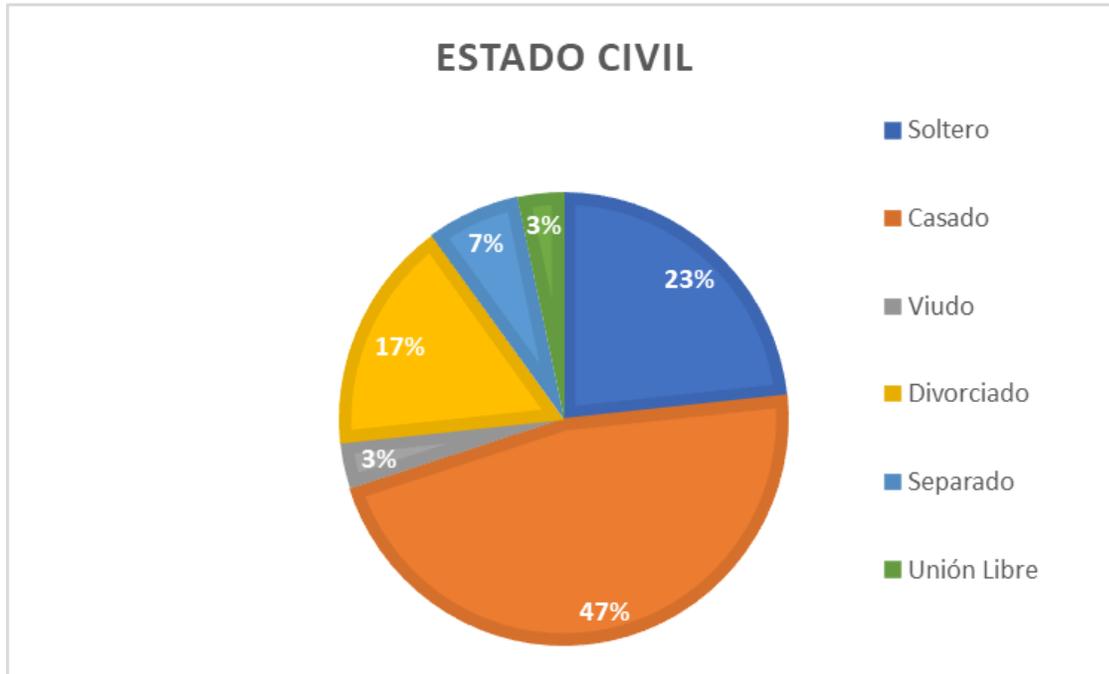
Sexo

Mediante los objetivos planteados previamente, se realizó una muestra de 30 usuarios se sexo masculino, en 6 establecimientos de rehabilitación para la aplicación del reactivo Mini Mental State Examination.



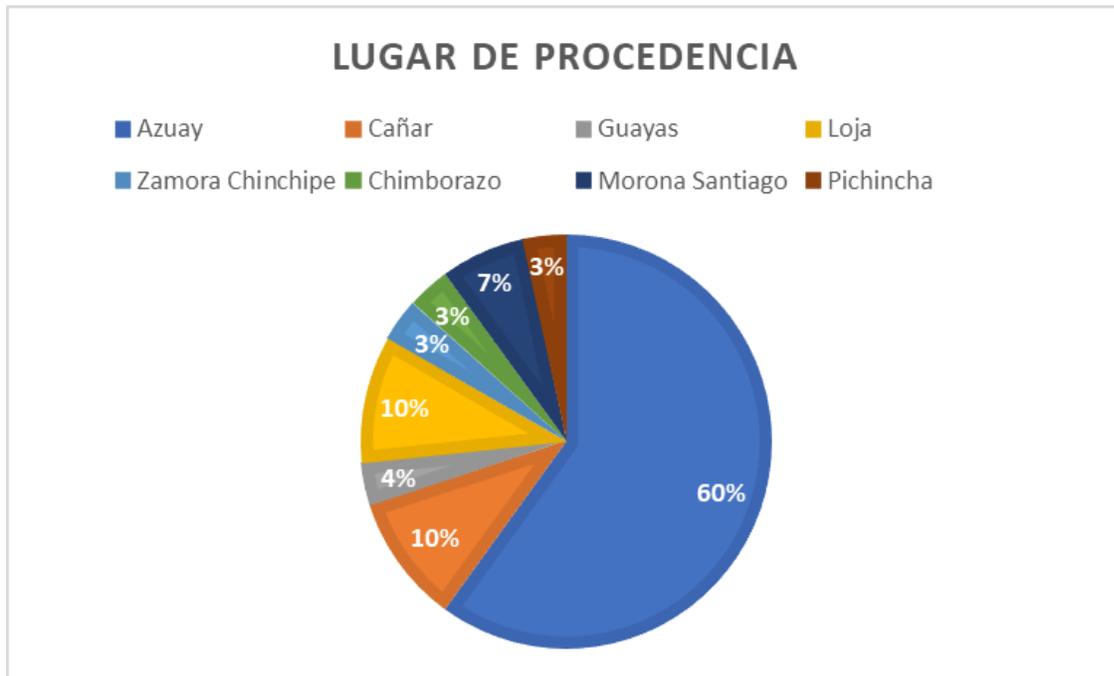
Estado Civil

Al analizar la relación entre el estado civil de los usuarios, pudimos crear un gráfico cuantitativo que muestra los resultados obtenidos



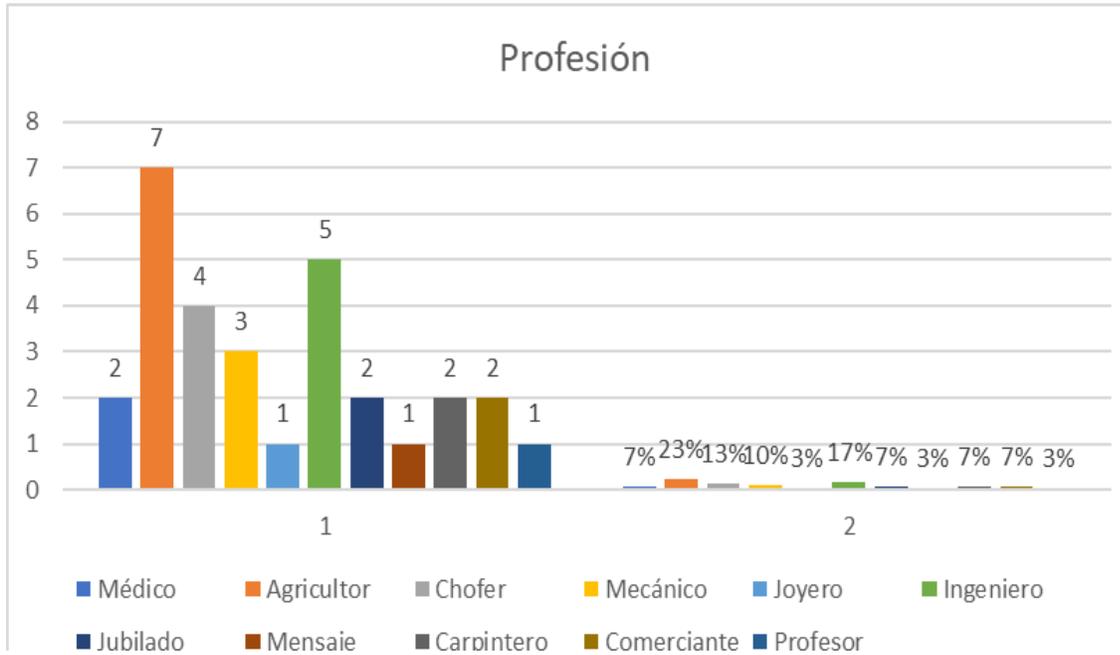
Lugar de procedencia

Continuando con los datos, se puede observar que el porcentaje más elevado es de usuarios de procedencia azuaya con un porcentaje del 60%.



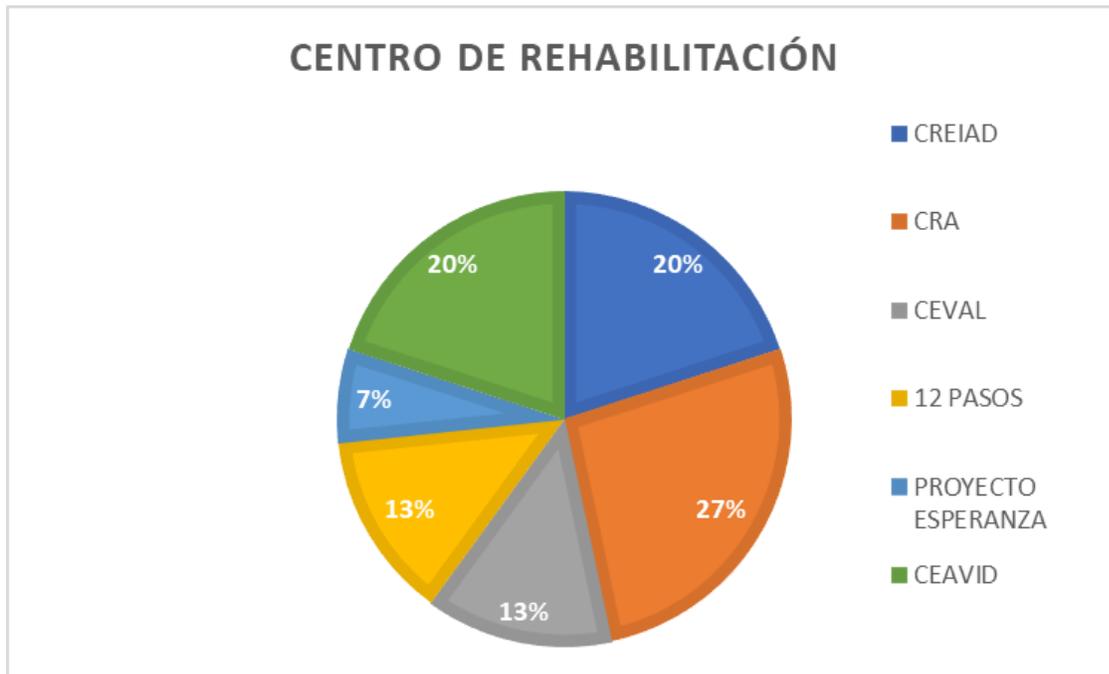
Profesión

Como podemos observar, se encontró que el 23% de la población de pacientes aplicados tienen como profesión la agricultura, siendo este el porcentaje más alto dando como un total de 7 usuarios.



Centro de Internamiento

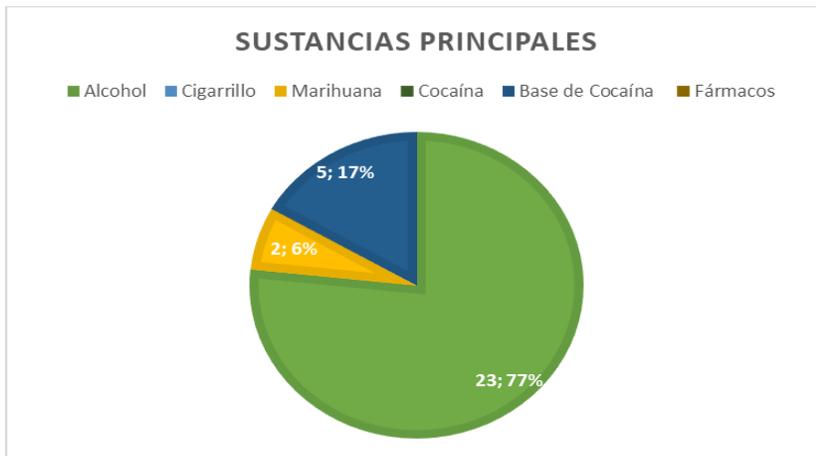
Para cumplir con el número de muestra planteada y rango de edad solicitada, se realizó la aplicación del reactivo en 6 centros de rehabilitación diferentes de la ciudad de Cuenca.



Sustancias de Consumo

- **Sustancias de consumo principal**

Los datos obtenidos reflejaron que la sustancia de mayor consumo por los usuarios es el Alcohol con un 77%, seguido de Base de cocaína con un 17%, por último, se encuentra marihuana con un 6%.



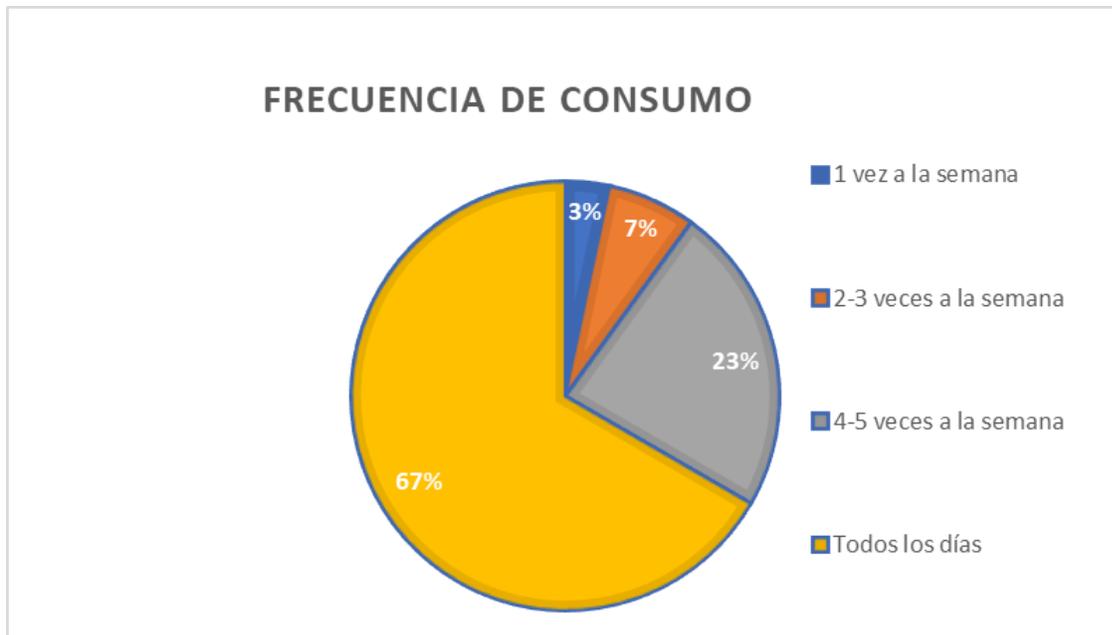
- **Sustancias de consumo secundario**

Los datos obtenidos reflejaron que la sustancia de consumo secundario por los usuarios es el Cigarrillo con un 37%, seguido de Marihuana, Cocaína y Fármacos con un 18% cada uno, y por último está el Alcohol con un 9%.



Frecuencia de consumo

Como se puede observar en el gráfico, los usuarios que consumen todos los días representan el 67%, seguido de 4-5 días a la semana representando un 23%, de 2-3 veces a la semana con un total del 7% y por último 1 vez a la semana con el 3%.



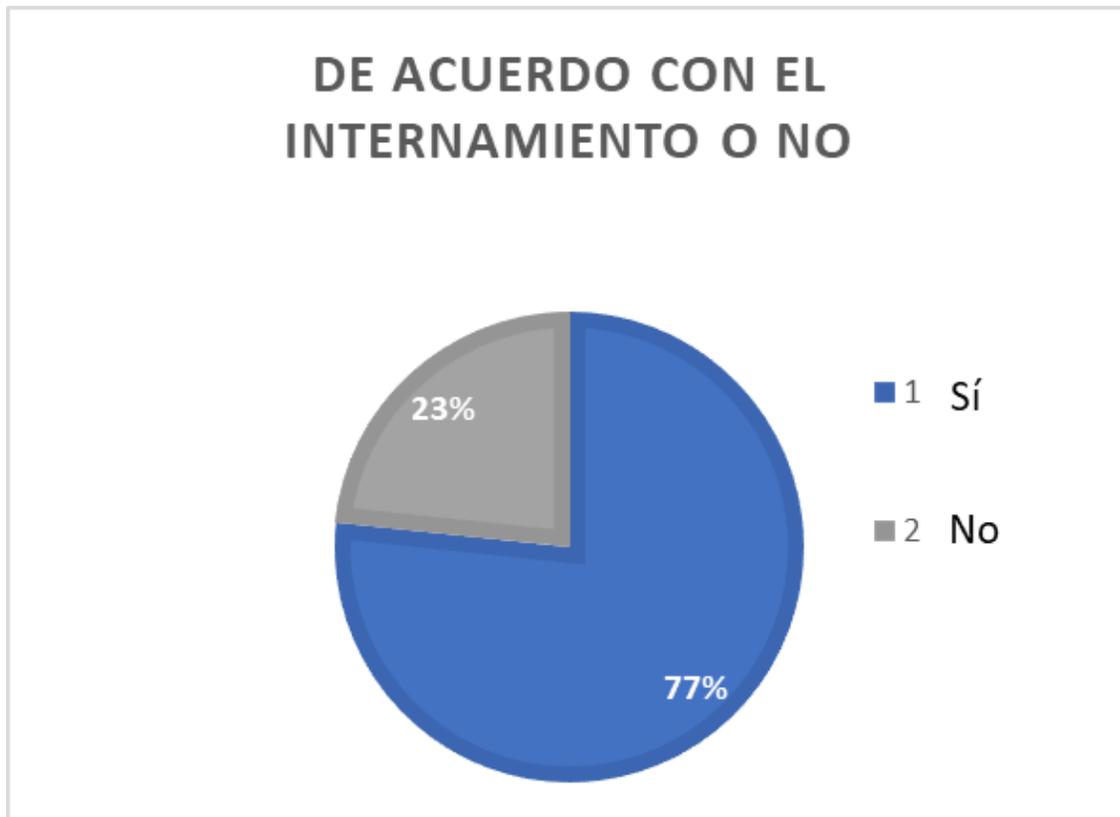
Internamientos previos

De los usuarios que han estado o no en centros de rehabilitación previo al internamiento que se encuentran actualmente, da como resultado un 50% de ambas respuestas.



Está de acuerdo con el internamiento

Al momento de realizar las preguntas a los pacientes para saber si están de acuerdo o no, dieron como resultado con un 77% de usuarios que sí se encuentran satisfechos con el internamiento y la diferencia que sería del 23% son de usuarios que no están de acuerdo.



Nivel de estudios

Al indagar sobre los niveles de estudios de los usuarios, el 47% de ellos estudiaron únicamente la primaria siendo un total de 14 pacientes, el 23% estudiaron y terminaron el nivel superior como igual 7 pacientes, en cuanto al bachillerato nos da un 17%, la secundaria representa el 13% dando un total de 4 usuarios y para finalizar un 3% siendo solamente 1 paciente.



CAPÍTULO IV

4.1 DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar el deterioro cognitivo de usuarios que se encuentran internados en establecimientos de rehabilitación de alcohol y drogas, para poder describir a su vez qué área es mayormente afectada cognitivamente ya que el reactivo utilizado consta de 5 apartados que son los siguientes: orientación, fijación, cálculo y atención, memoria y por último lenguaje y praxis.

La muestra que se extrajo para la presente investigación está dentro del rango de inclusión la cual es de 30 pacientes de 50 años en adelante los cuales forman parte de centros de rehabilitación dentro de la provincia del Azuay en la ciudad de Cuenca. Los pacientes analizados son 100% de sexo masculino, y cumplen con los criterios diagnósticos de alcoholismo y dependencia de sustancias psicoactivas.

Podemos evidenciar que en los resultados obtenidos el rango de edad más frecuente de los pacientes con los criterios de inclusión son con un 57% entre 50-55 años de edad que corresponde a 17 pacientes, seguido de pacientes entre 56-61 años de edad correspondiente al 20% correspondiente a 6 pacientes; le sigue pacientes entre 62-67 años de edad correspondiente a 10% con un total de 3 pacientes; de la misma manera pacientes entre 68-73 años de edad correspondiente a un 10% con un total de 3 pacientes; por último siguen pacientes entre 74-80 años de edad que corresponden al 3% dando un total de 1 paciente.

Con respecto a la formación académica los resultados reflejaron un número mayor de personas que solo acabaron la primaria con un total de 14 pacientes lo que representa el 47%, seguido de personas que tienen estudios de nivel superior con un total de 7 personas representando un 23%,

le sigue bachillerato con un total de 5 pacientes lo que representa un 17%, finalmente secundaria con un total de 4 pacientes representando un 13%.

Uno de los datos más importantes son los antecedentes de alcoholismo y abuso de sustancias dado que estos datos son la base de la investigación; los datos que se han recogido muestran que la sustancia de consumo con mayor incidencia es el alcohol con un total de 23 pacientes lo cual representa a un 77%; por detrás está la base de cocaína con un total de 5 pacientes correspondiente a un 17%; por último, está la marihuana con un total de 2 pacientes con un 6%.

En base a los resultados obtenidos en el Test MMSE podemos constatar que los resultados fueron relevantes en relación con el deterioro cognitivo; se evidenció que en un 47% correspondiente a 14 pacientes obtuvieron un calificación con deterioro cognitivo leve-moderado; seguido de sin deterioro cognitivo con un 40% correspondiente a un total de 12 pacientes; le sigue estado de posible deterioro con un 10% que corresponde a 3 pacientes; por último demencia severa con 3% corresponde a 1 paciente; cabe destacar que ningún paciente se situó en la escala de moderado a severo.

De la misma manera el MMSE reflejó que las áreas con un menor puntaje sumado entre todos los pacientes fueron en el área de Memoria dando un total de 53 pts.; le sigue el área de Fijación con 73 pts.; Atención y cálculo con 153 pts.; Lenguaje con 216 pts.; y por último el puntaje mayor fue de orientación temporal con 223 pts.

Un estudio realizado por Coullaut Rafael; et al. Menciona que los resultados obtenidos representan con evidencia significativa que el área con mayor déficit en pacientes consumidores de alcohol, marihuana y cocaína es el apartado de la memoria.

De la misma manera en una investigación realizada por Velez, M & Zuñiga, A; mencionan que los pacientes evaluados tuvieron una relación de deterioro significativa en el apartado de memoria de codificación sacando en el reactivo NEUROPSI un 50% de deterioro severo; 32,14% deterioro leve y 17,87% en un rango normal.

Un estudio realizado por Celsi, J., et all. RELACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN LA ENCUESTA NACIONAL en donde se aplicó el MMSE concluyó que si existe una relación significativa entre el deterioro cognitivo y el abuso de alcohol.

4.2 CONCLUSIONES

Gracias a la literatura previamente expuesta podemos indicar que, si existe una relación entre el consumo de alcohol y drogas psicoactivas con el deterioro cognitivo, especialmente marihuana y cocaína dado que son las drogas más utilizadas en nuestro medio.

Con la recolección de información de la presente investigación se logró respaldar que existen signos de deterioro cognitivo en relación con el consumo de alcohol y otras drogas, las cuales fueron significativos, obteniendo un resultado de más de la mitad de aplicantes o población entre posible deterioro cognitivo, deterioro cognitivo severo y deterioro cognitivo moderado, siendo este último el estado cognitivo que más se repitió dentro de la investigación.

De la misma manera, podemos concluir que el rango de edad con mayor prevalencia fue de 50-55 años con un total de 17 pacientes; seguido de 56-61 años con un total de 6 pacientes, datos significativos debido que en ese rango de edad supone una mayor facilidad en la resolución de la

batería aplicada, por lo que supone un factor que refuerza la hipótesis de relación entre deterioro cognitivo y el consumo de alcohol y otras drogas.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta es que el área que menor puntaje obtuvo fue el apartado de memoria, por lo que existe una incidencia significativa de deterioro en este apartado, comparado con las otras áreas que expone el MMSE.

Asimismo, debemos hacer un inciso en el apartado de la formación académica, dado que es un aspecto relevante que se debe tomar en cuenta con respecto al rendimiento individual en el test MMSE, el cual creemos que puede tener influencia en los resultados obtenidos, debido que en un 47% de los pacientes aplicados únicamente terminaron la primaria.

Por último, con nuestro conocimiento empírico, gracias a la presente investigación nos permite concluir que, si existe una relación significativa entre el consumo y abuso de alcohol y otras drogas con el deterioro cognitivo.

4.3 RECOMENDACIONES

El test Mini Mental State Examination es un test con una perspectiva muy general y poco específica del deterioro cognitivo, se sugiere realizar un test con mayor profundidad y reactivos complementarios, para que de esta manera respalde los resultados obtenidos.

Asimismo, se recomienda complementar los reactivos aplicados con una respectiva historia clínica, además, de una investigación prolongada de manera presencial, siendo así en algunas ocasiones necesario realizar seguimiento que demuestre evolución en los pacientes, de esta manera sería pertinente sacar conclusiones sobre un diagnóstico con deterioro cognitivo con un enfoque más específico.

Debido a los distintos factores influyentes en los resultados obtenidos en la presente investigación, como nivel de educación, estado laboral; factores individuales como la predisposición; factores ambientales, como lugares destinados a la aplicación de los test; en los distintos centros de rehabilitación se recomienda a los encargados de gestión y manejo de los establecimientos, actividades que estimulen la cognición y las funciones ejecutivas; de la misma forma, se aconseja que se otorgue a los estudiantes y practicantes mayor libertad al momento de presentarse a los pacientes, para que de esa manera no se sientan con la obligación de presentarse a realizar las evaluaciones. Por otra parte, se sugiere una mejor gestión en proporcionar un espacio adecuado para realizar las evaluaciones donde no existan distractores ambientales y el paciente pueda focalizar la atención en el procedimiento.

Es de nuestra consideración hacer un llamado de concientización a través de esta investigación tanto a Organizaciones No Gubernamentales como al Ministerio de Salud, los cuales tengan mayor consideración de este problema psicosocial y se pueda en un futuro realizar talleres adecuados para ampliar los conocimientos de las personas que padecen estos trastornos y tengan disposición de hacer un cambio positivo en sus respectivas vidas.

4.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer's Association. (2017). *Deterioro Cognitivo Leve (DCL)*. Alzheimer's Disease and Dementia. https://alz.org/demencia-alzheimer/que-es-demencia/condiciones_relacionados/deterioro-cognitivo-leve
- Arias Duque, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas*, 1(2), 138-147.
- Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112.
- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 0-0.
- Boubeta, A. R., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P., & Folgar, M. I. (2018). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: Implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), Art. 1. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1266>
- Butman, J., Arizaga, R., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., De Pascale, A., Allegri, R., Mangone, C., & Ollari, J. (2001). El «Mini Mental State Examination» en español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg*, 26.
- Celsi Núñez, J. A., Gutiérrez Llanos, I. I., Solis Barrientos, D. A., & Tapia Briones, D. C. (2014). *Relación del consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en el adulto mayor según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010*. <https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/1251>
- Copeland, J. R. M., Abou-Saleh, M. T., & Blazer, D. G. (2002). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Wiley.
- Coullaut-Valera, R., Arbaiza-Díaz del Río, I., Arrúe-Ruiloba, R. de, Coullaut-Valera, J., & Bajo-Bretón, R. (2011a). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas esp. psiquiatr*, 168-173.

Coullaut-Valera, R., Arbaiza-Diaz del Río, I., Arrúe-Ruiloba, R. de, Coullaut-Valera, J., & Bajo-Bretón, R. (2011b). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas esp. psiquiatr*, 168-173.

Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.

Damin, C. (2010). *Abuso de sustancias psicoactivas, un problema de salud publica*.

Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. (s. f.-a).

Recuperado 23 de febrero de 2023, de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Nn6VjFJmoX0J:https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema6/documentos/C14D_1.pdf&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. (s. f.-b).

Recuperado 25 de febrero de 2023, de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Nn6VjFJmoX0J:https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema6/documentos/C14D_1.pdf&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

Díaz Barrientos, E., & Sosa Coronado, A. M. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *MEDISAN*, 14(6), 0-0.

El deterioro cognitivo puede comenzar a partir de los 45 años. (2012, enero 31). *Solidaridad Intergeneracional*. <https://solidaridadintergeneracional.es/wp/el-deterioro-cognitivo-puede-comenzar-a-partir-de-los-45-anos/>

- Feijoo Calles, D., Ginesta Hervás, E., Alambiaga-Caravaca, A. M., Azorín Ruiz, M., Córcoles Ferrándiz, E., Botella Ripoll, J., Alacreu García, M., Climent Catalá, M. T., & Moreno Royo, L. (2019). Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo. *Farmacéuticos Comunitarios*, *11*(1), 14-18. [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2019/Vol11\).001.03](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2019/Vol11).001.03)
- Flórez Menéndez, G., Espandian, A., Villa Aroca, R., & Saiz Martínez, P. A. (2019). Deterioro cognitivo y dependencia alcohólica, implicaciones clínicas. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, *31*(1), 3-7.
- Fustinoni, O. (2002). Deterioro cognitivo y demencia. *Cuadernos de Medicina Forense*, *1*(1), 39-44.
- García García, V., Salas, B. L., Ruíz, M. S., & Urbieta, C. T. (2017a). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, *17*(2), 125-136. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i2.312>
- García García, V., Salas, B. L., Ruíz, M. S., & Urbieta, C. T. (2017b). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, *17*(2), 125-136. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i2.312>
- García Gutiérrez, E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Carrillo, P., & Feliciano Álvarez, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *33*(3), 0-0.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2011, febrero 2). *Definición de deterioro cognitivo—Diccionario de cáncer del NCI - NCI* (nciglobal,ncienterprise) [NciAppModulePage].

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/deterioro-cognitivo>

Keegan, E. (2012). *Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias.*

http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=44:perspectiva-cognitivo-conductual-del-abuso-de-sustancias&catid=9:perspectivas&Itemid=1

Lage-Muiño, M.-A. (2021). *Abuso de alcohol y deterioro cognitivo: Diagnóstico y rehabilitación*

(p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidade da Coruña].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=287913>

Lantigua, I. (2012). *El deterioro cognitivo comienza antes de los 45 años | Neurociencia | elmundo.es.*

<https://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/01/05/neurociencia/1325792191.html>

Mini-Mental. ¿Cómo realizar una evaluación cognitiva? (s. f.). Recuperado 25 de febrero de 2023, de <https://blog.cognifit.com/es/mini-mental/>

Olite, M. de las M. P., Aguiar, B. G., Guevara, A. M., López, O. F., & Luaces, Y. T. (2014). El alcoholismo y su repercusión: Un enfoque desde la Psicología de la Salud. *Revista Finlay*, 4(4), Art. 4.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia.* Organización Panamericana de la Salud.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583452/>

Parada Muñoz, K. R., Guapizaca Juca, J. F., & Bueno Pacheco, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: Una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

- Resacas—Síntomas y causas—Mayo Clinic.* (s. f.). Recuperado 4 de marzo de 2023, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hangovers/symptoms-causes/syc-20373012>
- Ridley, N. J., Draper, B., & Withall, A. (2013). Alcohol-related dementia: An update of the evidence. *Alzheimer's Research & Therapy*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/alzrt157>
- Rojo Mota, G., Pedrero-Pérez, E., Ruiz Sánchez de León, J., Llanero, M., & Puerta-García, C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: La evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de Neurología*, 56, 129. <https://doi.org/10.33588/rn.5603.2012628>
- Sachdeva, A., Chandra, M., Choudhary, M., Dayal, P., & Anand, K. S. (2016). Alcohol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A Review Study. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 5(3), e27976. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.27976>
- Sequeria Rojas, L. A. (2019). Deterioro Cognitivo Moderado y Factores de Riesgo. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 9(5), Art. 5. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v9i5.38404
- Soberanes, J. G., & Piña, M. A. L. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano*, 132, 84-91.
- Topiwala, A., Allan, C. L., Valkanova, V., Zsoldos, E., Filippini, N., Sexton, C., Mahmood, A., Fooks, P., Singh-Manoux, A., Mackay, C. E., Kivimäki, M., & Ebmeier, K. P. (2017). Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: Longitudinal cohort study. *BMJ*, 357, j2353. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2353>
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev. neurol. (Ed. impr.)*, 750-760.

- Valdevila Figueira, J. A., Gilbert Jaramillo, J., Carcelén Torres, R., Valdevila Santiesteban, R., Murillo-Zúñiga, D., Valdevila Figueira, J. A., Gilbert Jaramillo, J., Carcelén Torres, R., Valdevila Santiesteban, R., & Murillo-Zúñiga, D. (2020). Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. *Correo Científico Médico*, 24(2), 527-542.
- Vargas Pineda, D. R. (2001). *Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/32024>
- Vargas-Martínez, A. M., Trapero-Bertran, M., Gil-García, E., & Lima-Serrano, M. (2018). *Impacto del consumo episódico excesivo de alcohol en la adolescencia. ¿Lo estamos haciendo bien?* <https://doi.org/10.20882/adicciones.1033>
- Vélez Altamirano, M. A., & Zúñiga Calle, A. V. (2017). *Evaluación neuropsicológica en consumidores de alcohol, cannabis y cocaína en tratamiento residencial* [BachelorThesis]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28187>
- Ventura, R. L. (2004). *Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal*.
- Verdejo-García, A., López-Torrecillas, F., Giménez, C. O., & Pérez-García, M. (2004). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant, and opioid abuse. *Neuropsychology Review*, 14(1), 1-41. <https://doi.org/10.1023/b:nerv.0000026647.71528.83>

4.5 ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para aplicación de reactivo

**DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS MAYORES DE 50 AÑOS CON
DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS EN CETADS DE LA
CIUDAD DE CUENCA**

Participación en la investigación elaborada por estudiantes de la Universidad del Azuay, pertenecientes a la Facultad de Psicología.

Fecha _____

Yo _____, con documento de identidad: _____ (opcional), certifico que he sido informado con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que los estudiantes María Belén Carvallo Calvachi y Juan Cristóbal Solís Coronel, me han invitado a participar; que actué consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respeta la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrado, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma del Participante

María Belén Carvallo Calvachi

Responsable

Juan Cristóbal Solís Coronel

Responsable

Anexo 2. Ficha sociodemográfica

1. Edad

R: _____

2. Sexo

Femenino

Masculino

Prefiero no decirlo

Otro:

3. Estado civil

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Separado

Unión libre

4. Lugar de procedencia

R: _____

5. Centro de internamiento del paciente

R: _____

6. Profesión

R: _____

7. Ha estado antes en un centro de rehabilitación

Sí

No

En dónde, cuantas veces y qué tiempo: _____

8. ¿Está usted de acuerdo con estar en este centro de rehabilitación?

Sí

No

9. ¿Qué tipo de sustancias consumía y con qué frecuencia?

R: _____

10. ¿Cree usted necesario tener un tratamiento psicoterapéutico después del internamiento?

Sí

No

**11. ¿Está de acuerdo con que una persona cercana a usted reciba tratamiento
psicoterapéutico en caso de ser necesario?**

Sí

No

¿Por qué?

12. Edad de inicio de consumo

R: _____

Anexo 3. Test Mini Mental State Examination (MMSE)

Primero nos presentamos con el paciente de una manera amable, después procedemos a explicarle lo que realizaremos. “Le voy a hacer una prueba que se llama Mini Mental de Folstein, que nos sirve para saber cual es su estado mental en general, van a ver preguntas que parezcan muy simples o sencillas, pero que igual son parte de la prueba y es necesario hacerlas, si en algún momento alguna pregunta/enunciado no queda claro me lo dice y se lo vuelvo a explicar, asimismo si desea hacer una pausa, para descansar. ¿Tiene alguna pregunta? Si/No. (Se recolecta información del paciente). Ahora empezaremos propiamente con las preguntas, empecemos.

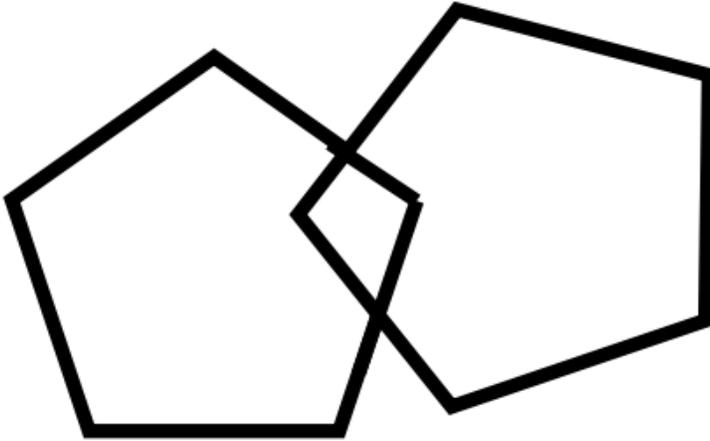
En el apartado de lenguaje le mencionamos al paciente que debe prestar mucha atención debido a que no se le puede volver a repetir la instrucción. Una vez finalizada la entrevista, le comentamos al paciente y agradecemos al mismo por su tiempo.

Anexo 2 Mini-Mental State Examination (MMSE) versión NORMACODERM

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION																									
Nombre y Apellidos:																									
Fecha nacimiento:										Estudios:															
¿A que edad finalizó los estudios?:										Sabe leer: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
Profesión:										Sabe escribir: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>															
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL						II. FIJACION						V. LENGUAJE													
¿En qué año estamos ?						Nombrar 3 objetos,						Señalando el lápiz ¿Qué es esto?													
¿Qué día del mes es hoy?						a intervalos de 1 segundo						INC	0	COR	1										
¿En qué mes del año estamos?						BICICLETA, CUCHARA, MANZANA						Señalando el reloj ¿Qué es esto?													
RESPUESTA			REAL			Ahora dígalos usted						INC	0	COR	1										
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año							INC	COR	0	1	2									
0	0	0	0	0	0	BICICLETA						0	1	Quiero que repita lo siguiente:											
1	1	1	1	1	1	CUCHARA						0	1	"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"											
2	2	2	2	2	2	MANZANA						0	1												
3	3	3	3	3	3							0	1	2	3	Haga lo que le voy a decir									
4	4	4	4	4	4	Repetir los nombres hasta que						INC		COR											
5	5	5	5	5	5	los aprenda.						0		1		Coja este papel con la mano derecha,									
6	6	6	6	6	6							0		1											
7	7	7	7	7	7	III. ATENCION Y CALCULO																			
8	8	8	8	8	8	Le voy a pedir que reste desde						dóblelo por la mitad		0		1									
9	9	9	9	9	9	100 de 7 en 7																			
¿Qué día de la semana es hoy?						RES	REAL	INC	COR	y déjelo en el suelo						0	1								
RESPUESTA							93	0	1																
L	M	X	J	V	S	D		86	0	1							0	1	2	3					
REAL							79	0	1	Haga lo que dice aquí:															
L	M	X	J	V	S	D		72	0	1	(mostrar atrás de esta hoja)														
¿En qué estación del año estamos?							65	0	1	"Cierre los ojos"															
RESPUESTA			REAL				0	1	2	3	4	5							0	1					

PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga												
VERANO		VERANO		MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)												
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR			0	1									
INVIER		INVIER			O	0	1	Copie este dibujo (atrás de esta												
	0	1	2	3	4	5		D	0	1	hoja)									
ORIENTACION ESPACIAL					N	0	1			0	1									
¿En qué país estamos?					U	0	1	PUNTUACION TOTAL												
INC	0	COR	1		M	0	1	0	1	2	3									
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
INC	0	COR	1	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)												
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				EDAD												
INC	0	COR	1	objetos que le nombré antes				E S C O L		≤ 50	51-75	>75								
¿Dónde estamos ahora?					INC	COR	≤ 8		0	+1	+2									
INC	0	COR	1	BICICLETA	0	1	9-17		-1	0	+1									
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA	0	1	>17		-2	-1	0									
INC	0	COR	1	MANZANA	0	1	PUNTUACION													
	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	CORREGIDA								

*Feijoo D, Ginesta E, Alambiaga-Caravaca AM, Azorín M, Córcoles E, Botella J, Alacreu M, Climent MT, Moreno L.
Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo*



CIERRE LOS OJOS