

**APARICIÓN TEMPRANA DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y FACTORES
RELACIONADOS EN ADULTOS MAYORES DE BUGA, 2018**

SARA LUCIA OSSA PEÑA

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
2018**

**APARICIÓN TEMPRANA DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y FACTORES
RELACIONADOS EN ADULTOS MAYORES DE BUGA, 2018**

SARA LUCIA OSSA PEÑA

Trabajo de Grado para optar por el título de ENFERMERA

**Directora de Proyecto:
Enfermera. MGs Gloria Inés Rodas Muñoz**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
2018**

Nota de aceptación

Firma del director de trabajo de grado

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Tuluá Valle, 2018

AGRADECIMIENTO

Realizar este trabajo ha tenido un gran impacto en mí, y es por esto que me gustaría agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado y apoyado durante todo este proceso.

Primero, agradecer a Dios por las bendiciones en salud, por la fortaleza a lo largo del proceso, me ayudó a vencer obstáculos y así lograr superar las diferentes adversidades.

Así mismo, agradecer a mi madre, el motor de mi vida por la cual afronto todos los retos, y a los demás familiares y amigos, que depositaron su confianza en mi formación académica, y me animaron a culminar mis estudios.

También agradecer a mi directora de proyecto quien creyó en mí y me ayudo a salir adelante, a todas las docentes de la UCEVA, las cuales llevo en el corazón por ser guías con su voz de aliento en el proceso formativo como enfermera, y como persona, por sus consejos, los cuales me ayudaron en momentos difíciles.

RESUMEN

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad irreversible del cerebro, se caracteriza por el daño lento y progresivo de la memoria y las aptitudes del pensamiento, es la causa principal de demencia en personas mayores de 60 años, se ha convertido en un problema social grave por sus altos costos.¹

Este estudio describe las señales tempranas y los factores relacionados de demencia tipo Alzheimer en adultos mayores de Buga, por medio de un estudio descriptivo de corte transversal, con evaluación en la institución y domiciliaria en distintos estratos socioeconómicos, mediante el Mini Examen Cognoscitivo abreviado.

Se realizó el análisis estadístico por medio del programa SPSS, con promedios y desviaciones estándar empleando p de <0.05 como estadísticamente significativa, encontrando 129 adultos mayores de 60 años con porcentajes similares entre hombres (51.9%) y mujeres (48.1%), de los cuales el 64.3% presentaron alteración, siendo su mayoría Deterioro Cognitivo Leve (46.5%), con asociaciones significativas para disminución en la memoria de evocación, atención, cálculo, lenguaje, construcción y orientación temporo – espacial, la falta de un cuidador principal, no desarrollar una actividad productiva, ser del sexo femenino, tener más de 75 años y un nivel educativo bajo.

La prevalencia de Deterioro Cognitivo está dentro de lo informado en comparación con otros estudios, aunque su clasificación se encuentra en Deterioro Cognitivo Leve, este no representa un problema notorio para el desarrollo de la vida diaria, sí aumenta el riesgo de padecer demencia tipo alzhéimer si no se desarrollan estilos de vida preventivos que promuevan la estimulación mental.

Palabras Clave: Demencia tipo Alzheimer, Adulto Mayor, Disfunción Cognitiva, Mini-Examen Cognoscitivo.

ABSTRACT

Alzheimer's type dementia is a disease encephalopathy, irreversible on the brain, characterized by slow and progressive damage of memory and thinking skills, is the main cause of dementia in people over 60 years, it has become in a serious social problem because of its high costs.

The study describes the early signs of Alzheimer's type dementia and its related factors on the elders of Buga, using a descriptive cross-sectional study, with evaluation in the institution and domiciliary in different socioeconomic strata, through the Mini Cognitive Exam abbreviated.

Statistical analysis was performed through the SPSS program, with averages and standard deviations using p of <0.05 as statistically significant, finding 129 adults over 60 years of age with similar percentages among men (51.9%) and women (48.1%), which 64.3% presented alteration, most of them being deterioration cognitive minor (46.5%), with significant associations of decrease in the memory of evocation, attention and calculation, language and construction and temporary - spatial orientation, the lack of a main caregiver, not developing a productive activity, being female, having more than 75 years and a low educational level.

The prevalence of deterioration cognitive according to the classification of the MEC in this population with the related factors and the early detection signals mentioned, are within the reported in comparison with other studies, and although its classification is in deterioration cognitive minor and this does not represent a well-known problem for the development of daily life, it increases the risk of suffering from Alzheimer's type dementia if preventive mental health styles that promote mental stimulation are not developed.

Key Words: Alzheimer's Type Dementia, Older Adult, Cognitive Dysfunction, Mini-Mental State

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo general.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4. MARCO REFERENCIAL.....	15
4.1 MARCO CONCEPTUAL	15
4.1.1 Demencia Tipo Alzheimer:	15
4.1.2 Adulto Mayor:	15
4.1.3 Mini-Examen Cognoscitivo:	15
4.1.4 Deterioro Cognitivo:.....	16
4.1.5 Deterioro cognitivo leve:	16
4.2 MARCO TEÓRICO	17
4.3 ESTADO DEL ARTE.....	20
5. METODOLOGIA.....	25
5.1 Tipo de estudio	25
5.2 Área de estudio.....	25
5.3 Población y muestra.....	26
5.4variables	26
5.5 Recolección de información	27
5.6 Método:.....	27
5.7Técnica	27
5.8 Instrumento:.....	27
5.9 Análisis de los resultados	28
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
7. RESULTADOS	30

Tabla 1. datos sociodemográficos contra deterioro cognitivo	31
Tabla 2. Deterioro Cognitivo	32
Tabla 3. Orientación Temporal	33
Tabla 4. Orientación Espacial	33
Tabla 5. Memoria de Evocación.....	33
Tabla 6. Atención y Cálculo	34
Tabla 7. Lenguaje y Construcción #1	34
Tabla 8. Lenguaje y Construcción #2.....	34
Tabla 9. Lenguaje y Construcción #3.....	35
Tabla 10. Lenguaje y Construcción #4.....	35
8. DISCUSIÓN.....	36
9. CONCLUSIONES.....	39
10. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
ANEXOS.....	45
ANEXO 1 Autorización de la Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario de la Alcaldía Municipal de Guadalajara de Buga	45
ANEXO 2 instrumento	46
ANEXO 3 aplicación del test.....	47
ANEXO 4. operacionalización de las variables	49
ANEXO 5 consentimiento informado	50

INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome clínico causado por múltiples etiologías y que cursa habitualmente con disfunción cerebral progresiva y difusa. Los distintos subtipos se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes que difieren en su etiología, edad, forma de presentación, curso clínico y trastornos asociados, la demencia por Enfermedad de Alzheimer es el subtipo más frecuente y representa el 60-80% de todos los casos².

La demencia tipo alzhéimer (DTA), se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria, es un trastorno neurológico que provoca la muerte de células nerviosas produciendo placas amiloides y ovillos en el cerebro, por lo general la enfermedad comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común, mientras más avance la enfermedad más disfunción cognitiva presenta el paciente, interfiriendo en la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones en su vida diaria, como el vestirse, comer, todo lo relacionado con el autocuidado, hasta presentar modificaciones graves de la personalidad³, el informe mundial sobre demencia tipo alzhéimer realizado por la Alzheimer's Disease International (ADI)⁴ en el 2015 estipula un aumento progresivo del doble de personas cada 20 años es por esto que se ha convertido en un problema social grave, no solo para las familias y cuidadores primarios, sino tan bien para el sistema de salud, siendo esta demencia una problemática de serio abordaje por sus características irreversibles, la falta de tratamiento específico que permita una curación, y el tipo de población que afecta, dado esto se hace necesario conocer las señales tempranas y factores relacionados con la DTA y para esto se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a los adultos mayores de la secretaria de bienestar social y desarrollo comunitario de Guadalajara de Buga inscritos al programa Colombia Mayor, a los cuales se les aplico el instrumento Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) abreviado de 30 puntos, se les detectó el nivel del deterioro cognitivo (DC), que presentan, centrándose en el análisis de las variables, señales tempranas de DTA y factores relacionados.

Ya que el estudio delimita la descripción de las variables y el nivel de deterioro cognitivo, se establece que el avance y la aplicación que proporciona en el campo investigativo es el de abrir la puerta para que futuros investigadores puedan desarrollar programas de Atención Primaria en salud mental, respaldados por la ADI⁵, la cual desde el 2012 junto con la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud están apoyando a todas las asociaciones que trabajen con su gobierno para mejorar las estrategias de promoción de la salud que estén dirigidos a evitar que se desarrolle y/o retrase la aparición o progreso de

la demencia tipo alzhéimer, haciendo de este estudio un punto de partida para la investigación de la profesión de enfermería en el área de salud mental y en especial en la DTA, para lo cual la enfermería tiene un papel fundamental en la atención a esta población, ya que desde esta profesión se promueve el autocuidado, emplea la teoría del comportamiento humano para prevenir y corregir hábitos dañinos ayudando a fomentar una salud mental optima no solo en el individuo si no tan bien en la familia, reconociendo al ser humano como un ser único, integral y con potencial para desarrollarse, para cambiar y adaptarse y esto es lo que se busca con la promoción y prevención en AP en salud mental. La enfermera procura un cuidado holístico e integral de cada individuo, cuidar para impedir el sufrimiento y el dolor, cuidar para vivir y morir dignamente, para añadir calidad de vida, fomentando la salud mental como parte importante del ser, y esto representa todo lo que es el ser enfermera.

TITULO

“aparición temprana de Demencia Tipo Alzheimer y factores relacionados en adultos mayores de Buga, 2018”

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El origen del problema es el crecimiento de la prevalencia de DTA, el cual se debe al aumento de la longevidad de las personas, lo cual produjo un cambio en la pirámide poblacional, haciendo así que las cifras de padecimiento de una enfermedad degenerativa que dificulta el procesamiento de la información, evidenciado en la pérdida progresiva de la memoria, más todos los factores que influyen directamente en la vejez fueran cada vez más obvios.

El informe de la OMS publicado en el 2017 avisa que a medida que la población mundial envejece, el número de personas que padecen demencia se triplicara y pasara de 50 millones a 152 en el 2050⁶. En Colombia se atendieron 252.577 personas en el periodo comprendido entre el 2009 y le 2015 siendo en su mayoría mujeres (64.1%), representando una alta carga social, es una de las patologías más costosas para el sistema de salud. Con estas cifras se determina una problemática global sobre prevalencia y así mismo se hace necesario proveer de programas de promoción y prevención en AP en salud mental, que ayuden a los adultos mayores a tener herramientas para evitar y/o disminuir el deterioro cognitivo, haciendo preciso adelantar procesos que refuercen estilos de vida saludables para prevenir enfermedades mentales crónicas.

En el 2017 Minsalud desarrollo un estudio en Colombia para establecer el nivel de demencia y deterioro cognitivo de la población, en el cual usaron el Test Minimental y la escala de Lawton, el estudio reporto que la prevalencia aumenta con los siguientes factores. Edad mayores de 84 años (57.4%), sexo femenino (10.7%), estrato socioeconómico (112.8%), personas con “ningún nivel educativo” (25.2%)⁷. Demostrando así que las demencias son un tema de gran importancia en el ámbito investigativo, es por esto que la ADI en el boletín que saca en el mes mundial del alzhéimer en el 2018⁸, hace énfasis en que se generen estrategias de mejora de la calidad de vida de las personas con DTA, así mismo cree que la clave para ganar la batalla contra la demencia es una combinación de soluciones globales con el conocimiento local, hace un llamado a revisar y ampliar los conocimientos sobre los métodos de prevención y manejo primario que se deben impulsar o promover, los cuales están dirigidos a evitar que se desarrolle y/o retrase su aparición o progreso, para esto es necesario investigar sobre las señales de aparición temprana en nuestra población adulta y crear así programas de AP en salud mental encaminados a proveer métodos para el autocuidado, teniendo en cuenta que estos son la fuente primaria de control de la salud mental.

Y ya que esta área del conocimiento ha sido poco abordada en el municipio. Se crea la necesidad de conocer las señales de detección temprana en DTA que presentan.

Logrando con esto dejar un punto de partida para más adelante proponer la implementación de estrategias que ayuden a evitar que se desarrolle y/o retrase la aparición y agudización de los síntomas con un programa de salud mental en AP. Es así como surge la pregunta investigativa ¿cuáles son las señales de aparición temprana de demencia tipo alzhéimer y sus factores relacionados en adultos mayores inscritos al programa Colombia mayor de Guadalajara de Buga?

2. JUSTIFICACIÓN

La DTA es la causa principal de demencia entre el 60% y 70% de personas mayores de 60 años, en especial mujeres, esta enfermedad neurodegenerativa de las células cerebrales, es progresiva e irreversible, en su forma típica se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales. La Alzheimer's Disease International estima que para el 2050 en todo el mundo la cifra de personas que padecen de demencia será de 131.5 millones.

Se hace necesario evidenciar en los adultos mayores inscritos al programa Colombia Mayor, describir las señales de aparición tempranas de demencia tipo alzhéimer y sus factores relacionados, ya que esta información es desconocida en los entes sanitarios que promueven la salud mental, y es de vital importancia para desarrollar posteriormente programas de Atención Primaria en salud mental. Entendiéndose este como atención esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar⁹. Es por esto que la enfermería tiene un papel fundamental en la atención a esta población ya que desde esta se promueve el autocuidado y se procura un cuidado holístico e integral de cada individuo fomentando la salud mental como parte importante del ser.

Para las personas adultas mayores es fundamental que estos programas les ofrezcan herramientas claras y vías de atención ante la aparición de DTA, y para ello es preciso obtener información precisa sobre esta población para así enfocar todos los esfuerzos y recursos en métodos eficaces que ayuden a preservar la funcionalidad cognitiva, para aumentar el tiempo de funcionalidad de la cognición de los adultos mayores, y prolongar su calidad de vida por medio de la estimulación de la plasticidad cerebral, que permita mantener su autonomía el mayor tiempo posible, se tiene como parámetros el Mini – Examen Cognoscitivo abreviado de 30 puntos, el cual es usado para realizar un rastreo inicial de alteraciones cognitivas.¹⁰ Y con el cual se busca describir las señales de aparición tempranas de demencia tipo alzhéimer.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Describir las señales tempranas de demencia tipo Alzheimer y sus factores relacionados, en los adultos mayores inscritos al programa Colombia Mayor de la secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario de la Alcaldía Municipal de Guadalajara de Buga.

3.2 Objetivos específicos

- Detectar el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores inscritos al programa de Colombia Mayor de Buga, por medio del instrumento mini-mental test.
- Describir las señales tempranas de demencia tipo Alzheimer en adultos mayores inscritos al programa de Colombia Mayor de Buga.
- Determinar los factores relacionados en la aparición de la demencia tipo Alzheimer en los adultos mayores inscritos al programa Colombia Mayor de Buga.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

La presente investigación aborda conceptos de gran importancia a tener en cuenta para tener una idea más clara del abordaje que se le dará al proceso investigativo.

4.1.1 Demencia Tipo Alzheimer:

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro afectando especialmente las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico con rasgos clínicos y patológicos característicos. Las variaciones clínicas son comunes, incluyendo diferencias en la tasa de progresión, patrón de déficit neuropsicológicos y ocurrencia de síntomas neuropsiquiátricos no-cognoscitivos.¹¹

4.1.2 Adulto Mayor:

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante el curso de la vida, es decir implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad¹².

4.1.3 Mini-Examen Cognoscitivo:

Es un test abreviado de *screening* cognitivo, el cual puede ser aplicado por médicos, enfermeras, psicólogos y practicantes, es el más conocido y utilizado en la actualidad, creado por Folstein et al., Adaptado al español por Lobo et al, el examen se centra en el rendimiento cognitivo, es un test de cribado de demencias útil en el seguimiento evolutivo de las mismas, usado más específicamente en el anciano y en el ámbito de promoción y prevención ya que es utilizado como evaluación rápida y es recomendado por las principales guías de práctica clínica de evaluación de sospecha de alteración (American Academy of Neurology, National Institute for Health and Care Excellence)¹³. El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Evalúa dominios agrupados en 5 apartados que comprueban la orientación temporo - espacial, memoria de fijación, atención y cálculo, recuerdo diferido y lenguaje y construcción. El cual ofrece una puntuación total de 30 puntos, y se correlaciona bien con la progresión de la demencia¹⁴ y solo requiere de 15 a 20 minutos de aplicación; existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos

un instrumento más útil para comparaciones internacionales, y además es la única versión autorizada actualmente por los titulares de los derechos de Copyright.

4.1.4 Deterioro Cognitivo:

es el declive de las funciones mentales, caracterizado por la pérdida de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos las cuales incluyen principalmente la memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información, resolución de problemas, orientación, juicio, cálculo, lenguaje entre otros. Se denomina como un síndrome geriátrico ya que es una alteración en cualquiera de las dimensiones de las funciones mentales superiores, ya sea por el proceso propio del envejecimiento u otros factores, esto hace que la persona no tenga una autonomía completa.¹⁵

Según el grado de déficit que presente el individuo, se clasificara en deterioro o demencia leve, moderada o grave.

4.1.5 Deterioro cognitivo leve:

El deterioro cognitivo leve (DCL), se usa para describir una condición de las personas en la cual su cognición se encuentra alterada en el punto intermedio entre las alteraciones normales por envejecimiento y la demencia temprana, puede implicar problemas con la memoria, el lenguaje, el pensamiento y el juicio que son más graves que los cambios normales¹⁶.

En este punto los amigos y familiares pueden notar leves cambios sin darle mayor importancia, ya que no son lo suficientemente graves para alterar la vida diaria, pero este aumenta significativamente el riesgo de padecer demencia tipo Alzheimer, no existe una causa concreta, los síntomas pueden permanecer estables por un tiempo y después progresar a DTA, por esto los estudios sugieren que los cambios mentales del DCL son iguales a los experimentados por personas que han sido diagnosticadas con DTA, como acumulaciones de proteínas beta amiloide cerebrales, proteínas microscópicas en ovillos, cuerpos de lewy entre otros¹⁷.

4.2 MARCO TEÓRICO

Debido a que el presente estudio es de fase diagnóstica, no adopta una teorista en enfermería como tal, ya que sus modelos van dirigidos al cuidado, las relaciones interpersonales, las necesidades de los pacientes etc. Es por esto que no se adaptan a la primera fase del proyecto, pero se sugiere para la segunda fase de implementación de herramientas preventivas en DTA en AP en salud mental, a la teorista Hildegard Peplau con su teoría de “relaciones interpersonales”, la cual destaca la importancia de la enfermera en el proceso terapéutico, haciendo énfasis en que la enfermera tiene un rol de consejera, en este apartado explica que la enfermera psiquiátrica debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que sucede en la actualidad y a su alrededor para que la experiencia se pueda integrar a otras experiencias de vida. En su fase de orientación percibe que el individuo tiene una necesidad y la enfermera ayuda al paciente a reconocer cual es el problema y entenderlo, ayudando a su resolución¹⁸.

La primera referencia que se realizó con respecto a la Demencia Tipo Alzheimer (DTA) fue en 1906 por el psiquiatra y neurólogo alemán Alois Alzheimer quien describió los cambios anatomopatológicos en el tejido del cerebro de su paciente de 51 años, llamada Auguste D, por el Dr. Alois, ella había ingresado al hospital de Frankfurt con signos de demencia, posterior a su muerte su cerebro fue enviado al Dr. Alois para que fuera analizado. En el 37° “encuentro de Psiquiatras del Sureste de Alemania” en 1906 Alzheimer reporta el caso de su paciente Auguste D, describiendo “una enfermedad típica del córtex cerebral” en ella descubre unas masas anormales, placas amiloideas o placas seniles y ovillos neurofibrilares, tiempo después de la publicación de este descubrimiento Emil Kapreil director de Alois Alzheimer y una de las mayores personalidades de la Psiquiatría Biológica Alemana, en 1910 le da el nombre de Enfermedad de Alzheimer en honor a los hallazgos histopatológicos de Alois, en su texto *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*¹⁹.

Según la OMS la DTA es la causa más frecuente de demencia en adultos mayores del 60 al 70% de todos los casos, es la cuarta causa de muerte en países desarrollados, posee un factor de riesgo hereditario alto, sumado a esto otros factores socio ambientales que predisponen y aumentan el riesgo de padecerla, Con un comienzo insidioso y constante de pérdida de la memoria, es un síndrome que causa pérdida del funcionamiento cognitivo, irreversible y persistente, de evolución gradual, se caracteriza por el daño de la memoria y las aptitudes del pensamiento, comprometiendo varias funciones en su evolución clínica. La cual interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo actividades diarias más simples (comer, cepillarse, manejar dinero, escribir, etc.), actividades personales, profesionales, sociales y familiares. Puede o no estar asociada a cambios en el nivel

de conciencia, afectando el estado de ánimo y la personalidad de los individuos, este detrimento se produce por la presencia de ovillos, placas seniles en el cerebro y los vasos sanguíneos²⁰.

Como la DTA aparece de manera lenta y empeora con los años, suele clasificarse en etapas, describiendo la etapa o fase final con un compromiso de la mayoría de las zonas del cerebro. Se describen cinco estadios asociados; demencia tipo Alzheimer pre sintomática, deterioro cognitivo leve, demencia leve, demencia moderada y demencia grave. Aunque es preciso saber que esta enfermedad es un proceso continuo y progresivo²¹.

- DTA pre sintomática comienza mucho antes de los primeros síntomas, es solo diagnosticable por medio de imágenes diagnósticas, que compruebe los depósitos de la proteína beta amiloide, la cual es una característica específica.
- El deterioro cognitivo leve (DCL) presenta cambios en la memoria y en la capacidad para pensar, sin ser lo suficiente significativos para afectar en el trabajo o relaciones interpersonales, suelen presentarse lagunas mentales con información reciente como citas médicas, conversaciones etc. Se les dificulta analizar el número de pasos que se requieren para terminar una tarea.
- Demencia leve, en este estadio se hace evidente para la familia y amigos, impacta en el desarrollo de las actividades diarias, afecta la memoria a corto plazo, dificultad para planear y tomar decisiones acertadas, cambios de personalidad.
- Demencia moderada, en esta etapa las personas empiezan a necesitar ayuda para las actividades cotidianas y el cuidado personal, presentan confusión, cambios significativos de la personalidad y conducta.
- Demencia grave afecta las funciones motrices y física, pierden la capacidad de dar sentido a las oraciones, más propenso a enfermedades, especialmente las respiratorias, necesidad de asistencia diaria en autocuidado²².

Las etapas propiamente dichas de la DTA son las últimas 3, las dos primeras son etapas de desarrollo de la demencia, por lo que suelen confundirse y atribuirse a causas menos específicas como el estrés y la poca concentración al momento de realizar actividades, es por esto que por lo general los pacientes suelen percibir los síntomas después de los 60 años, debido a que posterior a esta edad se muestra más claramente la pérdida de la memoria, por ello los primeros estadios son importantes a nivel de prevención, ya que el estadio de DCL es el interludio entre presentar DTA o no, estas dos patologías van muy relacionadas tanto así que los

síntomas conductuales de la demencia que se presentan en el DCL son los mismos presentados por personas que padecen DTA leve, es el estadio inicial en el que podemos intervenir e incentivar la plasticidad cerebral para compensar las zonas dañadas y minimizar los daños colaterales y reducir el riesgo de avanzar en el estadio de la demencia.

Ya que la DTA es una enfermedad compleja tanto en diagnóstico como en tratamiento, las diferentes organizaciones como la OMS o la ADI, han realizado muchos esfuerzos en desarrollar guías y métodos que les permitan a los profesionales en salud identificar los diferentes tipos de demencias en estadios tempranos, para determinar los cambios en el rendimiento funcional, con el principal objetivo de implementar un tratamiento rápido que permita filtrar correctamente la función cognitiva e intentar conservar la funcionalidad de la misma en las habilidades de la vida diaria, esto es un aspecto esencial en la evaluación de las personas en edad avanzada, ya que el decremento funcional es un aspecto central en la DTA.

En general todas las enfermedades mentales son de tratamientos difíciles, para el equipo sanitario, el paciente, la familia y el cuidador primario, por su complejidad. Y especialmente difícil en las enfermedades relacionadas con las demencias y pérdidas de la memoria, ya que el paciente debe tener un régimen y una constancia en la toma de sus medicamentos y hábitos protectores para disminuir y/o frenar los síntomas, lo cual genera poca adherencia debido a su enfermedad, es imprescindible contar con un programa en AP en salud mental que ayude de manera gradual y efectiva todo este proceso de salud enfermedad, Por medio de actividades que se deben realizar en los distintos establecimientos sanitarios para la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

En Colombia existen brechas entre oferta de servicios y demanda de atención; los problemas de salud mental y en especial la DTA produce un sufrimiento intenso que a menudo no es tratado. El dolor psicológico se describe con frecuencia como algo peor que el dolor físico, esta enfermedad en particular produce desorientación y esto lleva a estados depresivos intensos; en el país es altamente preocupante la problemática de la falta de acceso a servicios adecuados de salud mental centrados en la persona, así como la carencia de recursos destinados al bienestar mental. Muchas personas con necesidades de atención no tienen el acceso o este se encuentra restringido, por esto el gobierno actualizó su política nacional en salud mental²³, y aun así es insuficiente ya que hace énfasis en otros problemas psiquiátricos y psicológicos como el consumo de sustancias psicoactivas y la epilepsia, dejando en un segundo plano las demencias. Sin embargo, abre el espacio para promover la salud mental como un derecho, promoviendo la promoción de la salud mental, prevención, atención integral e integrada y rehabilitación de los problemas y trastornos mentales, a nivel individual, familiar y comunitario.

Las actividades del Programa de Salud Mental y Psiquiatría se basan en la evidencia existente respecto a la efectividad y costo de las intervenciones para cada una de las prioridades de salud mental, según las opiniones de expertos nacionales y en normativas técnicas internacionales y sus objetivos específicos, con esta reglamentación se percibe factible la implementación de las estrategias de prevención y/o amortiguación de la DTA en AP en salud mental, ya que en estos programas se desarrollan actividades que favorecen los factores protectores para la población beneficiaria, todo esto con el fin de evitar y/o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles y/o tratables como la DTA, estos centros ayudan en el proceso, mejorando la calidad de vida de los pacientes, familiares y cuidadores primarios, ya que este sirve como instrumento orientador de las actividades, recursos y servicios que debe tener el paciente, las pautas que debe seguir tanto el cómo su familia y sus redes sociales más cercanas. En estos centros la coherencia entre la necesidad de atención, y el conjunto de actividades básicas para dar respuesta a la atención que se debe brindar es su punto de partida para lograr las metas de salud.

Para que esa implementación sea una realidad, los entes dirigidos a la investigación en el campo de la salud mental, invierte mucho tiempo y recursos en estudiar los factores asociados a la DTA y se ha descrito muchos factores ambientales los cuales influyen entre un 2 y un 20%²⁴. Pero adicional a esto es necesario describir la aparición temprana de la DTA, para así poder intervenir en estadios primarios, por esto la alzheimer's association describe las 10 señales de detección temprana a modo de advertencia para que los adultos mayores que experimenten 1 o más de los síntomas, puedan iniciar un diagnóstico rápido de la enfermedad. Ya que conseguir avanzar en la detección precoz de la DTA supondría una mejora en el tratamiento y prevención de la enfermedad, lo cual mejoraría indudablemente la calidad de vida de los enfermos y de su entorno familiar, además de facilitar el trabajo cuidadores y entes sanitarios.

4.3 ESTADO DEL ARTE

En el proceso de creación de esta monografía de grado, se requirió de información sobre el tema el cual es la aparición temprana de DTA y sus factores relacionados en adultos mayores, que permita orientar y definir este documento. De ahí se toman 10 estudios con el fin de visualizar el panorama académico sobre el tema.

De la revisión documental realizada podemos resumir lo siguiente:

- Nuevos criterios clínicos de diagnóstico de DTA, la afectación gradual y progresiva de la memoria episódica, aislada o asociada a otras alteraciones cognitivas, pero corroborada con test psicológicos.

- El aumento de la morbilidad de demencia, se presume que aparece un nuevo caso cada 3 segundos, y que para el 2030 tendremos 74.7 millones de personas con DTA.
- Los factores sociodemográficos asociados a la DTA son la edad, sexo femenino, vivir en zona urbana, los que están desvinculados laboralmente y escolaridad baja.
- El personal de enfermería será una herramienta importante a la hora de detectar los síntomas tempranos de DTA, la enfermera puede detectar mediante su trabajo diario la presencia de síntomas neuropsiquiátricos en las etapas prodrómicas de demencias.
- Se dice que un 15 a 20% del DCL tiene una alta correlación con el diagnóstico posterior de DTA, en un lapso de tiempo que puede ir de los 2 a los 6 años.
- Alrededor de un tercio de los nuevos casos de DTA en todo el mundo pueden ser atribuibles a factores de riesgo potencialmente modificables, la incidencia podría reducirse mediante un mejor acceso a la educación y con el uso de medidas eficaces dirigidas a la prevención.
- Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia están presentes en la mayoría de pacientes con DTA, el cual provoca en ellos un gran deterioro.
- En la situación actual del país se tiene un estigma negativo a quienes padecen demencia, con abuso físico, verbal, psicológico, explotación financiera que afecta directamente a los adultos mayores.
- Para evitar que el DCL avance a DTA se deben crear factores protectores.
- Hasta el momento no hay intervenciones terapéuticas establecidas que hayan sido efectivas para detener la progresión o revertir el deterioro cognitivo neuronal causa por la DTA.
- El 10 – 20% de la DTA es por causas genéticas el otro 80% es relacionado a factores ambientales.

En el 2015 la Alzheimer's Disease International saca "el informe mundial sobre el Alzheimer" las consecuencias de las demencia, análisis de prevalencia, incidencia, evolución, consecuencias de la demencia en todo el mundo y coste de la demanda, anunciando que para el 2050 131.5 millones de personas en todo el mundo padecerán de Alzheimer y que este incremento será mayor en países de ingresos bajos y medios, y que en el 2018 la demencia se convertirá en la enfermedad que le costará a los gobiernos 1 billón de dólares, por esto incentivan al aumento de los fondos para investigaciones en relación con la problemática, promoción de la participación en ensayos y colaboración para compartir información y datos, así como promover medidas de prevención y atención primaria en salud mental.

En el 2015 Jorge López A. y Luis F. Agüera O. presentan "Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la

psicogeriatría”, en el cual se realiza una revisión de los criterios que se tienen para el diagnóstico, ya que el interés por evidenciar la enfermedad en fases precoces ha motivado la investigación, mejorando los criterios previos que se tenían, describiendo las diferencias entre los nuevos criterios clasificatorios entre sí. Y su relación con la clasificación previa, esto permitió establecer que la clasificación CIE-10 y DSM-5 son demasiado simples para la DTA y que esta necesita de biomarcadores y otros estudios diagnósticos para ser diagnosticada, sin embargo, con un diagnóstico de DCL se puede empezar a intervenir para minimizar los daños colaterales.

En el 2015 Faustina Mercedes Armenteros Borrell publica en la Rev. Cubana de Enfermería “Enfermedad de Alzheimer y factores de riesgo ambientales”, demostraron que entre un 10 y 20 % de los casos de enfermedad de Alzheimer es de origen genético y el 80 % restante está relacionado con factores ambientales, para esto realizaron una revisión bibliográfica sistemática De 50 artículos, estos arrojaron que son desconocidos los verdaderos orígenes de demencias como la tipo Alzheimer, y que los factores de riesgo clínico socio ambientales, como baja reserva cognitiva, hábito de fumar, alcoholismo, depresión, obesidad y diabetes mellitus, contribuyen a la aparición del Alzheimer, y podrían actuar desde etapas tempranas de la vida e interactuar con otros factores genéticos.

En el 2015 el estudio “demencia de Alzheimer y cuidados de enfermería” realizado por Rafael F. Pita, Niurka A. Jerez, Ana G. Sánchez y María B. Clark²⁵. Asumen su responsabilidad en la descripción de los pilares del tratamiento por parte del personal de enfermería, haciendo especial énfasis en la prevención y control de las manifestaciones clínicas, promoviendo la mayor independencia posible, con el objeto de prevenir el desarrollo de complicaciones, ellos explican como el profesional en enfermería es uno de los más importantes en el seguimiento de las complicaciones por su estrecha relación con el paciente, la familia creando un binomio enfermo – familiar, por esto el profesional será una herramienta fundamental en la detección temprana de alteraciones cognitivas y la rehabilitación, con un papel incuestionable en el cumplimiento de los principios básicos para apoyar a la persona con DTA.

En 2016 el Dr. Efraín Benítez Popa presenta su proyecto “Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer en el municipio Bayamo”²⁶ en este pretende determinar la asociación de algunos factores de riesgo con la demencia de tipo Alzheimer, estudiando casos y controles, estableciendo que la edad mayor o igual a 70 años casi duplica el riesgo de padecer Alzheimer al igual que el hábito de fumar y que el trauma craneo encefálico el DCL y la HTA tienen una relación independiente estadísticamente significativa e importante con el riesgo de padecer esta enfermedad.

En el 2016 Margarita Cancino y Lucio Rehbein publican “factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): una mirada sinóptica”²⁷, consideran los principales precursores que anuncian y los factores de riesgo que aceleran los procesos de envejecimiento cognitivo, ya que la conceptualización del DC como un estado transicional entre los procesos de cambios propios del envejecimiento y un estadio temprano de la demencia, los estudios demuestran que los pacientes que presentan mayor rendimiento cognitivo global son menos propensos a desarrollar Alzheimer, y que el deterioro cognitivo comparte con la demencia factores de riesgo como la edad, el sexo, el nivel educativo, la carga genética y la presencia de trastornos depresivos.

En el 2016 J.A División y Garrotes y C. Escobar Cervantes desarrollan el estudio “potencial para la prevención primaria de las enfermedad de Alzheimer: un análisis de datos basados en la población”²⁸, lo que quieren proporcionar con su estudio es el potencial preventivo en cuanto a la asociación de potenciales factores de riesgo modificables (inactividad física, obesidad, tabaquismo, etc.), y lo que ellos encontraron fue que el riesgo potencial atribuible más alto fue para el bajo nivel educativo (19.1%).

En octubre del 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia emite el “boletín de salud mental y demencia, en este se menciona que es la demencia y sus tipos, la epidemiología a nivel mundial la cual se basa en las cifras arrojadas por la ADI, y la situación actual del país en el cual se realizó un estudio el que se llamó “Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE”, la cual es un estudio poblacional con adultos mayores de 60 años en áreas urbanas y rurales de los 32 departamentos del país, para definir la funcionalidad de los participantes usaron la escala de Lawton, y para medir el DC usaron el test Minimental abreviado, en resumen el estudio arrojó una prevalencia de demencia del 9.4%, siendo más frecuente en mujeres y en personas con edad avanzada. Por otro lado, el boletín tan bien define la carga de la enfermedad por causa de la demencia en la que explica que el 60% de la carga se concentra en países de ingresos medios y bajos, sin embargo, en países de alto ingreso la primera causa de Años de Vida Saludable Perdidos por Discapacidad es la enfermedad de Alzheimer.

En el 2017 se publica “Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables” los autores Sara TQ, Catalina SD, Zulema GG, Anselma BP²⁹, actualizaron la evidencia que se tenía disponible sobre los factores de riesgo modificables asociados al alzhéimer, los cuales son: el nivel de educación, entre mayor educación menor el riesgo de presentar EA, el hábito de fumar, la diabetes

tipo 2, actividad física escasa, en la dieta el consumo de antioxidantes, ya que estos ayudan en el estrés oxidativo el cual daña la sinapsis, vitaminas especialmente la E y C la cuales disminuyen el riesgo de EA, Ácido docosahexaenoico (DHA) el cual es de la familia de los omegas – 3, es esencial para el cerebro, flavonoides, estos ayudan en la plasticidad cerebral por ende mejora la memoria y el aprendizaje.

En el 2018 A. Pérez Romero y S. González Garrido publican en la revista de neurología “La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer”³⁰, esta revisión subraya la importancia de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia, y más específicamente en Alzheimer, ya que están presentes en la mayoría de los pacientes con demencia y alzhéimer, Los SPCD tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, el diagnóstico precoz de estos síntomas es esencial para prevenir efectos adversos, proporcionando tratamiento (farmacológico o de otro tipo), para minimizar el daño.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio es descriptivo de corte transversal con evaluación en la institución y domiciliaria en distintos estratos socioeconómicos, mediante el instrumento Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) abreviado de 30 puntos. Administrado al sujeto, se evaluaron las variables deterioro cognitivo, señales tempranas y factores relacionados, el análisis estadístico fue realizado por medio del programa SPSS, con promedios y desviaciones estándar empleando una p de <0.05 como estadísticamente significativa

5.2 Área de estudio

El trabajo se desarrolló en el departamento del Valle del Cauca, en el municipio de Guadalajara de Buga, la Alcaldía Municipal - Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario - según el Plan de Desarrollo 2016 – 2019 de Buga Renovada con el acuerdo 004 del 2016.

La población adulta mayor se enmarca en la política nacional de envejecimiento y vejez, la cual tiene como uno de sus objetivos propiciar que los viejos de hoy y del futuro alcancen una vejez digna y saludable, integrada en el marco de la promoción y prevención, para esto el plan de desarrollo Buga Renovada, en su programática para el “Bogueño de Oro” desarrolla los ejes de protección social integral y envejecimiento activo, con esto activa el servicio básico de atención al adulto mayor, intervención complementaria del adulto mayor, los cuales cobija a los beneficiarios del programa Colombia Mayor.

Con el fin de promover la salud en dicha población, la Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario desarrolla diferentes actividades como ejercicios diarios guiados por un profesional de salud en fisioterapia; igualmente aporta espacios en los que se brinda asesoría psicológica y de resolución de conflictos, trabajadores sociales que trabajan activamente en el desarrollo de la buena convivencia y el respeto de la familia hacia el adulto mayor, programa de promoción y prevención de la salud en el cual se brindan charlas, seguimiento y control de diferentes enfermedades crónicas prevenibles como lo es la hipertensión arterial, obesidad, diabetes entre otras. Así como desarrollo de actividades que fortalecen y promueven la salud mental entre la población adulta mayor.³¹

5.3 Población y muestra

Se realizó en la población urbana de la ciudad de Buga, a los adultos mayores de 60 años inscritos al programa Colombia Mayor de la Alcaldía Municipal.

El tamaño de la muestra se seleccionó aplicando el procedimiento probabilístico de muestreo aleatorio simple (M.A.S). el cual arroja para un universo de 195 adultos mayores inscritos en el programa de Colombia mayor de la Alcaldía Municipal para el año 2018, una muestra representativa de 129 participantes. Con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

N [tamaño del universo]	195
p [probabilidad de ocurrencia]	0,5

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left[\frac{z (1 - \frac{\alpha}{2})}{d} \right]^2$$

Los criterios de inclusión a tener en cuenta:

- Adultos mayores de 60 años.
- Inscritos al programa Colombia Mayor.

Criterios de exclusión:

- Que presente diagnósticos de enfermedad mental conocidos.
- Personas que tengan discapacidad en el habla y la escritura por limitaciones físicas.
- Personas analfabetas, (este criterio de exclusión se requiera ya que el instrumento tiene preguntas en las que el participante debe leer y escribir)

5.4 variables

Las variables son de tipo categórica nominal, las cuales son deterioro cognitivo como variable independiente y, señales tempranas y factores relacionados como variables dependientes, por medio de estas se establece el nivel del deterioro cognitivo de los adultos mayores, se describen las señales tempranas en la DTA y cuáles son los factores relacionados a esta.

También permitieron cruzar las variables y sacar porcentajes estadísticos de comparación. (anexo 4).

5.5 Recolección de información

Se realizó en un periodo de tiempo comprendido entre julio y octubre del año 2018.

5.6 Método:

La información se recolectó por medio del Mini – Examen Cognoscitivo abreviado de 30 puntos, útil en el seguimiento evolutivo de las demencias, usado más específicamente en el anciano y en el ámbito de promoción y prevención, ya que es utilizado como evaluación rápida y es recomendado por las principales guías de práctica clínica de evaluación de sospecha de alteración (American Academy of Neurology, National Institute for health and Care Excellence). Este test se aplicó a la población seleccionada por medio de la base de datos suministrada por la Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario en la institución y en sus domicilios.

5.7 Técnica

La aplicación del instrumento fue realizada por la investigadora, de manera individual y directa, en interacción con cada adulto mayor que permitió su aplicación por medio del consentimiento informado, estipulando que los datos obtenidos se manejarían de manera confidencial, explicando detenidamente y claramente a cada adulto, los ítems a valorar. Fueron usadas las instalaciones de la Alcaldía de Buga y, en algunos casos, visitas domiciliarias programadas. Se procuró un espacio tranquilo sin distractores, para facilitar el proceso.

5.8 Instrumento:

El instrumento que se utilizó es el Mini- Examen Cognoscitivo abreviado de 30 puntos de Folstein, es un examen validado, que se usa habitualmente para un rastreo inicial de alteraciones cognitivas, usado como primer paso para hacer un diagnóstico diferencial de demencia en Adultos Mayores, ya que muestra el deterioro cognitivo del individuo³². El test original fue publicado por Folstein ET ALL, en 1975, y mide varios parámetros, que dan un total de 30 puntos, está diseñado para ser aplicado entre 5 y 15 minutos por individuo. Los parámetros a medir son:

Orientación espacial y Temporal: Se trata de 10 preguntas individuales que van de 0 a 10, cada una representa 1 punto y si falla representa 0, en este ítem se mide la orientación espacial y temporal.

Memoria: Esta sección pretende evaluar la capacidad de la persona para fijar y retener a muy corto plazo una serie de palabras no relacionadas entre sí dadas por el entrevistador, este ítem va de 0 a 3.

Atención y cálculo: Consiste en la tarea de restar en forma sucesiva de 5 en 5, el sujeto debe realizar mentalmente sustracciones consecutivas que le permitan hacer el cálculo, se puntúa 1 por cada respuesta correcta para un total de 5.

Evocación: Aquí se mide la capacidad de retención de memoria a corto plazo del individuo, pidiéndole que diga las 3 palabras aprendidas en la tarea de memoria. Cada respuesta equivale a 1 punto para un total de 3.

Lenguaje: Este ítem mide varios parámetros: Nominación, con este ítem se evalúa la capacidad para reconocer y nombrar objetos comunes esta pregunta equivale a 2 puntos. Repetición, valora la capacidad para repetir con precisión una frase con cierta dificultad articulatoria este ítem vale 1 punto. Comprensión, evalúa la capacidad para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en 3 partes, cada parte equivale a 1 punto. Lectura, esta sección evalúa la capacidad para leer y comprender una frase sencilla esta equivale a 1 punto. Escritura, evalúa la capacidad del individuo en escribir una frase coherente, equivale a 1 punto, y por último tenemos Dibujo, esta tarea pone al individuo a copiar 2 imágenes geométricas, evalúa la capacidad viso espacial, este ítem equivale a 1 punto. En total el ítem de lenguaje nos da un total de 0 a 9 puntos.

Se midió el estado del individuo según el puntaje obtenido en la realización del instrumento. (27 – 30: Normal, 25 – 26: Posible deterioro, 10 – 24: Deterioro leve, 6 – 9: Deterioro moderado, 0 – 6: Deterioro severo)³³.

5.9 Análisis de los resultados

Los datos arrojados se trataron de acuerdo al instrumento MEC el cual da valores a los diferentes ítems que mide (orientación, memoria, atención y cálculo, evocación, y lenguaje y construcción), la información recogida fue procesada por medio de la herramienta estadística SPSS, en la cual se elaboró la plantilla del MEC, a cada ítem del instrumento se le dio un valor numérico dependiendo el valor asignado a cada respuesta, los cuales pueden ir desde 0 a 9, o valores afirmativos y negativos.

Ej, el parámetro “**EVOCACIÓN**”, da 3 opciones de respuesta, asignando 1 punto a cada respuesta correcta. “Recuerda las tres palabras de antes (CASA, CABALLO, LIMÓN)”, es decir que esta pregunta se mide de 0 a 3 ya que el participante puede no recordar ninguna palabra o puede recordar 1 o 2 o 3.

Como resultado de esto el programa genero las tablas de las variables, ponderando la información de forma porcentual para su posterior análisis y correlación.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo se entregó al Comité de Ética de la Unidad Central del Valle para contar con la respectiva aprobación y continuar con el proceso de investigación, realizando el trabajo de campo, concluyendo con el análisis de los datos y la proyección de los nuevos conocimientos a la comunidad académica.

Para llevar a cabo el proyecto se tuvieron en cuenta los principios establecidos en las normas internacionales, tales como: la declaración de Helsinki la cual cita la importancia del respeto a los derechos del sujeto de estudio, prevaleciendo su interés sobre la ciencia y la sociedad, el consentimiento informado y el respeto por la libertad del individuo, que en el caso serían los adultos mayores inscritos en el programa de Colombia mayor de la secretaria de bienestar social y desarrollo comunitario de la alcaldía municipal de Guadalajara de Buga, que proporcionó la base de datos.

Las pautas CIOMS (*Council for International Organizations of Medical Sciences*) que contienen los principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos especialmente en países en desarrollo, dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y disposiciones ejecutivas y administrativas.

A nivel nacional se consideró la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se enfatizará en el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los pacientes que hagan parte de la investigación (Artículo 5). Se tendrá en cuenta la protección de la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Art 8° Res 8430/1993). Cabe anotar que todos los datos recolectados fueron utilizados únicamente para este estudio.

De acuerdo al Artículo 4° de la Resolución 8430/1993 esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológico y psicológicos en los seres humanos, la práctica médica y la estructura social, a la prevención y control de los problemas de salud, y al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. Y según el Artículo 11° es catalogada como investigación de riesgo mínimo, ya que se aplicó un instrumento con el cual no se modificará la conducta de la población a estudio y no existe probabilidad de esta sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía de su aplicación, pues no se hizo ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Se aplicó consentimiento informado (anexo 5), según Resolución 8430/1993.

7. RESULTADOS

Se encuestaron 129 adultos mayores de 60 años, residentes en la zona urbana del municipio de Guadalajara de Buga, con un porcentaje similar de hombres (51.9% n=67) y mujeres (48.1% n=62), el grupo etario mayoritario fue el de 71-75 años con 27.9% (n= 36), la mayoría de los participantes solo habían estudiado hasta primaria (86%, n=111), y pertenecen al nivel socioeconómico 1 (62.8% n=81). Los datos de la variable sociodemográfica se aprecian en la tabla 1.

De acuerdo a la metodología empleada se detectaron 83 personas con algún grado de afectación cognitiva, lo que equivale al 64.3% de la muestra, con una afectación similar tanto en el género femenino (32.4%) como en el masculino (31.7%), haciendo énfasis en que los casos de deterioro severo fueron encontrados en mujeres (2.3%), y que la mayoría de personas en rango normal fueron hombres (20%).

Con relación a los factores relacionados, encontramos en la edad una tendencia estadística ($p= 0.156$), en la cual, a mayor edad, mayor presencia de DC, En la ocupación la presencia de DC se encontró que la tendencia ($p= 0.337$), es a que las personas que no ejercen un trabajo que genere ingresos económicos presentan mayor riesgo de padecer DC esto se refleja en las amas de casa con 26.2% de participantes que presentan alteración, contra los empleados que solo el 10.8% presentaron DC.

Con relación al estado civil y la presencia de DC se encontró que los solteros tendían a presentar mayor deterioro (21.6%), en el nivel socioeconómico la tendencia ($p=0.187$), se correlaciona inversamente con el deterioro cognitivo, a menor nivel socioeconómico mayor afectación cognitiva (DC en 42.4% en estrato 1 contra 5.3% en estrato 3), con respecto a la etnia la que mayor detrimento presenta es la mestiza (44,5%), al hablar de cuidador principal el NO contar con uno supone mayor DC con un 43.2% contra un 20.8% de los participantes que SI cuentan con uno.

Con respecto al instrumento empleado, se encontró que la prueba del MEC abreviado de 30 puntos, permitió detectar el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores. Ya que el Mini Examen Cognoscitivo tiene una escala de valoración de acuerdo al puntaje obtenido, se hallaron los siguientes resultados: Deterioro severo 0 – 6 (2.3%), Deterioro moderado 7 – 9 (0.8%), deterioro Leve 10 – 24 (46.5%), Posible Deterioro 25 – 26 (14.7%), Normal 27 – 30 (35.7%), Tabla 2.

Al momento de describir las señales tempranas de DTA, en la valoración individual de los ítems encontramos una afectación, en la orientación temporal en la cual se hallaron que el 34.9% de los participantes contestaron entre 0 y 3 preguntas de las 5 preguntas, tabla 3. En la orientación espacial el 26.4% de los participantes entre 0 y 3 preguntas de las 5 preguntas validas, tabla 4. En el ítem de memoria de evocación el 14.7 % recordaron 1 o ninguna y el 28.7% recordaron 2 o menos,

tabla 5. En atención y calculo el 39.5% contestaron 1 o ninguna el 53.5% contestaron 2 o menos de 2, tabla 6.

En el siguiente grupo de lenguaje y construcción, las preguntas que mayor dificultad tuvieron los adultos mayores fueron: “coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa”, el cual el 26.4% contestaron 1 o ninguna. Tabla 7, en la pregunta de “haga este dibujo” el 45% de los participantes no fueron capaz de realizarlo correctamente. Tabla 8, En la pregunta “escriba una frase” el 21.7% de personas no lograron escribir una frase coherente con sujeto, predicado y complemento. Tabla 9, cuando se les pide que hagan una acción concreta después de leerla, “lea y haga lo que dice "cierre los ojos", el 24% no es capaz de realizar la acción. Tabla 10.

Tabla 1. datos sociodemográficos contra deterioro cognitivo

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		DETERIORO COGNITIVO					p %
		NORMAL N(%)	P.D N(%)	D.L N(%)	D.M N(%)	D.S N(%)	
SEXO	masculino	26 (20%)	11 (8.5%)	30 (23.2%)			0.28 0
	femenino	20 (15.5%)	8 (6.2%)	30 (23.2%)	1 (0.7%)	3 (2.3%)	
EDAD (años)	60 - 65	15 (11.6%)	5 (3.8%)	15 (11.6%)			0.15 6
	66 - 70	12 (9%)	5 (3.8%)	11 (8.5%)			
	71 - 75	5 (3.8%)	7 (5.4%)	14 (10.8%)		1 (0.7%oc)	
	76 en adelante	5 (3.8%)	2 (1.5%)	20 (15.5%)	1 (0.7%)	2 (1.5%)	
NIVEL EDUCATIVO	primaria	36 (27%)	17 (13%)	54 (41.8%)	1 (0.7%)	3 (2.3%)	0.83 1
	bachillerato	9 (6.9%)	2 (1.5%)	5 (3.8%)			
	técnico	1 (0.7%)		1 (0.7%)			
	empleado	12 (9%)	4 (3.1%)	10 (7.7%)			
OCUPACION	desempleado	10 (7.7%)	3 (2.3%)	19 (14.7%)	1 (0.7%)	3 (2.3%)	0.33 7
	independiente	2 (1.5%)	2 (1.5%)	6 (4.6%)			
	ama de casa	20 (15.5%)	9 (6.9%)	25 (19.3%)			
	pensionado	2 (1.5%)	1 (0.7%)				
ESTADO CIVIL	casado	14 (10.8%)	6 (4.6%)	17 (13%)		3 (2.3%)	0.42 7
	soltero	19 (14.7%)	10 (7.7%)	18 (13.9%)			
	union libre	1 (0.7%)	1 (0.7%)				
	separado	1 (0.7%)		1 (0.7%)			
NIVEL SOCIOECONOMICO	viudo	11 (8.5%)	2 (1.5%)	21 (16.2)	1 (0.7%)		0.187
	estrato 1	24 (18.6%)	16 (12.4%)	37 (28.6%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	
	estrato 2	18 (13.9%)	3 (2.3%)	22 (17%)			
ETNIA	estrato 3	4 (3.1%)	6 (4.6%)	1 (0.7%)			
	afro - colombiano	5 (3.8%)	1 (0.7%)	11 (8.5%)			

	mestizo	36 (27.9%)	17 (13%)	39 (30%)	2 (1.5%)	0.211
	blanco	4 (3.1%)	1 (0.7%)	10 (7.7%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)
CUIDADOR PRINCIPAL	si	20 (15.5%)	6 (4.6%)	20 (15.5%)	1 (0.7%)	0.73
	no	26 (20%)	13 (10%)	40 (31%)	1 (0.7%)	3

Se puede evidenciar en la anterior tabla que en el cruce de variables entre factores sociodemográficos versus deterioro cognitivo, el sexo masculino presenta mayor número de personas en el rango de normal, mientras que el sexo femenino fue el único en presentar casos en el estadio de deterioro severo, con respecto a la edad los rangos de 71 a 75 y 76 en adelante presentan la mayoría de casos con afectación cognitiva, con relación al nivel de educación la mayoría se encuentra en primaria con un total de 111 personas, en el oficio que desempeñan la mayoría son amas de casa con un total de 54 personas, siendo también el ítem que mayor deterioro cognitivo obtuvo, en estado civil tenemos 35 personas viudas de las cuales 21 están en deterioro cognitivo leve y 1 en deterioro moderado, en el nivel socio económico la mayoría pertenece al nivel 1 con un total de 69 personas de las cuales 37 se encuentran en deterioro cognitivo leve, con respecto a la etnia la que mayor población tiene es la mestiza con un total de 94 personas y el mayor puntaje está en deterioro cognitivo leve con 39 personas, con respecto a si tienen o no cuidador principal, la mayoría no posee un cuidador principal con 82 personas que en su mayoría están en deterioro cognitivo leve con un total de 40 personas.

Tabla 2. Deterioro Cognitivo

DETERIORO COGNITIVO			
VARIABLES	N	%	Intervalo de confianza del 95%
D. severo (0-6)	3	2.3	0.0 - 5.4
D. moderado (7-9)	1	0.8	0.0 - 2.3
D. leve (10-24)	60	46.5	38.8 - 54.3
Posible D. (25-26)	19	14.7	8.5 - 20.9
normal (27-30)	46	35.7	27.1 - 44.2

En la tabla se evidencia que la población en general se encuentra en su mayoría en la clasificación de deterioro cognitivo leve con 46.5%

Tabla 3. Orientación Temporal

ORIENTACION TEMPORAL			
RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
0	11	8,5	3,9 - 13.2
1	4	3,1	0,8 - 6.2
2	9	7	3,1 - 11.6
3	21	16,3	9,3 - 22.5
4	17	13,2	7,8 - 19.4
5	67	51,9	44,2 - 60.5

En esta tabla se evidencia que la población en general respondió bien a las preguntas de orientación temporal con un 51.9% de personas que acertaron las 5 respuestas, sin embargo, tenemos un 16,3% que solo logro contestar 3 preguntas.

Tabla 4. Orientación Espacial

ORIENTACION ESPACIAL			
RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
0	9	7	3,1 - 11.6
1	3	2,3	0 - 5.4
2	16	12,4	7 - 17.8
3	6	4,7	1,6 - 8.5
4	18	14	7,8 - 20.2
5	77	59,7	51,2 - 68.2

En la tabla de orientación espacial el 59.7% acertó las 5 preguntas mientras que un 14% contestó 4 y un 12.4% solo contestó 2

Tabla 5. Memoria de Evocación

MEMORIA DE EVOCACION			
RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
0	11	8,5	3,9 - 13.2
1	8	6,2	2,3 - 10.1
2	18	14	8,5 - 20.2
3	92	71,3	63,6 - 79.1

La tabla muestra que el 71.3% logro recordar las 3 palabras, mientras que un 14% solo recordó 2 y un 8.5% no recordó ninguna.

Tabla 6. Atención y Cálculo

ATENCIÓN Y CÁLCULO			
RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
0	43	33,3	24,8 - 42.6
1	8	6,2	2,3 - 10.9
2	18	14	7,8 - 20.2
3	10	7,8	3,1 - 12.4
4	6	4,7	0,8 - 8.5
5	44	34,1	26,4 - 41.9

La tabla de atención y calculo evidencia que un 34.1% logro completar las 5 operaciones matemáticas, mientras que un 33.3% no logro responder ninguna.

Tabla 7. Lenguaje y Construcción #1

“COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA”

RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
0	22	17,1	11,6 - 24
1	12	9,3	4,7 - 14.7
2	38	29,5	21,7 - 37.2
3	57	44,2	35,7 - 52.7

Esta tabla muestra que el 44.2% de la población logro seguir las 3 indicaciones, mientras que el 17.1% no logro seguir ninguna.

Tabla 8. Lenguaje y Construcción #2

"HAGA ESTE DIBUJO"			
RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
afirmativo	71	55	47,3 - 63.6
negativo	58	45	36,4 - 52.7

En esta tabla se evidencia que el 45% de las personas no lograron copiar el dibujo, mientras que el 55% restante si lo logro.

Tabla 9. Lenguaje y Construcción #3

"ESCRIBA UNA FRASE"			
RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
afirmativo	101	78,3	69,8 - 85.3
negativo	28	21,7	14,7 - 30.2

Esta tabla muestra que el 78.3% de las personas fueron capaz de escribir una oración con sujeto – verbo – predicado, mientras que el 21.7% restantes no fueron capaz.

Tabla 10. Lenguaje y Construcción #4

LEA Y HAGA LO QUE DICE "CIERRE LOS OJOS"			
RESPUESTAS	N	%	Intervalo de Confianza del 95%
afirmativo	98	76	68,2 - 83.7
negativo	31	24	16,3 - 31.8

En la tabla muestra como el 76% de las personas lograron seguir una indicación que debían leer, mientras que el 24% no fueron capaz de completar la acción.

8. DISCUSIÓN

Este estudio permitió describir las señales tempranas de demencia tipo Alzheimer, las características sociodemográficas, los factores relacionados y el deterioro cognitivo en una muestra representativa de adultos mayores de 60 años en el área urbana de la ciudad de Guadalajara de Buga.

En relación con el nivel de deterioro cognitivo más de la mitad de los encuestados (64.3%), presenta un grado de afectación cognitiva, con un mayor porcentaje en DCL (46.5%). esto revela el riesgo que tienen los adultos mayores de Guadalajara de Buga de desarrollar DTA, según lo que explica Paola MM, la cual en su investigación describe la evolución del deterioro cognitivo leve a la demencia tipo Alzheimer, señalando que este es un factor de riesgo importante para el posterior desarrollo de la enfermedad. Según el instituto para Alzheimer en San Diego.³⁴

Se encontraron 7 señales de aparición temprana.

La primera es olvidar información recién aprendida, esta se mostró en el ítem de memoria de evocación, la cual busca que el participante pueda traer a la esfera de la conciencia datos que fueron almacenados tiempo atrás, en este ítem tenemos que el 14.7 % recordaron 1 o ninguna y el 28.7% recordaron 2.

La segunda fue la dificultad con los números, en el ítem de atención y calculo el cual busca que el participante fije la atención por medio del razonamiento de efectuar cálculos matemáticos, nuestros participantes mostraron dificultad para contar de 5 en 5, el 33.3% de los participantes no fueron capaz de contestar ninguna de las 5 opciones de cifras que tenían.

La tercera señal es la dificultad para completar tareas fáciles, este se evidencia por medio de las órdenes verbales, se refleja en la pregunta del ítem lenguaje y construcción "*coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa*", el cual evalúa la capacidad de atender, comprender y ejecutar una tarea, en esta orden 17.1% de los adultos no fue capaz de realizarlo y 38.8% no lo realizo completo.

La cuarta señal es la desorientación en tiempo y/o lugar, esta se evidencia en el ítem de orientación temporo-espacial, el cual busca saber si el individuo tiene conocimiento de sí mismo y de sus relaciones con el espacio y del tiempo en que se desenvuelve, orientación autopsíquica y orientación alopsíquica, el 34.9% no contestaron todos los ítems de orientación temporal, mientras que en los ítems de orientación espacial el 26.4% no recordaron completamente donde estaban.

La quinta señal es la dificultad para comprender la representación visual de la imagen, acá se evidencia en la pregunta "*haga este dibujo*" del ítem de lenguaje y

construcción el cual evalúa la capacidad visuo-espacial por medio del dibujo, en este encontramos que el 45% de las personas no lograron copiar correctamente el dibujo que se les presentaba.

La sexta señal es la dificultad para el uso de palabras esto se evidencia en la pregunta "*escriba una frase*" del ítem lenguaje y construcción la cual busca evalúa la capacidad de escribir una frase coherente, midiendo la capacidad de recordar letras y su orden correcto para formar frases, encontrando que el 21.7% no logro completar la oración con sujeto, predicado y complemento.

La séptima señal es la disminución del buen juicio, esta la presenta la pregunta de "*lea y haga lo que dice "cierre los ojos"*", del ítem lenguaje y construcción, evalúa la capacidad de leer y procesar mentalmente la orden que está escrita y la capacidad para reproducirla físicamente "cierre los ojos", encontramos que el 24% de los individuos no consiguió seguir los pasos.

Ya que las primeras manifestaciones que presentan los individuos aun no interfieren de manera evidente en las actividades de la vida diaria, suelen ser pasadas por alto, pero son estas las que dan la pauta para un diagnostico precoz, Tomas Omar Zamora Bastidas et al³⁵, en su investigación sobre Alzheimer asegura que las pequeñas señales son lo suficientemente evidentes para ser medibles, como signos centinelas que se encuentran en la pérdida de memoria declarativa episódica, con episodios de perdida de la memoria semántica.

Los factores relacionados a la aparición de DTA son algunos factores sociodemográficos que muestran los siguientes datos.

la tendencia muestra que a mayor edad mayor riesgo de desarrolla DTA, los adultos mayores de 70 años presentan más afectación cognitiva con un 36.1%, la Fundación Valle del Lili³⁶ en su estudio sobre Alzheimer correlaciona la edad avanzada con un factor de riesgo, aunque el deterioro cognoscitivo en la edad avanzada se ha reconocido a través de la historia, la comprensión de que ello sea el resultado de un estado patológico específico es más reciente.

A menor nivel educativo, mayor es el riesgo de presentar demencia, con unas cifras de 57.8% de los individuos que presentaron deterioro cognitivo solo habían estudiado hasta primaria, J.A. Division Garrote muestra como en su estudio el riesgo de padecer Alzheimer fue más alto en las personas que tenían un nivel educativo bajo.

La ocupación que desempeñan es un factor determinante ya que las personas que se ocupan en oficios que no les permite una estimulación mental presentan más tasa de deterioro cognitivo como lo es ser ama de casa, con un 26.2% de afectación,

las personas que se encuentran desempleadas tienen mayor riesgo en comparación con los que se encuentran empleados. En concordancia con lo que dice José Miguel Aravena Castro³⁷, en el estudio de la ocupación como factor de riesgo para EA, que él afirma que las personas empleadas o que desarrollan alguna actividad diaria que genere estímulo mental ocupan por más tiempo su cerebro en actividades que les obliga a solucionar pequeños retos mentales diarios, haciendo de este un factor protector.

En la correlación del ítem estado civil con el de deterioro cognitivo, muestra que el estar soltero es un factor de riesgo con un 21.6%, de padecer demencia, un estudio publicado en el *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, titulado “el matrimonio está vinculado a una menor tasa de demencia” por Andrew Sommerlad et al, explica que las personas sin compañero sentimental tienen más probabilidades de desarrollar demencia en comparación con las personas que están casadas, ya que los estilos de vida que se lleva al estar comprometido generan factores protectores, como la estimulación social, mejores hábitos higiénicos y alimenticios, entre otros. Este tan bien se relaciona con el cuidador principal, ya que en algunos casos se puede percibir el compañero sentimental como uno, y los resultados indican que el No tener uno muestra una tendencia a padecer demencia con un 43.2% de individuos que presentan DC, en el estudio de Nuria Esandi Larramendi et al³⁸. “Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica”, dice que el cuidador principal es crucial por varios motivos, por su gran implicación en la calidad de vida del adulto mayor, el cual ayuda a conservar la funcionalidad del individuo por medio de diferentes actividades, el suplir la necesidad de alimentación diaria, medicamentos, aseo, estilos de vida saludables y suplir necesidades sociales y de compañía, así como la estimulación cognitiva que realizan directa o indirectamente.

El nivel socio económico se correlaciona inversamente. A menor nivel económico mayor deterioro cognitivo, igual que la etnia que más presenta déficit cognitivo es la mestiza con un 44.5%. las variables sociodemográficas y experiencias de vida que influenciarían el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores. Las circunstancias vitales de la temprana y mediana edad, podrían modificar el funcionamiento cognitivo en la adultez mayor, por la influencia de los patrones de estilo de vida, los que a su vez se correlacionan de manera directa con el nivel socioeconómico, nivel educativo y la etnia, (Brewster et al., 2014). realizó un estudio longitudinal en el que examinó la influencia de las experiencias de vida y los factores demográficos en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores. Ellos encontraron que la edad, la alfabetización, el nivel socioeconómico en la niñez, y la actividad física, tienen una influencia significativa en el funcionamiento cognitivo.

9. CONCLUSIONES

En este trabajo se planteó una pregunta investigativa, ¿cuáles son las señales de aparición temprana de demencia tipo alzhéimer y sus factores relacionados en adultos mayores inscritos al programa Colombia mayor de Guadalajara de Buga?

La cual llevó a establecer que la población adulta mayor de la Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario se encuentra en mayor proporción en la clasificación MEC de DCL, el cual es un estadio intermedio entre el deterioro cognitivo por envejecimiento y el deterioro por DTA.

En relación con las señales tempranas de DTA encontramos 7 señales, olvidar información recién aprendida, la dificultad para realizar operaciones matemáticas simples, el déficit para completar tareas fáciles, la desorientación de tiempo y/o lugar, dificultad para comprender imágenes, dificultad en el uso de las palabras y disminución del buen juicio.

Y sus factores relacionados los cuales son determinados por los componentes sociodemográficos, y aunque todas estas señales son muy necesarias, resultan ser difíciles de identificar, y es por esto que se debe poner especial atención si el adulto mayor posee alguno o varios factores relacionados y presenta una o más señales tempranas, para que no sean interpretadas como sucesos normales de la edad o el estrés, ya que es en igual medida necesario iniciar actividades de prevención primaria con toda la población adulta mayor que presente factores y señales de las que se describe en este texto, ya que no todas las personas presentan los síntomas que la literatura describe como “clásicos”, por esto, es necesario iniciar medidas de protección específicas, que ayude a desarrollar la plasticidad cerebral para prevenir en gran medida el riesgo de padecer Demencia Tipo Alzheimer.

10. RECOMENDACIONES

A la institución:

Se recomienda dar continuidad con la segunda fase de implementar un programa de salud mental que propicie un ambiente de trabajo cognitivo y estimulación mental que promueva la prevención primaria en salud mental y proporcione herramientas que generen estilos de vida saludables acordes a las necesidades de esta población, la cual ya presenta signos de DCL lo que es preocupante, sumado a esto los factores relacionados y las señales de DTA, por lo cual se hace necesario e imperativo trabajar en pro del mejoramiento de su calidad de vida.

A la Unidad Central del Valle:

Se recomienda seguir la línea de investigación en Enfermedad de Alzheimer y Salud Mental, ya que es un campo el cual necesita ser intervenido a fondo desde el ámbito de enfermería. Promover en estudiantes, docentes y funcionarios, el mantenimiento de la salud mental, y crear consciencia de la imposibilidad de desligarla de la salud y bienestar físico y de la necesidad de ser reconocida como elemento esencial del buen vivir y de la atención holística al paciente y comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: organización mundial de la salud [internet]. 12 de diciembre del 2017. [citado 12 de nov del 2018] Demencia [aprox 2 pantallas] disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. J. Garre-Olmo. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [internet] 2018 [citado 12 nov 2018]; 66(11):1-10 Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2017519>
3. Robledo L. peña M. la enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud. [internet] 1er ed. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2017 [pág. 11]. [citado 12 nov. 2018] disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ANM-ALZHEIMER.pdf
4. Alzheimer's Disease International [internet]. Londres: ADI; 2015 [citado 12 nov. 2018] informe mundial sobre el Alzheimer 2015 [aprox 3 pantallas] disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimereport2015-summary-spanish.pdf>
5. OMS, OPS, ADI Demencia: una prioridad de salud pública [internet]. Washington, DC: OPS; 2012 [actualizado 2013, citado 12 de nov del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf?sequence=1
6. OMS: organización mundial de la salud [internet]. 7 de diciembre del 2017. [citado 12 de nov del 2018] El número de personas que padecen demencia se triplicará en los próximos 30 años [aprox 1 pantallas] disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>
7. Organización Mundial de la Salud [internet]. 12 de diciembre del 2017. [citado 12 de nov del 2018] Demencia [aprox 2 pantallas] disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
8. World Alzheimer's month [internet] ADI; 2018 [citado 9 Nov. 2018]. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/5987455c893fc0cfbc4f8d74/t/5b62da1f6d2a73e7fbbe23b1/1533205030009/WAM+Toolkit+2018+-+SP.pdf>
9. MINSALUD [internet] Bogotá: ministerio de salud y protección social [actualizado oct 2017, citado 12 nov 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>
10. María D. Castro Rojas, Mónica Salazar Villanea. Mini mental State Examination. Compendio de instrumentos de medición [internet]. 2014. [citado 23 ene. 2018]; 1-6. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30379/mini%20mental%20state.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

11. Servicio de neurología. Enfermedad de Alzheimer. Revista Colombiana de Psiquiatría [internet]. 2000 [citado 23 ene. 2018]; XXIX: (2): 1- 8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n2/v29n2a04.pdf>
12. MINSALUD [internet]. Colombia; 2018 [actualizado 1 Dic. 2018; citado 4 Dic. 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
13. Sara LV, Lucia YA, Israel C, Felix BP. Rev. versiones en español del Minimental State Examination (MMSE), Cuestiones para su uso en la práctica clínica. Rev Neurol [internet]. 2015 [citado 21 Oct. 2018]; 61 (8): 363 – 371. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sara_Velasco2/publication/283842742_Spanish_versions_of_the_Minimental_State_Examination_MMSE_Questions_for_their_use_in_clinical_practice/links/565311fd08ae1ef92975ad01.pdf
14. Carrie H, Virginia GW, Gerald MG, Cynthia O. Geriatrics. Relationship between Áreas of Cognitive Functioning on the Mini-Mental State Examination and Crash Risk. Geriatrics [internet]. 2018 [citado 21 oct. 2018]; 3 (1): 10. Disponible: <http://www.mdpi.com/2308-3417/3/1/10/html>
15. Secretaria de salud MX [internet]. Mexico: CENETEC, 2009 [2012; 23 Oct. 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GP_C_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
16. Paola MM, Eloisa RA, evolución del deterioro cognitivo leve a la demencia tipo alzheimer. [internet]. Milagro, Ecuador: agosto 2017. [10 Oct. 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/3686/1/EVOLUCI%C3%93N%20DEL%20DETERIORO%20COGNITIVO%20LEVE%20A%20DEMENCIA%20TIPO%20ALZHEIMER%20MIRANDA%20Y%20RAMOS.pdf>
17. Mayo foundation for medical education and research [internet]. Mayo Clinic; agosto 2017 [citado 15 Sep. 2018]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578>
18. Yessy BA, Yaneth ER, Maria HA [internet] Lima – Peru: 2016. [22 No. 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/381/Relaci%C3%B3n%20enfermera-paciente%20seg%C3%BAn%20la%20teor%C3%ADa%20de%20Hildegard%20Peplau%20en%20el%20servicio%20de%20centro%20quir%C3%BArgico%20de%20un%20Hospital%20Nacional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Patricio fuentes. Enfermedad de Alzheimer una nota histórica. Rev. Chil. Neuropsiquiatr. [internet]. 2003 [16 Jun. 2018]; 41 (2): 9 – 12. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200002

20. Jorge LA, Luis AO. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría* [internet]. 2015 [23 Ene. 2018]; 5 (1): 3 -14. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf
21. Mayo foundation for medical education and research [internet]. Mayo Clinic; noviembre 2018 [citado 22 Nov. 2018]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers-stages/art-20048448>
22. Alzheimer's association. [internet] Chicago: 2018 [25 May. 2018]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/etapas?lang=es-MX>
23. Minsalud [internet]. Bogota D.C: Minsalud; 2018 [citado 13 Nov. 2018] [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental.aspx>
24. Faustina B. enfermedad de alzheimer y factores de riesgo ambientales. *Rev. Cub Enfermeria* [internet]. 2015 [13 Nov.2018]; 33 (1): 1 – 5. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1024/239>
25. Rafael F. Pita, Niurka A. Jerez, Ana G. Sánchez, María B. Clark. Demencia de Alzheimer y cuidados de enfermería. [internet]. Habana – Cuba: 2015; [4 Nov. 2018]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/demencia-de-alzheimer-y-cuidados-de-enfermeria-revision-bibliografica>
26. Efraín BP. Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer en el municipio Bayamo. *MULTIMED* [internet].2016 [13 Nov. 2018]; 20(6): 24 – 39. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul166c.pdf>
27. Margarita C, Lucio R. factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): una mirada sinóptica. *Ter Psicol* [internet]. 2016 [13 Nov. 2018]; 34(3): 183-189. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082016000300002&script=sci_arttext
28. J.A Garrotes, C. Cervantes. Potencial para la prevención primaria de la enfermedad de Alzheimer: un análisis de datos basados en la población. *SEMERGEN* [internet].2016 [13 Nov. 2018]; 42(3): 188 – 189, Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359315002646>
29. Sara TQ, Catalina SD, Zulema GG, Anselma BP. Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. *Rev. inf. cient.* [internet]. 2017 [13 Nov. 2018]; 96(5): 967 – 977. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1757/3292>
30. Pérez Romero A, González Garrido S. La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* [internet]. 2018 [13 Nov. 2018];33(6):378—384. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S2173580818300300/1-s2.0-S2173580818300300-main.pdf?_tid=cdb323ca-f56c-4797-9a31-f6abca21f600&acdnat=1544026641_6414b1179ff74cf68b88eed22d0516e1

31. Julian A. Latorre H. plan de desarrollo 2016 – 2019 Buga Renovada. Guadalajara de Buga: alcaldía Municipal; 2016
32. Antonio Lobo y cols. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. INTERPSIQUIS [internet]. 2001 [21 Oct.2018];1(2): 1 – 17. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Tirso_Faci/publication/232425808_Revalidacion_y_normalizacion_del_Mini-Examen_Cognoscitivo_primera_version_en_castellano_del_Mini-Mental_Status_Examination_en_la_poblacion_general_geriatrica/links/53ea354a0cf2dc24b3cb1491/Revalidacion-y-normalizacion-del-Mini-Examen-Cognoscitivo-primera-version-en-castellano-del-Mini-Mental-Status-Examination-en-la-poblacion-general-geriatrica.pdf
33. J. Butman, R.L Arizaga, P. Harris, M. Drake, D. baumann, A. de Pascale et al. El Mini-mental state examination en español. Rev neurol Arg. [internet]2001 [21 Oct.2018].;26(1):11 – 15. Disponible en: http://www.academia.edu/13599824/El_Mini_-_Mental_State_Examination_en_espa%C3%B1ol._Normas_para_Buenos_Aires
34. Alzheimer´s san diego [internet]. California: alzheimer´s san diego;2017[23 Oct. 2018]. Disponible en: <https://www.alzsd.org/wp-content/uploads/2016/05/SPANISH-Alzheimers-Disease.pdf>
35. Tomas ZB, Luisa ZC, Jhan Sebastián ST, Wilmer DC, . Paola Y N. la enfermedad de alzheimer: un problema creciente en las ciencias médicas.[internet] Colombia. 2017 [13 Oct. 2018]. Disponible en: <https://anmdecolombia.net/attachments/article/446/LA%20ENFERMEDAD%20DE%20ALZHEIMER%202017.pdf>
36. Fundacion clínica valle del lili. Enfermedad de Alzheimer. Rev. Col. Neurologia [internet]. 2000. [13 Oct. 2018];29(2):119. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n2/v29n2a04.pdf>
37. José Miguel Aravena Castro. La ocupación como factor protector de la demencia por enfermedad de alzheimer. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional [internet] 2014. [13 Oct. 2018];14 (2):149 – 159. Disponible en:* <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/35718/37506>
38. Esandi Larramendi Nuria, Canga-Armayor Ana.Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer:una revisión bibliográfica. Gerokomos [Internet].2011[20 Oct. 2018]; 22(2): 56-61. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002&lng=es)

ANEXOS

ANEXO 1 Autorización de la Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario de la Alcaldía Municipal de Guadalajara de Buga



ALCALDÍA MUNICIPAL GUADALAJARA DE BUGA
Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario
NIT 891.380.033-5



Guadalajara de Buga, Julio 24 del 2018.

Señores:

COMITÉ DE GRADO DE ENFERMERIA
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE (UCEVA)

Tuluá Valle del Cauca

Cordial y atento saludo

La presente tiene como fin informarles que, en mi calidad de Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario de la Alcaldía Municipal de Guadalajara de Buga, he autorizado a la estudiante SARA LUCIA OSSA PEÑA, identificada con la cedula de ciudadanía número 1.094.911.262 de Armenia – Quindío, para adelantar el proceso de investigación titulado **“SEÑALES DE DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ADULTOS MAYORES INSCRITOS AL PROGRAMA COLOMBIA MAYOR DE BUGA**

” como requisito para optar por el título de ENFERMERA.

Se informa que la población objeto de estudio la constituirán 195 adultos mayores beneficiarios del programa Colombia Mayor, que se hayan registrados en el subprograma de Fisioterapia y recreación dirigida como estrategia de disminución de las enfermedades asociadas a la vejez y el sedentarismo. Dicha autorización obedece a los intereses e importancia del estudio para mitigar e implementar acciones que disminuyan las problemáticas generadas por la Enfermedad de Alzheimer.

Cordialmente,

YENNI MARIA RAMIREZ ARANGO

Secretaria de Bienestar Social y Desarrollo comunitario

ANEXO 2 instrumento

MINI EXAMEN - COGNOSCITIVO (MEC)

Nombre.....Edad.....Sexo.....Fecha.....

Escolaridad.....Ocupación.....Estado civil.....

Nivel Socioeconomico.....Etnia.....Cuidador principal.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el Año.....Mes.....Día del Mes.....

Día de la Semana.....la Hora..... 5

• En qué país estamos.....Departamento.....

Ciudad.....Institución.....Piso..... 5

MEMORIA

• Repita estas palabras: **CASA, CABALLO, LIMÓN** (hasta que se las aprenda) 3

ATENCIÓN Y CÁLCULO

• Réstele a 100 de 5 en 5 (95,90,85,80,75) 5

EVOCACIÓN

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? (**CASA, CABALLO, LIMÓN**) 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo y un reloj. ¿Qué es esto? 2

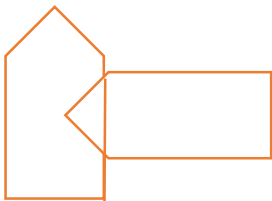
• Repita esta frase: “**En un tren habían cinco perros**” 1

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa 3

• Lea y haga lo que dice: “**CIERRE LOS OJOS**” 1

• Escriba una frase..... 1

• Haga este dibujo 1



ANEXO 3 aplicación del test

Puntuación máxima 30

Orientación:

Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).

Memoria:

Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

Atención y Cálculo:

Si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: "si tiene 30 pesos y me da 3 ¿Cuántos pesos le quedan? y a continuación siga dándome de 3 en 3 (sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta. Por ejemplo, 592 (lo correcto es 295); si dice 925 le corresponde 1 punto.

Evocación:

Seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle (un punto por cada palabra recordada)

Lenguaje:

Seguir las instrucciones puntualizando que:

- Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.

- En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

- Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le

- Insista verbalmente. Recalcar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.
- Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto).
- Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

CONVENCIONES

- **Sexo:** (F) femenino, (M) masculino
- **Escolaridad:** (P) primaria, (B) bachillerato, (T) técnico, (t) tecnológico, (P) pregrado, (p) posgrado, (D) doctorado
- **Ocupación:** (E) empleada/do, (D) desempleada/do, (I) independiente, (E) estudia, (A) ama de casa, (P) pensionada/do.
- **Estado civil:** (S) soltera/do, (C) casada/do, (U) unión libre, (S) separada/do, (D) divorciada/do, (V) viuda/do.
- **Nivel socio económico:** Estrato 1, Estrato 2, Estrato 3.
- **Etnia:** (I) indígena, (A) afro colombiana, (M) mestizo, (B) blanco, (m) mulato
- **Cuidador principal:** (S) si, (N) no

ANEXO 4. operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	MEDIDA	FUENTE DE RECOLECCIÓN
Edad	Años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de los adultos mayores.	Cuantitativa Continua	Rangos de <ul style="list-style-type: none"> • 60 a 65 • 66 a 70 • 71 a 75 • 76 a 80 	Instrumento
Sexo	Sexo del paciente.	Catagórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • femenino 	Instrumento
Escolaridad	Grados cursados en instituciones educativas por los adultos mayores.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria. • Bachillerato. • Técnico. • Tecnológico. • Pregrado. • Posgrado. • Doctorado. 	Instrumento
Ocupación	Oficio que desempeña una persona.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Empleada/do. • Desempleada/do. • Independiente. • Estudia. • Ama de casa • Pensionado. 	Instrumento
Estado civil.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a eso.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera/o/do. • Casada/do. • Unión libre. • Separada/do. • Divorciada/do • Viuda/do. 	Instrumento
Nivel Socioeconómico	Medida económica con que cuenta una persona.	Catagórica Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Estrato1 • Estrato2 • Estrato3 	Instrumento
Etnia	Personas pertenecientes a un mismo conjunto cultural o raza.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Indígena • Afro colombiana • Mestizo • Blanco • Mulato 	Instrumento
Señales de detección temprana y novel de DC (mini mental test)				
Orientación	La capacidad del individuo de ubicarse en tiempo y lugar.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 10 	Instrumento
Memoria	Capacidad de recordar.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 3 	Instrumento
Atención y Calculo	Capacidad del individuo en concentrarse en nueva información y acceder a la memoria sistémica.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 5 	Instrumento
Evocación	Recordar, memoria que se tiene de algo.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 3 	Instrumento
Lenguaje	Capacidad del individuo de expresarse correctamente por medio de la comprensión.	Catagórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 9 	Instrumento

ANEXO 5 consentimiento informado

Investigadores: Sara Lucia Ossa Peña



Institución Universitaria Pública de Educación Superior

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres mayores de 60 años de edad inscritos en el Programa de Colombia Mayor de la Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Comunitario de la Alcaldía Municipal de Guadalajara de Buga.

Soy Sara Lucia Ossa Peña con cedula de ciudadanía 1.094.911.262 de Armenia Quindío estudiante de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCEVA. Estoy investigando sobre la **“APARICIÓN TEMPRANA DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y FACTORES RELACIONADOS EN ADULTOS MAYORES DE BUGA, 2018”**. Y me gustaría que con su ayuda respondiendo a este instrumento contribuyera con esta investigación.

Se hace preciso describir las señales de detección temprana de Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores, para identificar los factores que influyen en esta enfermedad, ya que es una de las demencias que más afecta a los adultos mayores, es considerado uno de los trastornos neurológicos que más deterioro causa en las células del cerebro, con un comienzo insidioso y paulatino muestra sus primeros síntomas en edades avanzadas por lo cual se confunde con el proceso biológico del envejecimiento y la hace poco diagnosticable en estadios tempranos.

Como usted en la actualidad es adulto mayor de 60 años y se encuentra inscrito en el programa de Colombia Mayor lo invitamos a que sea participe de esta investigación respondiendo las preguntas que se le formularan a continuación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo, sin que esto genere ninguna consecuencia. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación y la información que se recolecte por medio de este proyecto se mantendrá en confidencialidad y en absoluta reserva. Su información personal será puesta fuera del alcance y solo los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un numero en vez de su nombre, el cual sólo será conocido por los investigadores y compartida con el Comité de Ética exclusivamente con fines científicos y solo si la investigación lo requiere.

Yo _____, identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____ De _____ He sido invitado a participar en la investigación **“APARICIÓN TEMPRANA DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y FACTORES RELACIONADOS EN ADULTOS MAYORES DE BUGA, 2018”**. Realizare de forma voluntaria y honesta el siguiente instrumento para contribuir desinteresadamente con el proyecto de investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente formar parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma del Participante _____ Fecha _____ Día/mes/año

Sara Lucia Ossa Peña
C.C. 1.094.911.262 Armenia – Quindío