

# Contribución original

Ríos-Gallardo Ángela  
Magnolia,<sup>1</sup> Muñoz-Bernal Luisa  
Fernanda,<sup>2</sup> Aldana-Camacho  
Laura Victoria,<sup>3</sup> Santamaría-  
Íñiguez María Fernanda,<sup>4</sup>  
Villanueva-Bonilla Cristian<sup>5</sup>

<sup>1</sup> PhD. Neurociencia Cognitiva.  
Grupo de Investigación Dneuropsy.  
Vicerrectora Investigación y  
Proyección Social Universidad  
Surcolombiana.

<sup>2</sup> Esp. Evaluación Clínica y  
Tratamiento de Trastornos  
Emocionales y Afectivos. Fundación  
Universitaria Konrad Lorenz.

<sup>3</sup> Psicóloga Universidad  
Surcolombiana. Grupo de  
Investigación Dneuropsy.

<sup>4</sup> Mg. Psicología Clínica. Fundación  
Universitaria Konrad Lorenz.

<sup>5</sup> Psicólogo Universidad  
Surcolombiana. Joven Investigador  
Colciencias. Grupo de Investigación  
Dneuropsy.

## Palabras clave

deterioro cognitivo leve,  
demencia, funciones ejecutivas,  
atención, memoria.

## Perfil neuropsicológico de un grupo de adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo leve

Neuropsychological profile of a group of older adults diagnosed with mild cognitive impairment

## Resumen

**INTRODUCCIÓN:** El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es una condición clínica entre el envejecimiento normal y un probable proceso demencial como la Enfermedad de Alzheimer (EA), que se manifiesta por pérdida de memoria mayor a la esperada para la edad, sin cumplir con los criterios diagnósticos establecidos para la EA. Dicha enfermedad se presenta en personas con edades avanzadas. Se espera que para el 2050 la esperanza de vida en Colombia sea superior a 79 años y con más del 20% de la población por encima de los 60 años.

**OBJETIVO:** Describir el perfil neuropsicológico de un grupo de adultos mayores con DCL.

**MÉTODOS:** La muestra fue conformada por 69 adultos mayores con una edad promedio de 71.79 años. Se utilizaron instrumentos de tamizaje (Minimental State Examination, Escalas de memoria, depresión y actividades de la vida diaria) y de evaluación neuropsicológica (Memoria Verbal de Grober and Buschke y el Cerad Cognitivo).

**RESULTADOS:** El 49% de los adultos mayores valorados presenta un predominio de DCL tipo amnésico múltiples dominios, el 35% presenta DCL tipo no amnésico múltiples dominios y el 8% cumple los criterios para DCL tipo amnésico único dominio y no amnésico único dominio.

**CONCLUSIONES:** Al comparar los resultados de otras investigaciones y tener en cuenta que en el presente estudio no se estima prevalencia, es necesario reconocer la similitud en los resultados arrojados y la utilidad que presenta el estudio de caso para realizar diagnósticos más acertados.

# Abstract

---

**INTRODUCTION:** Mild cognitive impairment (MCI) is a clinical condition between normal aging and a probable dementia process such as Alzheimer's disease (AD), which manifests itself as a loss of memory greater than expected for age, without meeting the diagnostic criteria Established for AD. This disease occurs in people with advanced ages. It is expected that by 2050 life expectancy in Colombia will exceed 79 years and with more than 20% of the population over 60 years.

**OBJECTIVE:** To describe the neuropsychological profile of a group of older adults with MCI.

**METHODS:** The sample consisted of 69 elderly adults with an average age of 71.79 years. Minimental State Examination and Neuropsychological Assessment (Grover and Buschke Verbal Memory and Cognitive Cerad) were used.

**RESULTS:** In all, 49% of older adults assessed had a predominance of DCL-type amnesic multiple domains, 35% had non-amnesic DCL multiple domains and 8% met criteria for DCL-type amnesic single domain and non-amnesic single domain.

**CONCLUSION:** When comparing the results of other investigations and taking into account that the present study does not estimate prevalence, it is necessary to recognize the similarity in the results and the usefulness of the case study to make more accurate diagnoses.

## Keywords

*mild cognitive impairment, dementia, executive functions, attention, memory.*

---

### Correspondencia:

Ps. Cristian Villanueva-Bonilla.  
Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, contiguo Hospital Universitario Hernando Moncaleano.  
Calle 9 carrero 4. Neiva, Huila, Colombia.  
Tel.: (57) (8) 8718310. Ext. 3137.  
Correo electrónico: cristian\_villanueva@outlook.com

## Introducción

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es una condición clínica entre el envejecimiento normal y la Enfermedad de Alzheimer (EA), que se manifiesta por pérdida de memoria mayor a la esperada para la edad, sin cumplir con los criterios diagnósticos establecidos para la EA.<sup>1</sup> El DCL se asocia con un riesgo mayor de desarrollar demencia, además, los déficits neuropsicológicos son más comunes e importantes clínicamente en procesos de intervención y rehabilitación.<sup>2</sup>

Es así, que el incremento en la expectativa de vida representa uno de los aspectos más relevantes de la sociedad actual, esto como resultado de una serie de factores como el control de enfermedades, mejores condiciones nutricionales, higiene, control de la natalidad y disminución de la mortalidad. Según el último censo realizado en Colombia, el 6,3% de la población es mayor de 65 años de edad, correspondiente a 2,612,508 habitantes. Igualmente, la población general aumentó en 1.9% promedio anual (en el período 1990-2003), mientras que la población mayor de 80 años creció a una tasa del 4%.<sup>3</sup>

En este sentido, se espera que para el 2050, la esperanza de vida en Colombia, sea superior a 79 años y con más del 20% de los pobladores por encima de 60 años.<sup>4</sup> Estas cifras sugieren que al envejecer la población, las enfermedades propias de esta edad, como las demencias, también se incrementarán. Al tener en cuenta que la senectud implica una serie de cambios, sobre todo a nivel cognitivo, es necesario analizarlos, porque no todos obedecen a la edad avanzada. Cuando se trata de alteraciones en las funciones cognitivas con predominio en cambios importantes de memoria, lenguaje, percepción y atención, algunos obedecen a la aparición de demencia.<sup>5,6</sup> No obstante, existe variabilidad interindividual debido a factores externos como el nivel educativo, el género, la condición socioeconómica y los hábitos alimenticios.<sup>7</sup>

De acuerdo a lo anterior y ante la falta de claridad

que se tiene sobre el reconocimiento de un proceso predemencial que inicia con DCL, Petersen *et al.*<sup>8</sup> planteó los criterios diagnósticos para identificar las alteraciones cognitivas que no afectan actividades de la vida diaria y sugiere que el DCL está denominado como un estadio de transición entre el envejecimiento normal y la demencia.<sup>9-12</sup>

En el presente artículo se presenta el perfil neuropsicológico de un grupo de adultos mayores con DCL pertenecientes a la Clínica de la Memoria de la ciudad de Neiva, Colombia. El objetivo de dicha clínica es desarrollar programas de rehabilitación integral en salud mental y ofrecer un tratamiento complementario al farmacológico, en el marco de procesos en investigación, liderados por un grupo de la Universidad Surcolombiana. Este abordaje incluye la recuperación u optimización de habilidades cognitivas, ocupacionales, sociales, físicas y está dirigido a pacientes con trastornos cognoscitivos secundarios a enfermedades neurodegenerativas, enfermedades vasculares o secuelas de trauma craneoencefálico y a sus familias.

## Métodos

### Participantes

La muestra fue conformada por 69 adultos mayores con una edad promedio de 71.79 años (DE=7.88) y 2.76 años de escolaridad (DE=1.04). El 78% corresponde al género femenino y el 22% restante al masculino; por otro lado, el 74% de la muestra presenta antecedentes médicos de riesgo (54% Hipertensión arterial, 11% Diabetes, 7% Cardiopatías y 1% Enfermedad Cerebrovascular) y antecedentes médico-familiares (18% Demencias, 7% Enfermedad de Parkinson, 3% Antecedentes Psiquiátricos y 2% Otras enfermedades neurodegenerativas). Esta muestra de pacientes surge del proceso diagnóstico realizado a 573 adultos mayores, de los cuales el 48% (275) no presentaron alteración cognitiva y el 52% (298), se valoraron a profundidad debido a la sospecha de un proceso demencial. De esta población restante (298), el 23% son diagnosticados con

DCL, de acuerdo a la clasificación propuesta por Petersen *et al.*<sup>8</sup> El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana.

## Instrumentos

### Instrumentos de Tamizaje

Minimal State Examination-MMSE.<sup>13</sup> Se utilizó un punto de corte entre 23 y 24, con una sensibilidad y especificidad del 87% y 82%, respectivamente.

Escala de queja subjetiva.<sup>14</sup> Es aplicada a uno de los familiares y/o cuidador (el que debe estar en contacto permanente con el participante). El punto de corte es 19 y la máxima puntuación es 45.

Escala de Lawton y Brody. Evalúa las capacidades del sujeto para llevar a cabo una vida independiente y relaciona el desempeño del paciente con la capacidad cognitiva de la que hace uso para acceder al contexto en el que se desenvuelve.<sup>15</sup>

Escala de depresión geriátrica Yesavage. Permite realizar un diagnóstico diferencial con pseudodemencia.<sup>16</sup>

### Pruebas evaluación neuropsicológica complementaria

Memoria Verbal de Grober and Buschke: test de memoria verbal explícita con codificación controlada que permite registrar recuerdo libre y con clave, tanto fonológica como semántica a corto y largo plazo.<sup>17</sup>

Cerad Cognitivo.<sup>18</sup> Estandarizado en población colombiana por el Grupo de Investigación de Neurociencia de la Universidad de Antioquia.<sup>19</sup>

Evalúa los siguientes dominios cognitivos:

Lenguaje. Se recurre a la prueba de denominación de 64 Figuras del test de Boston.<sup>20</sup> El evaluado debe nominar objetos y los errores

son clasificados en seis categorías: visuales, semánticos, visual-semánticos, fonológicos, descriptivos y otros.

Fluidez semántica. Se explora la generación de estrategias de búsqueda activa de información y la producción de palabras a partir de una categoría establecida.

Atención sostenida. Búsqueda y seguimiento visual a partir del Trail Making Test Forma A (TMT A), que permite obtener el número de secuencias correctas en un tiempo de ejecución máximo de 120 segundos.<sup>21</sup>

Praxis construccional y habilidades visoespaciales. Determinada a partir de la prueba de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth,<sup>22</sup> que permite evaluar la ejecución y permite valorar la capacidad para generar estrategias de planeación y capacidad imitativa.

Funciones ejecutivas. Se evalúa la categorización, conceptualización, planificación, organización y abstracción a través de pruebas como el Wisconsin, Raven y Subpruebas del WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale).

### Procedimientos

Inicialmente se realizó un tamizado a los participantes para obtener la línea de base de los procesos cognitivos. Una vez finalizado el proceso de tamizaje y ante la sospecha de deterioro cognitivo de los participantes (valor menor a  $2 \pm$  DE en cada una de las pruebas), se procedió a una evaluación neuropsicológica complementaria a partir de un protocolo estandarizado por el grupo de Neurociencia de la Universidad de Antioquia<sup>23</sup> y el cual fue utilizado en población mayor de 60 años de Neiva en un estudio de prevalencia de las demencias.<sup>24</sup>

Posterior a la valoración neuropsicológica complementaria, todos los casos fueron sometidos a estudio por un equipo interdisciplinario (neurólogo, psiquiatra y neuropsicólogo), cuya finalidad fue establecer un diagnóstico con apoyo de criterios internacionales para DCL.<sup>25</sup>

## Resultados

En primer término se describen las características sociodemográficas de los participantes. A continuación, se muestran las puntuaciones obtenidas en las pruebas neuropsicológicas, y se establece el desempeño de los sujetos con respecto al subtipo de DCL en el que se ubican. Finalmente, se realiza una comparación inter e intra grupos por subtipos de DCL a fin de establecer diferencias significativas en el desempeño de las esferas cognitivas evaluadas.

### Perfil neuropsicológico

Para determinar el estado de las funciones cognitivas de los participantes se realizó un análisis descriptivo para cada uno de los dominios cognitivos evaluados.

La clasificación de óptimo y bajo rendimiento se basó en una conversión de las puntuaciones brutas en cada una de las pruebas que conforman el protocolo utilizado, teniendo en cuenta la edad, escolaridad y los baremos estandarizados para la población colombiana propuestos por el grupo de investigación de la Universidad de Antioquia.<sup>19</sup> Se denominó Bajo rendimiento a las puntuaciones directas que se encontraran por debajo de la media para la edad y escolaridad, y Óptimo Rendimiento a las que estuvieran por encima de la media. En la **Tabla 1** se presenta el rendimiento de los participantes en los dominios cognitivos.

### Lenguaje

Se encuentra que el 56,8% de los evaluados presentan un bajo rendimiento en las tareas de denominación, fluidez semántica y fonológica y un 43,2% presentan rendimiento óptimo.

### Memoria

El 64,9% de los evaluados presentan bajo rendimiento en el recuerdo de praxias constructivas; así mismo, el 70,3% obtuvo bajo rendimiento en la evocación de la figura de Rey. Mientras que el 97,3% tienen un óptimo desempeño en el reconocimiento de una lista de palabras.

### Atención

El 62,2% de los evaluados presentan bajo rendimiento en el Trail Making Test (TMT) y el 86,5% emplearon más del tiempo del esperado para su edad y escolaridad en la ejecución de la tarea, al igual que 78,4% en la Prueba de Ejecución Visual.

### Habilidades constructivas

El 62,2% tuvo un rendimiento óptimo, resaltando que el tiempo empleado para la ejecución de la prueba en la mayoría de los evaluados fue alto, es decir, se presenta lentificación en este proceso.

### Funciones ejecutivas

El 78,4% de los evaluados obtuvo bajo rendimiento en pruebas de cálculo (WAIS) y el Wisconsin (64,9%); asimismo, el 62,2% de la población no alcanzó el número de categorías indicadas para la edad y escolaridad y el 59,5% tuvo un bajo rendimiento en el índice de categoría inicial.

### Valoración del estado funcional

Los resultados de las escalas del estado funcional complementan los criterios diagnósticos para DCL propuestos por Petersen *et al.*<sup>8</sup> Los participantes deben ser totalmente independientes en sus actividades instrumentales de la vida diaria.

En la evaluación del estado funcional, el 81,1% de la población no presenta signos de depresión, el 64,9% de los evaluados están en el nivel dos (2) del estado funcional, y con relación a las demás pruebas se evidencia que las funciones instrumentales de la vida diaria no se encuentran alteradas (100% de la población presenta ausencia de incapacidad), razón por la cual se consideran con DCL.

### Tipificación de los subtipos de DCL

Al tener en cuenta el análisis de los dominios cognitivos y la descripción de la muestra estudiada, se procedió a clasificar a los participantes en los subtipos de DCL a través de una revisión rigurosa del caso y los baremos estandarizados para la población colombiana, a fin de verificar la correspondencia en 1.5 desviaciones estándar de la media esperada para la edad y la escolaridad



en cada una de las pruebas, ubicando cada sujeto en uno de los subtipos, para luego realizar una caracterización intragrupos con respecto a la edad, escolaridad, procedencia y género. En la **Figura 1** se presenta la distribución de los participantes según la clasificación de los subtipos de DCL.

De acuerdo a la clasificación con respecto a los subtipos de DCL, se encuentra en la muestra evaluada un predominio del DCL tipo amnésico múltiples dominios; ya que el 49% de los valorados pertenece a este subtipo, así mismo, el 35% de los evaluados presentan DCL tipo no amnésico múltiples dominios y en menor medida (8%) cumplen los criterios para DCL tipo amnésico único dominio y no amnésico único dominio.

En el grupo de DCL Amnésico Único Dominio, el rango de edad más común son los mayores de 70 años (66,7%) y el restante el rango de edad de 60-69; los participantes incluidos en el subtipo de DCL Amnésico Múltiples Dominios representan el 55,6% con edades entre los 60-69 años, seguido de mayores de 70 años (44,4%), dentro del grupo de DCL No Amnésico Único Dominio se evidencia que el 33,3% corresponde al rango de edad de 60 a 69 años y el 66,7% son mayores de 70 años; con respecto al DCL No Amnésico Múltiples Dominios la mayor cantidad de participantes se encuentra en un rango de edad mayor de 70 años (76,69%), y un porcentaje menor de participantes (23,1%) se encuentran en los 60-69 años de edad.

El 100% de los participantes en el grupo de DCL Amnésico Único Dominio tienen una escolaridad básica primaria. En el grupo DCL Amnésico Múltiples Dominios el 88,9% tienen básica primaria y el 11,1% tienen escolaridad media. En DCL No Amnésico Único Dominio la totalidad del grupo tienen básica primaria y en DCL No Amnésico Múltiples Dominios el 69,2% tienen básica primaria y el 30,8% escolaridad media.

Comparación de las características neuropsicológicas intra e inter grupos (subtipos de DCL).

Se realizó el cálculo estadístico para saber el cumplimiento de los parámetros de normalidad; el

valor p calculado fue de  $p > 0,05$  según el Shapiro-Will y se aplicó el estadístico ANOVA. En la **Tabla 2** se presentan la comparación de las características neuropsicológicas intragrupos.

El ANOVA muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en las pruebas que evalúan la esfera de Ejecución Visual y Praxias; con  $p=0.001$  en el Recuerdo de Praxias Constructivas,  $p=0.016$  en la Ejecución de Praxias Constructivas y un  $p=0.027$  en la Ejecución Copia de la Figura de Rey; significancia que muestra claramente que la variable dependiente está directamente relacionada con las variables independientes presentes en el estudio. Con respecto a las pruebas restantes no se encuentran diferencias significativas entre los grupos.

## Discusión

El ser humano desde la perspectiva del ciclo vital transita por diferentes momentos y en la edad adulta tardía suceden cambios que se relacionan con dichos estadios, entre los que se encuentra la lentificación de procesos cognitivos como la atención, memoria, habilidades visoconstruccionales y funciones ejecutivas.

Estos cambios, pueden llegar a ser significativos y generar alteraciones cognitivas que afectan el desempeño general del adulto mayor. Los expertos en el tema han denominado a estos sutiles cambios como DCL, que se caracteriza por un cuadro clínico consistente en la disminución de una o más funciones cognitivas sin afectación en las actividades de la vida diaria.<sup>26</sup>

Petersen *et al.*<sup>8</sup> Propone como criterios para diagnóstico de DCL que exista una preocupación cognitiva por parte del paciente o de un informante, un declive de las funciones cognitivas, actividades de la vida diaria intactas y que no exista una alteración patológica neurológica ni psiquiátrica que explique el deterioro. Además,

Tabla 1. Perfil cognitivo.

	<b>Prueba aplicada</b>	<b>Rendimiento</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Lenguaje</b>	Denominación	Bajo	56.80%
		Óptimo	43.20%
	Fluidez semántica	Bajo	56.80%
		Óptimo	43.20%
	Fluidez fonológica	Bajo	56.80%
		Óptimo	43.20%
<b>Memoria</b>	Memoria de una lista de palabras	Bajo	40.50%
		Óptimo	59.50%
	Total intrusiones del listado de palabras	Bajo	48.60%
		Óptimo	51.40%
	Reconocimiento de la lista de palabras correctas	Bajo	35.10%
		Óptimo	64.90%
	Reconocimiento de la lista de palabras incorrectas	Bajo	2.70%
		Óptimo	97.30%
	Recuerdo de praxis constructiva	Bajo	64.90%
		Óptimo	35.10%
<b>Atención</b>	Figura del Rey Evocación (puntaje total)	Bajo	70.30%
		Óptimo	29.70%
	Trail making test (respuestas correctas)	Bajo	62.20%
		Óptimo	37.80%
	Trail making test (tiempo)	Bajo	86.50%
		Óptimo	13.50%
	Prueba de Ejecución Visual (respuesta correctas)	Bajo	32.40%
		Óptimo	67.60%
	Prueba de Ejecución Visual (omisiones)	Bajo	32.40%
		Óptimo	67.60%
<b>H. Visocons.</b>	Pruebas constructivas	Bajo	37.80%
		Óptimo	62.20%
	Figura de Rey Copia (tiempo)	Bajo	64.90%
		Óptimo	35.10%
	Figura de Rey Copia (puntaje total)	Bajo	32.40%
		Óptimo	67.60%

	<b>Prueba aplicada</b>	<b>Rendimiento</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Funciones ejecutivas</b>	Raven-A	Bajo	40.50%
		Óptimo	59.50%
	Aritmética WAIS	Bajo	78.40%
		Óptimo	21.60%
	Wisconsin aciertos	Bajo	64.90%
		Óptimo	35.10%
	Wisconsin errores	Bajo	45.90%
		Óptimo	54.10%
	Wisconsin categorías	Bajo	62.20%
		Óptimo	37.80%
	Wisconsin respuestas perseverativas	Bajo	32.40%
		Óptimo	67.60%
	Wisconsin I.C. inicial	Bajo	59.50%
		Óptimo	40.50%
	Wisconsin total ensayos	Completos	83.80%
		Incompleto	16.20%

**Tabla 2.** Valores del estadístico ANOVA para la comparación de las características neuropsicológicas entre los grupos (subtipos de DCL).

<b>Prueba</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Minimental	0.571	0.638
Denominación	2.019	0.13
Memoria de una lista de palabras	1.373	0.268
Praxias constructivas	3.97	0.016
Recuerdo de lista de palabras	0.467	0.707
Recuerdo de praxis constructiva	7.461	0.001
Trail making test (tiempo)	0.973	0.417
Prueba de Ejecución Visual (tiempo)	2.445	0.081
Figura de Rey Copia (tiempo)	0.356	0.785
Figura de Rey Copia (puntaje total)	3.46	0.027
Fluidez semántica	0.451	0.719
Fluidez fonológica	1.232	0.314
Raven-A	1.399	0.26
Aritmética Wais	1.478	0.238
Wisconsin aciertos	2.431	0.083
Wisconsin errores	1.626	0.202
Wisconsin respuestas perseverativas	0.811	0.497



clasifica el DCL en 4 subtipos teniendo en cuenta el dominio cognitivo: DCL Amnésico Único Dominio, DCL Amnésico Múltiples Dominios, DCL No Amnésico Único Dominio y DCL no Amnésico- múltiples dominios.<sup>27</sup>

Los participantes clasificados en el grupo DCL No Amnésico Único Dominio obtuvieron baja puntuación en pruebas de denominación, fluidez semántica, fluidez fonológica, ejecución visoconstruccional; evidenciando afectación de predominio cognitivo del lenguaje. Por su parte, el grupo clasificado en el subtipo no Amnésico Múltiples Dominios presentaron bajo rendimiento en pruebas de denominación, atención sostenida, funciones ejecutivas y ejecución visoconstruccional. Estos resultados evidencian más de una esfera cognitiva alterada.

En el análisis realizado con ANOVA a nivel inter/intra grupos, se comprueban diferencias significativas entre los grupos en la ejecución de pruebas como las praxias constructivas tanto en recuerdo como copia y en la elaboración de la figura de rey copia; lo que muestra que la variable dependiente cumple con el criterio de estar directamente influenciada por las variables independientes presentes en el estudio. Esto muestra que la clasificación inicial, producto del estudio de casos, otorga un valor importante a los hallazgos clínicos y que son el soporte para establecer un criterio diagnóstico claro.<sup>28</sup>

En Colombia se han realizado investigaciones que muestran cómo con el transcurrir de los años, los procesos cognitivos se deterioran y pueden llegar a ser clínicamente significativos.<sup>29,30</sup> En dichos estudios se estableció el perfil cognitivo de un grupo de adultos mayores y se concluyó que a mayor edad, el desempeño declina en tareas atencionales, de lenguaje, memoria y funciones ejecutivas; situación similar a los resultados de este estudio, en donde la evaluación neuropsicológica mostró que los participantes presentan un declive en esferas cognitivas como el lenguaje; con un desempeño bajo en pruebas como la denominación, fluidez fonológica y semántica.

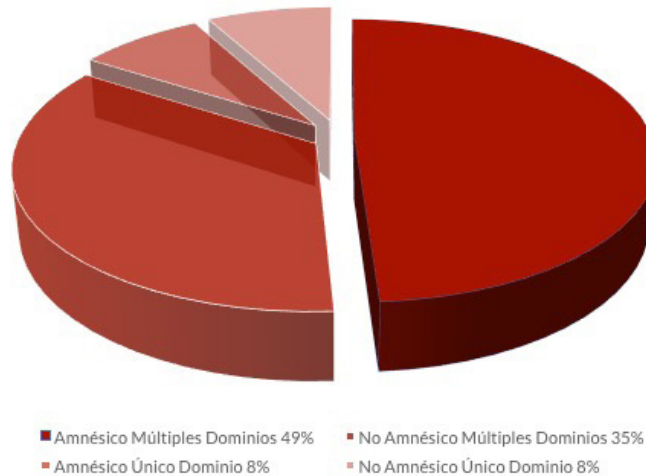
A nivel de memoria, el rendimiento notablemente inferior se presentó para el recuerdo de praxias constructivas y la evocación de la Figura de Rey; en atención, se presentaron resultados bajos en la realización del TMT, ejecución visual tiempo y la Figura de Rey copia, y con respecto a las funciones ejecutivas se evidencia un rendimiento mínimo en la aritmética del WAIS y la prueba de clasificación de cartas del Wisconsin.

En diferentes estudios se encontró que los pacientes con DCL Amnésico tenían bajo rendimiento en pruebas de memoria (predominio episódica), mientras que los DCL multidominio no amnésico tenían más dificultades para tareas de lenguaje,<sup>31-33</sup> encontrándose similitudes con el presente estudio, porque los sujetos evaluados tienen bajo rendimiento en pruebas relacionadas con fluidez semántica y fonológica. En el grupo DCL Amnésico- Múltiples Dominios tuvieron bajo rendimiento en lenguaje, memoria y atención.

En cuanto a la escolaridad como variable a analizar en torno al declive cognitivo, muchos estudios muestran que a mayor escolaridad, menor afectación en el rendimiento cognitivo.<sup>11,33,34</sup> Aspecto que se corrobora en la presente investigación, porque el rango de escolaridad es bajo, siendo esto un factor de riesgo y desencadenante de este cuadro clínico.

En este sentido, los dominios que se ven afectados en los participantes en DCL Multidominio, muestran declive en memoria, atención, lenguaje y habilidades visoconstruccionales, entre otros. Dichos procesos también se ven afectados en el DCL Amnésico- múltiples Dominios con un mayor declive en procesos mnésicos. Al comparar las cifras mencionadas anteriormente y teniendo en cuenta que el presente estudio no estima prevalencia, es necesario reconocer la similitud en los resultados arrojados y la utilidad que presenta el estudio de caso para realizar diagnósticos más acertados.<sup>28</sup>

Figura 1. Distribución de la población según clasificación de los subtipos de DCL.



## Conclusión

En el presente estudio se evaluaron 69 personas con una edad promedio de 71.79 años, de los cuales el 78% correspondía al género femenino, dicha muestra corresponde a un proceso diagnóstico realizado con 573 adultos mayores. Se utilizaron distintas pruebas de tamizado como el MMSE y pruebas neuropsicológicas complementarias para identificar el subtipo de DCL al que pertenecía cada uno de los integrantes de la muestra diagnosticada. En conclusión, el 49% de la muestra correspondió a adultos mayores con DCL tipo amnésico múltiples dominios, el 35% a DCL tipo no amnésico múltiples dominios y el 8% a DCL tipo amnésico único dominio y no amnésico único dominio. Al comparar los resultados de otras investigaciones y teniendo en cuenta que en el presente estudio no se estima prevalencia, es necesario reconocer la similitud en los resultados arrojados y la utilidad que presenta el estudio de caso para realizar diagnósticos más acertados.<sup>28</sup>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que en este estudio no existen conflictos de interés relevantes.

### Fuentes de financiamiento

No existió una fuente de financiamiento particular para este informe científico.

## Referencias

---

1. Petersen R, Doody R, Kurz A, Mohs R, Morris J, Rabins P, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*. 2001; 58: 1985-1992.
2. Yanhong O, Chandra M, Venkatesh D, Mild cognitive impairment in adult: A neuropsychological review. *Ann Indian Acad Neurol*. 2013; 16: 310-318.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. 2008; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>.
4. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev Salud Publica*. 2011; 13: 610-619.
5. Bocanegra Y, Trujillo-Orrego N, Pineda D. Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson: una revisión. *Rev Neurol*. 2014; 59: 555-569.
6. Gainotti G, Quaranta D, Vita M, Marra C. Neuropsychological predictors of conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2014; 38: 481-495.
7. Cooper C, Sommerlad A, Lyketsos C, Livingston G. Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2015; 172: 323-334.
8. Petersen R, Smith G, Waring S, Ivnik R, Tangalos E, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*. 1999; 56: 303-308.
9. Casanova-Sotolongo P, Casanova-Carrillo P, Casanova-Carrillo C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004; 20(5-6): 0-0.
10. Figuera L, Mulet B, Sánchez-Casas R, Estragó M, Cardús M, Alquézar A. Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*. 2005; 17: 250-256.
11. Rodríguez N, Juncos-Rabadán O, Mayo D. Discriminación mediante marcadores cognitivos del deterioro cognitivo leve frente a envejecimiento normal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43: 291-298.
12. Valls-Pedret C, Molinuevo J, Rami L. Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol*. 2010; 51: 471-480.
13. Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12: 189-198.
14. Moreno A, Montañés P, Cano C, Plata S, Gámez A. Comparación de perfiles neuropsicológicos del Viejo-Joven (VJ) y el Viejo-Viejo (VV): envejecimiento normal y enfermedad de Alzheimer. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr*. 2005; 19: 776-796.
15. Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban M. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol*. 1982; 37: 91-99.
16. Yesavage J, Sheikh J. 9/Geriatric Depression Scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986; 5: 165-173.
17. Grober E, Merling A, Heimlich T, Lipton R. Free and cued selective reminding and selective reminding in the elderly. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1997; 19: 643-654.
18. Morris J, Heyman A, Mohs R, Hughes J, Van Belle G, Fillenbaum G, et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD): I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*. 1989; 39: 1159-1165.
19. Aguirre-Acevedo D, Gómez R, Moreno S, Henao-Arboleda E, Motta M, Muñoz C, et al. Validez y fiabilidad de la batería neuropsicológica CERAD-Col. *Rev Neurol*. 2007; 46: 655-660.
20. García-Albea J, Del Viso S, Bernardos M. *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia: adaptación española*. Bogotá: Editorial Medica Panamericana; 1996.
21. Kortte K, Horner M, Windham W. The trail making test, part B: cognitive flexibility or ability to maintain set? *Appl Neuropsychol Adult*. 2002; 9: 106-109.
22. Osterrieth P. The test of copying a complex figure: A contribution to the study of perception and memory. *Arch Psychol*. 1944; 30: 206-356.
23. Henao-Arboleda E, Aguirre-Acevedo D, Muñoz C, Pineda D, Lopera F. Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Rev Neurol*. 2008; 46: 709-713.
24. Goodling M, Amaya E, Parra M, Ríos A. Prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva 2003-2005. *Acta Neurol Colomb* 2006; 22: 243-248.

25. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan E. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease Report of the NINCDS-ADRDA Work Group\* under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984; 34: 939-939.
26. Henao-Arboleda E, Moreno-Carrillo C, Ramos V, Aguirre-Acevedo D, Pineda D, Lopera F. Caracterización de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con DCL de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 2010; 5: 153-159.
27. Albert M, DeKosky S, Dickson D, Dubois B, Feldman H, Fox N, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011; 7: 270-279.
28. Fisk J, Merry H, Rockwood K. Variations in case definition affect prevalence but not outcomes of mild cognitive impairment. *Neurology*. 2003; 61: 1179-1184.
29. Montañés P, Cano C, Pedraza O, Peñalosa M, Rubiano L, Gamez A. Demencia no Alzheimer: variante frontal de la demencia fronto-temporal. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*. 2003; 17: 539-583.
30. Hernández L, Montañés P, Gámez A, Cano C, Núñez E. Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*. 2007; 21: 992-1004.
31. Frutos-Alegria M, Moltó-Jordà J, Morera-Guitart J, Sánchez-Pérez A, Ferrer-Navajas M. Perfil neuropsicológico del deterioro cognitivo leve con afectación de múltiples áreas cognitivas. Importancia de la amnesia en la distinción de dos subtipos de pacientes. *Rev Neurol*. 2007; 44: 455-459.
32. López O. Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. *Rev Neurol*. 2003; 37: 140-144.
33. Migliacci, M., D. Scharovsky, and S. Gonorazky, Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Rev Neurol*. 2009; 48: 237-241.
34. Mías C, Sassi M, Masih M, Querejeta A, Krawchik R. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*. 2007; 44: 733-738.