

# Deterioro cognitivo leve no amnésico en una muestra clínica de Bogotá, Colombia<sup>1</sup>

## Non-amnestic mild cognitive impairment in a clinical sample of Bogotá, Colombia

<https://doi.org/10.15332/22563067.10710>

Artículos

**Manuel Fernando Díaz Bermeo<sup>2</sup>**

Politécnico Gran Colombiano

[mfediaz@poligran.edu.co](mailto:mfediaz@poligran.edu.co)

<https://orcid.org/0000-0002-2145-7056>

Recibido: 4 de junio de 2023

Revisado: 7 de octubre de 2023

Aceptado: 12 de febrero de 2024

Citar como:

Díaz Bermeo, M. F. (2024). Deterioro cognitivo leve no amnésico en una muestra clínica de Bogotá, Colombia. *Diversitas*, 20(2), 63-77. <https://doi.org/10.15332/22563067.10710>



### Resumen

Con los años, las funciones cognitivas entran en declive, asociado con factores biológicos, psicológicos y sociales. Este deterioro no siempre evoluciona a un trastorno neurocognitivo, sino que puede mantenerse en el nivel de deterioro cognitivo leve e incluso retornar a estadios de funcionamiento premórbido. El deterioro cognitivo puede presentar diferentes características sindrómicas. Por consiguiente, esta investigación tuvo como objetivo describir las características neuropsicológicas de cinco pacientes con deterioro cognitivo leve no amnésico, encontrando principalmente fallos en velocidad de procesamiento, discriminación fonológica, lenguaje comprensivo y control inhibitorio. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura para pacientes con síndrome metabólico. En cuanto a memoria de trabajo, praxias y fluidez verbal, los resultados fueron discrepantes, ya que los participantes con síntomas afectivo-emocionales y de mayor edad obtuvieron los desempeños más bajos.

**Palabras claves:** deterioro cognitivo leve no amnésico, envejecimiento, síndrome metabólico.

### Abstract

Over the years, cognitive functions decline due to biological, psychological, and social factors. This deterioration does not always progress to a neurocognitive disorder; instead, it can remain at the level of mild cognitive impairment or even return to stages of premorbid functioning. Cognitive impairment can exhibit different syndromic characteristics. This research aimed to describe neuropsychological characteristics of five patients with non-amnestic mild cognitive impairment. The findings primarily indicated deficits in processing speed, phonological discrimination, language comprehension, and

<sup>1</sup> Artículo de investigación.

<sup>2</sup> Correspondencia: Manuel Fernando Díaz Bermeo. Clínica Universidad de la Sabana Correo electrónico: [mfediaz@poligran.edu.co](mailto:mfediaz@poligran.edu.co); [manueldb@clinicaunisabana.edu.co](mailto:manueldb@clinicaunisabana.edu.co)

inhibitory control, consistent with reports in the literature on patients with metabolic syndrome. However, results regarding working memory, praxis, and verbal fluency were discrepant, as participants with affective-emotional symptoms and advanced age demonstrated the lowest performance.

**Keywords:** non-amnesic mild cognitive impairment, aging, metabolic syndrome.

## Introducción

A lo largo del ciclo vital, el funcionamiento cognitivo es un aliado fundamental del ser humano, ya que le permite implementar habilidades mentales, emocionales y comportamentales para interactuar con el entorno (Morozova, Zorkina, Abramova, Pavlova, Pavlov, Soloveva, Volkova, Alekseeva, Andryschchenko, Kostyuk, Gurina y Chejonin, 2022). Según Saldaña, Herrera, Esteban, Martín, Simón, Salgado, López y Olazarán (2018), estas habilidades tienden a deteriorarse durante la tercera edad, convirtiéndose en uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud mental. Las quejas más comunes incluyen fallos en la memoria, problemas de concentración, y cambios emocionales y comportamentales, que no siempre comprometen la independencia cotidiana, pero que frecuentemente están asociados con el curso del deterioro cognitivo leve (DCL).

El DCL se define como una pérdida moderada en el funcionamiento cognitivo que excede el envejecimiento normal. Este deterioro reduce en los adultos mayores sus capacidades de razonamiento, comprensión y memoria, aumentando significativamente la probabilidad de progresar hacia un trastorno neurocognitivo mayor, anteriormente denominado demencia (Romero, Vargas, Pardo, Eslava, Moreno, 2021; González, Oltra, Sitges y Bonete, 2021).

Según Silva, Teixeira y Leist (2022), en América Latina, la prevalencia del DCL oscila entre el 6,8 % y el 25,5 % en adultos mayores de 60 años. En Colombia, la Encuesta de Salud Mental de 2015 estimó una prevalencia del 8,9 % (Romero, Vargas, Pardo, Eslava, Moreno, 2021). Sin embargo, Rosario, Lavarone, La Marra y Iachini (2022) destacan que estas cifras varían significativamente según la edad. Por ejemplo, la prevalencia es del 6,7 % entre los 60 y 64 años, aumenta al 22,5 % entre los 80 y 84 años, y alcanza hasta el 60,1 % en mayores de 85 años (Rosario, Lavarone, La Marra y Iachini, 2022).

Aunque los criterios epidemiológicos reportan un volumen importante de la población mayor de 60 años con DCL, también resulta relevante considerar los pronósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que proyectan un aumento significativo en la población mayor de 60 años para 2050, pasando del 12 % actual al 22 % (Vílchez, Soriano, Saldaña, Acevedo, Bendezú, Ocampo y Ciudad, 2017). En este sentido, Jongsiriyangyong y Limpawattana (2018) afirman que el aumento en la expectativa de vida no solo representa un desafío para la salud pública debido al incremento en los costos médicos asociados al tratamiento de patologías relacionadas con el envejecimiento, sino que también implica un reajuste en las expectativas de los adultos mayores. Estos, debido al deterioro normal de la edad, experimentan enlentecimiento motor, disminución de las respuestas sensoriales, cambios físicos y variaciones en su salud, tanto temporales como permanentes, lo que interfiere en su desempeño cotidiano y afecta su estado de ánimo, favoreciendo el desarrollo de condiciones como el DCL o los trastornos neurocognitivos mayores.

En este contexto, ha surgido una mayor necesidad de comprender la nosología del DCL. Tradicionalmente, se consideraba como una fase intermedia entre el envejecimiento normal y los trastornos neurocognitivos mayores; sin embargo, esto no siempre es así. Según Liu, Zhong, Yuan, Niu y Ma (2021), hasta un 44 % de las personas con síntomas de DCL pueden mantenerse en este estadio durante años, mostrando incluso reversibilidad en los síntomas y recuperando características previas. Esto depende de variables como la etiología, predisposiciones genéticas, entorno y factores de mantenimiento.

En el estudio del DCL destacan dos enfoques principales. Por un lado, el enfoque biológico, basado en biomarcadores multidominio como el depósito de  $\beta$ -amiloide (A), la taupatía (T) y la neurodegeneración (N), los cuales se estudian mediante biomarcadores del líquido cefalorraquídeo, fluorodesoxiglucosa basal y tomografía por emisión de positrones. Estas técnicas ofrecen información valiosa sobre la estructura cerebral y sus componentes proteicos, aunque su acceso en la práctica clínica han enfatizado el uso de técnicas de neuroimagen clásicas, como la resonancia magnética, para identificar patrones estructurales (Kwak, Giovanello, Bozoki, Styner y Dayan, 2021).

Por otro lado, el enfoque sindrómico clasifica al DCL en tres subtipos: (1) DCL amnésico único, caracterizado por fallos exclusivamente en la memoria; (2) DCL no amnésico, asociado a deterioro en áreas cognitivas distintas a la memoria; y (3) DCL múltiple, que implica el compromiso de varios dominios cognitivos, con o sin afectación de la memoria (González, Oltra, Sitges y Bonete, 2021).

Al igual que las perspectivas proteica, estructural y sindrómica, Silva, Teixeira y Leist (2022) destacan la importancia de comprender el curso del DCL desde su etiología, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales determinantes en esta condición. Dentro de los factores biológicos, Segura y Jurado (2009) resaltan la relevancia del síndrome metabólico (SdMet), una condición que engloba múltiples factores de riesgo, como resistencia a la insulina, niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL), obesidad, triglicéridos elevados e hipertensión arterial, los cuales afectan la sustancia blanca (SB).

Las alteraciones en la SB pueden ser corticales o subcorticales y se clasifican según los grados de Fazekas: grado 0 indica ausencia de lesión, grado 1 corresponde a lesiones focales no confluentes, grado 2 sugiere lesiones inicialmente confluentes, y grado 3 representa afectación difusa confluyente (Sartori, Álvarez, Pasquini, Alvarado y Álzate, 2017). Labos, Guajardo, Soderlund, Pagotto, Saguez, Seinhart y Schapira (2022) refiere que el grado 1 de Fazekas está presente en un 11 % a 21 % de las personas mayores de 64 años con DCL no amnésico, afectando principalmente los lóbulos frontales y los centros semiovais. Por su parte, los grado 2 y 3 comprometen las vías córtico-subcorticales, interfiriendo en procesos como la memoria declarativa y aumentando la posibilidad de desarrollar un trastorno neurocognitivo mayor.

Desde un enfoque sindrómico, Segura y Jurado (2009) afirman que los cambios en la SB inducidos por el SdMet presentan manifestaciones diversas. Por ejemplo, los pacientes con hipertensión arterial tienen mayor predisposición al desarrollo de DCL no amnésico, lo que incrementa el riesgo de infartos lacunares, cambios en la SB y dilatación ventricular. Estas alteraciones provocan déficits en la atención, enlentecimiento de las funciones ejecutivas (FFEE) y reducción en la velocidad visomotora.

La obesidad, por su parte, se ha relacionado principalmente con una reducción del volumen cerebral en los lóbulos frontales y el hipocampo, causando alteraciones en las praxias visuales y la memoria de trabajo. En cuanto a la dislipidemia, esta afecta principalmente las regiones subcorticales, generando enlentecimiento en los tiempos de reacción, fallos en los niveles de conciencia, integración motora y fluidez verbal (Segura y Jurado, 2009). Finalmente, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha mostrado un impacto significativo en la sustancia blanca profunda, produciendo atrofia córtico-subcortical y afectando procesos como velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la memoria declarativa, la atención y la fluidez verbal (Ma, Li, Lv, Hou, Nie y Yin, 2020).

En relación con las variables psicológicas asociadas al estado de ánimo, Martín y Velayudhan (2020) destacan que las principales alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes con DCL incluyen depresión, apatía, ansiedad y, en menor medida, irritabilidad.

Respecto a la depresión, Morozova, Zorkina, Abramova, Pavlova, Pavlov, Soloveva, Volkova, Alekseeva, Andryschchenko, Kostyuk, Gurina y Chejonin (2022) encontraron que la prevalencia de síntomas depresivos en adulto mayores con DCL oscila entre el 85 % y el 94 %, cifras que superan significativamente el promedio general en adultos mayores sin deterioro cognitivo (DC), cuya prevalencia se estima entre el 13 % y el 23 % (Rodríguez, Rojas, Pérez, Gallardo y Durán, 2021). Este trastorno afecta el adecuado funcionamiento del *locus coeruleus* y la sustancia negra, lo que impacta negativamente las funciones ejecutivas, la memoria, la velocidad de procesamiento y los procesos atencionales (Calderón, 2018).

En cuanto a la apatía, Martín y Velayudhan (2020) reportan una prevalencia promedio del 39,5 % en pacientes con DCL, mientras que en adultos mayores sin DC la prevalencia es del 14,7 %. Esta manifestación neuropsiquiátrica, especialmente en pacientes con DCL que no presentan depresión, aumenta hasta siete veces el riesgo de evolucionar hacia un trastorno neurocognitivo mayor. Su aparición está asociada con la presencia de enfermedad cerebrovascular, particularmente con grados de Fazekas 2 y 3, afectando principalmente las funciones ejecutivas relacionadas con la toma de decisiones y la memoria.

En relación con la ansiedad, se estima una prevalencia del 26,3 % en pacientes con DCL, en comparación con el 11,6 %, en grupos sin DC. En el caso del DCL, la ansiedad se ha vinculado con un mayor déficit global y alteraciones en la memoria episódica verbal. Esto genera una relación circular similar a la observada con la depresión, donde la conciencia del deterioro cognitivo exacerba los síntomas emocionales, lo que a su vez agrava las alteraciones cognitivas (Martín y Velayudhan, 2020). Sin embargo, aún no está claro si estas afectaciones emocionales predisponen al desarrollo del DCL o si forman parte de una manifestación temprana del mismo (Rodríguez, Rojas, Pérez, Gallardo y Durán, 2021).

En síntesis, el aumento en la expectativa de vida en la población general incrementa la posibilidad de desarrollar diversas condiciones que afectan tanto la salud física como mental. Esta última resulta de especial interés para la presente investigación, cuyo objetivo es describir las características neuropsicológicas de cinco pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve no amnésico atendidos durante el primer semestre de 2023 en la ciudad de Bogotá, Colombia. Los hallazgos buscan contribuir al conocimiento clínico sobre este tipo de perfiles, permitiendo el diseño de estrategias preventivas e intervencionistas que beneficien a la población en general.

## Método

El presente estudio es de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo. Se llevó a cabo con cinco pacientes de la ciudad de Bogotá, quienes participaron de manera libre y voluntaria, conforme a lo establecido por Hernández, Fernández y Baptista, (2014).

### Participantes

Se incluyeron cinco personas entre 70 y 85 años, con quejas cognitivas iniciadas después de la séptima década de vida. Los participantes recibieron diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL) no amnésico, sin compromiso en su independencia instrumental ni básica, y autorizaron su participación en el estudio. Se excluyeron aquellos con antecedentes cerebrovasculares, diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor y personas analfabetas.

Los participantes fueron identificados como participante 1, participante 2, participante 3, participante 4 y participante 5. De ellos, dos eran hombres y tres mujeres. En cuanto al nivel educativo, dos tenían estudios de primaria, uno de bachillerato y dos habían cursado estudios universitarios de manera incompleta. El promedio de aparición de los síntomas fue de 20 meses. Respecto a los antecedentes clínicos relevantes, el 100 % de los participantes presentaron hipertensión, el 40 % diabetes y el 40 % reportaron síntomas de ansiedad (ver tabla 1).

**Tabla 1**

*Puntuaciones: caracterización de la muestra*

<i>Participante</i>	<i>Edad</i>	<i>Género</i>	<i>Nivel escolar</i>	<i>Antigüedad de síntomas</i>	<i>Tipo de síntomas</i>	<i>Paraclínicos</i>	<i>Antecedentes clínicos</i>
1	77 años	M	Primaria	3 años	Queja de memoria, desorientación	RM: Fazekas 1 fronto-temporal	DM 2, hipertensión, TCE cerrado en la niñez sin contusión cerebral
2	76 años	M	Primaria	2 años	Queja de memoria	RM aplazada por ataque de pánico	Tumor hipofisario, hipertensión, infarto miocardio (1 año de evolución), ataque de pánico, TCE cerrado
3	73 años	F	Universitario incompleto	1 año	Fallos en atención, memoria y lenguaje.  Codependencia	RM: Quiste aracnoides cisura de Silvio	Hipertensión, temblor esencial, ansiedad

					Labilidad emocional		
4	72 años	F	Bachillerato	5 meses	Fallos en memoria y lenguaje	No realizado	Diabetes, hipertensión, TCE cerrado hace 17 años con contusión cerebral
5	85 años	F	Universitario incompleto	2 años	Fallos en memoria	No realizado	Hipertensión, hipoacusia bilateral

Nota. La tabla presenta las características generales de los participantes, incluyendo edad, género, nivel educativo, antigüedad de los síntomas, hallazgos paraclínicos y antecedentes clínicos relevantes.

Fuente: elaboración propia.

### Materiales y procedimiento

El proceso de valoración se llevó a cabo en tres sesiones. Durante la primera sesión se realizó el levantamiento de la historia clínica mediante una entrevista semiestructurada, así como la aplicación del *Mini Mental State Examination* (MMSE), que cuenta con una confiabilidad de 0,80 para población colombiana (Rojas, Segura, Cardona, Segura y Osley, 2017). Para evaluar la independencia básica se utilizó el Índice de Barthel, con una confiabilidad de 0,98 (Duarte y Velasco, 2021). También se aplicaron la Queja Subjetiva de Memoria (QSM), con una confiabilidad de 0,87 y sensibilidad del 96,8 % (Orjuela, Bedoya y Salazar, 2022), y el Ineco Frontal Screening (IFS), con una sensibilidad de 0,80 y especificidad del 0,91 (Zapata, Cárdenas y Cuartas, 2019).

En la segunda sesión se administraron las subpruebas de dígitos directos, dígitos en progresión, detección visual, cubos en progresión, memoria lógica a corto y largo plazo, curva de memoria, figura de rey, cubos en regresión, fluidez verbal y fluidez semántica, todas pertenecientes a la *Evaluación Neuropsicológica de Atención y Memoria (Neuropsi)*, que cuenta con una confiabilidad 0,87 (Granados, Romero y Barreda, 2017).

En la tercera sesión se aplicaron las subpruebas de lenguaje del *Test de Barcelona*, incluyendo repetición, expresión y comprensión, además de las praxias orofaciales, ideatorias e ideacionales, con una confiabilidad de 0,87 (Peña, 2005). También se utilizó el *Trail Making Test* versión A (TMT–A), con una fiabilidad interevaluador de 0,99 (Arango y Rivera, 2015). Por último, se aplicaron las subpruebas de búsqueda de símbolos y claves de la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-IV)*, que presenta una confiabilidad de 0,95 (Rosas, Tenorio, Pizarro, Cumsille, Bosch, Arancibia, Carmona, Pérez, Pino, Viscarra y Zapata, 2014).

### Resultados

A cada participante se le aplicó el protocolo de valoración de manera individual, lo que permitió obtener información que se clasificó en las categorías de pruebas de cribado, atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas.

En primer lugar, las pruebas de cribado incluyeron las siguientes: *Queja Subjetiva de Memoria Familiar* (QSM-F), *Queja Subjetiva de Memoria Personal* (QSM-P), *Mini Mental State Examination* (MMSE), INECO, Barthel y Lawton y Brody. Los resultados indicaron que el 80 % de los cuidadores percibieron fallos en la memoria de sus familiares; sin embargo, solo el 40 % de los participantes reportó quejas significativas de memoria. Respecto a la prueba de tamizaje cognitivo, el MMSE evidenció fallos en el 40 % de los participantes. Por otro lado, la prueba de escaneo ejecutivo (INECO) mostró dificultades en el 100 % de la muestra, mientras que todos los participantes (100 %) mantuvieron independencia funcional tanto a nivel instrumental como básico (ver tabla 2).

**Tabla 2**  
*Puntuaciones: escalas de cribado*

<i>Prueba</i>	<i>Participante 1</i>	<i>Participante 2</i>	<i>Participante 3</i>	<i>Participante 4</i>	<i>Participante 5</i>
<i>QSM-F</i>	27*	24*	14	21*	20*
<i>QSM-P</i>	26*	14	15	20*	17
<i>MMSE</i>	27	23*	25	20*	20*
<i>INECO</i>	19*	14*	13*	13*	12*
<i>Barthel</i>	100	100	100	100	85
<i>Lawton y Brody</i>	7	8	8	8	8

Nota. La tabla muestra la puntuación directa obtenida por cada participante, comparada con los puntos de corte. Los puntos de corte son los siguientes: QSM-F y QSM-P > 19 indica alteración; MMSE < 24 sugiere deterioro cognitivo; INECO < 22,5 señala compromiso frontal; Barthel < 95 implica dependencia leve; y Lawton y Brody < 5 refleja dependencia moderada. Los participantes marcados con \* superaron el punto de corte mínimo.

Fuente: elaboración propia.

En segundo lugar, se valoró la función atencional, identificándose que el 60 % de los participantes retiene un adecuado volumen de información visual, mientras que entre el 60 % y el 80 % logra inhibir estímulos distractores y enfocarse en tareas específicas. Sin embargo, el 100 % de los participantes mostró baja velocidad de ejecución. Además, al evaluar la atención a través del canal auditivo, se observó que el 80 % de los participantes presentó dificultades para retener información proveniente de este canal sensorial, lo que afectó su posterior procesamiento (ver tabla 3).

**Tabla 3**  
*Puntuaciones: pruebas de atención*

<i>Prueba</i>	<i>Participante 1</i>	<i>Participante 2</i>	<i>Participante 3</i>	<i>Participante 4</i>	<i>Participante 5</i>
<i>Dígitos directo</i>	9*	7*	9*	13	4*
<i>Detección visual</i>	14	11	13	12	8*
<i>Cubos en progresión</i>	10	10	6*	16	9*

TMT-A	20*	35*	5*	70	20*
Búsqueda de símbolos	4*	11	11	10	8*
Claves	9*	9*	8*	8*	15

Nota. La tabla incluye las puntuaciones transformadas obtenidas por cada participante, basadas en los baremos correspondientes de las pruebas, ya sea en puntuación natural o en percentil. Las puntuaciones marcadas con \* indican resultados por debajo del promedio.

Fuente: elaboración propia.

En tercer lugar, se valoró la memoria considerando los canales auditivo y visual (ver tabla 4). Para el canal auditivo, se diferenciaron los componentes semánticos y episódico. A nivel semántico, aunque no se identificó una curva de registro estándar entre los participantes, el 60 % presentó dificultades en la codificación. Sin embargo, al evaluar la evocación, solo un participante mostró problemas tanto en el recobro libre como por claves, mientras que los demás obtuvieron un desempeño adecuado. En las tareas de confrontación, el 100 % de los participantes se desempeñaron dentro de lo esperado.

Respecto a la memoria episódica, se observó un bajo desempeño en la codificación de información en el 100 % de los participantes, y esta dificultad persistió en el 80 % durante las tareas de recobro diferido.

Finalmente, en la memoria visual, aunque el 80 % de los participantes mostró un desempeño adecuado en la codificación, solo el 20 % mantuvo dicho desempeño en la evocación diferida.

**Tabla 4**  
Puntuaciones: pruebas de memoria

Prueba	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5
Memoria lógica promedio	-1*	-1*	0	0	-2*
Codificación historias	7*	5*	2*	0*	-2*
Memoria verbal espontanea	0	0	0	-2*	0
Memoria verbal por claves	0	0	0	-1*	0
Memoria reconocimiento	0	0	1	0	0
Memoria promedio historia	10	5*	5*	1*	5*
Recobro figura semicompleja	0	-1*	-1*	-1*	-2*

Nota. La tabla contiene las puntuaciones transformadas obtenidas por cada participante, basadas en los baremos correspondientes de las pruebas, ya sea en puntuación natural o percentil. Los valores marcados con \* indican resultados por debajo del promedio.

Fuente: elaboración propia.

En cuarto lugar, se valoró el lenguaje verbal, compuesto por repetición, expresión y comprensión (ver tabla 5). Al evaluar la capacidad de los participantes para transcodificar

información auditiva en respuesta verbal, se observó un desempeño adecuado en tareas simples como la repetición silábica, palabras frecuentes y error semántico. Sin embargo, en tareas de mayor complejidad, que requerían diferenciar fonemas y procesar frases extensas, todos los participantes mostraron dificultades, lo que sugiere fallos principalmente en el bucle fonológico de la memoria de trabajo y en el span atencional.

En cuanto a la expresión, se encontró que el 100 % de los participantes pudo realizar procesos básicos de denominación, como partes del cuerpo, nombre de objetos cotidianos y respuesta denominando. Igualmente, todos mantuvieron una adecuada producción narrativa cuando el tema era de alta frecuencia. Sin embargo, en conversaciones sobre temas de baja frecuencia, solo el 20% de los participantes obtuvo un desempeño dentro de lo esperado. Además, el 60 % mostró bajo desempeño en la denominación viso-verbal.

En cuanto a la comprensión de información, el 80 % de los participantes logró un buen desempeño en tareas básicas, como la identificación de partes del cuerpo. Sin embargo, a medida que las tareas se volvieron más complejas, el rendimiento disminuyó considerablemente, y en procesos de abstracción, solo el 40 % de los participantes estuvo dentro de lo esperado.

**Tabla 5**  
*Puntuaciones: pruebas de lenguaje*

<i>Prueba</i>	<i>Participante 1</i>	<i>Participante 2</i>	<i>Participante 3</i>	<i>Participante 4</i>	<i>Participante 5</i>
<b>Repetición</b>					
<i>Repetición de sílabas</i>	95	95	95	95	95
<i>Repetición de pares de sílabas</i>	5*	40*	5*	30*	30*
<i>Repetición de logatomos</i>	20*	40*	5*	10*	10*
<i>Repetición de pares mínimos</i>	30*	5*	20*	95	5*
<i>Repetición de palabras</i>	95	95	95	95	95
<i>Repetición de frases</i>	5*	30*	30*	30*	5*
<i>Repetición de error semántico</i>	95	95	5*	95	95
<b>Expresión</b>					
<i>Conversación–narración</i>	95	95	95	95	95
<i>Narración temática</i>	95	5*	5*	5*	5*
<i>Descripción de láminas</i>	60	5*	5*	95	95
<i>Denominación de imágenes</i>	5*	30*	95	90	5*
<i>Denominación de objetos</i>	95	95	95	95	95

<b>Denominación partes del cuerpo</b>	95	95	95	95	95
<b>Respuesta denominando</b>	95	95	95	95	95
<b>Completamiento denominando</b>	5*	95	95	95	95
<b>Comprensión</b>					
<b>Comprensión de palabras</b>	5*	95	95	95	5*
<b>Comprensión partes del cuerpo</b>	5*	95	95	95	95
<b>Comprensión ejecución de órdenes</b>	95	10*	95	95	95
<b>Comprensión material complejo</b>	30*	40*	30*	95	30

Nota. La tabla contiene las puntuaciones transformadas obtenidas por cada participante, basadas en los baremos correspondientes de las pruebas, ya sea en puntuación natural o percentil. Los valores marcados con \* indican resultados por debajo del promedio.

Fuente: elaboración propia.

En quinto lugar, se valoraron las funciones ejecutivas, que incluyeron memoria de trabajo, praxias, fluidez verbal y control inhibitorio (ver tabla 6). En cuanto a la memoria de trabajo, se observó que el 60 % de los participantes mostró un adecuado desempeño en el bucle fonológico, la agenda visoespacial y el ejecutivo central.

Al evaluar la capacidad de los participantes para controlar el acto motor dirigido a acciones específicas, se encontró que el 40 % mostró un desempeño adecuado en la organización del acto motor de los músculos oro-buco-lingüo-faciales. Sin embargo, en relación con las praxias ideomotoras a la orden, el 20 % de los participantes mostró dificultades para coordinar el acto motor en la ejecución de tareas aprendidas. A pesar de esto, en las praxias ideomotoras por imitación, las praxias ideatorias y las praxias viso-construccionales, el 80 % de los participantes obtuvo un rendimiento dentro del promedio esperado.

En cuanto a la capacidad de los participantes para acceder a su repertorio léxico, se observó que el desempeño fue superior cuando las claves eran semánticas en comparación con las fonológicas.

Por último, en la evaluación del control inhibitorio, se observó que el 80 % de los participantes presentó dificultades tanto en tareas motoras como cognitivas. En general, el desempeño en los procesos de seriación fue adecuado para la mayoría de los participantes.

**Tabla 6**  
*Puntuaciones: funciones ejecutivas*

<i>Prueba</i>	<i>Participante 1</i>	<i>Participante 2</i>	<i>Participante 3</i>	<i>Participante 4</i>	<i>Participante 5</i>
---------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<i>Memoria de trabajo</i>					
<i>Cubos en regresión</i>	12	10	5*	12	1*
<i>Dígitos en progresión</i>	12	6*	9*	11	11
<i>Retención de dígitos</i>	5*	8*	11	13	11
<i>Praxias</i>					
<i>Praxias orofonatoria</i>	10*	95	5*	95	10*
<i>Gesto simbólico orden</i>	5*	5*	5*	10*	95
<i>Gesto simbólico imitación</i>	95	95	95	95	95
<i>Mímica uso de objetos a la orden</i>	30*	95	5*	95	95
<i>Mímica uso de objetos imitación</i>	10*	95	95	95	95
<i>Uso secuencial de objetos</i>	5*	95	95	95	95
<i>Imitación de posturas unilateral</i>	5*	95	95	95	95
<i>Imitación de posturas bilateral</i>	10*	95	95	95	95
<i>Copia figura semicompleja</i>	0	-3*	1	0	0
<i>Fluidez</i>					
<i>Fluidez semántica</i>	11	10	11	14	5*
<i>Fluidez fonológica</i>	12	10	8*	14	7*
<i>Control inhibitorio</i>					
<i>Series motoras</i>	3/3	3/3	1/3*	3/3	2/3
<i>Instrucciones conflictivas</i>	3/3	2/3	3/3	2/3	3/3
<i>Control inhibitorio motor</i>	3/3	0/3*	0/3*	0/3*	0/3*
<i>Control inhibitorio verbal</i>	1/6*	5/6	2/6*	0/6*	0/6*

Nota. La tabla contiene las puntuaciones transformadas obtenidas por cada participante, basadas en los baremos correspondientes de las pruebas, ya sea en puntuación natural o percentil. Los valores marcados con \* indican resultados por debajo del promedio.

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

Como resalta Vélchez, Soriano, Saldaña, Acevedo, Bendejú, Ocampo y Ciudad (2017), la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2050 la población mayor de 60 años pasará del 12 % actual al 22 %, lo que generará una creciente necesidad de comprender al adulto mayor desde diferentes perspectivas. Esto no solo incrementará el gasto público, sino que también implicará una mayor comprensión de la salud física y mental de este grupo etario (Jongsiriyangyong y Limpawattana, 2018). Por consiguiente, la presente investigación tuvo como objetivo general describir las características cognitivas de cinco adultos mayores con deterioro cognitivo leve no amnésico, con el fin de identificar las diferencias y similitudes entre ellos.

Tras este proceso evaluativo, se encontró que todos los participantes reportaron quejas subjetivas de memoria, con una evolución promedio de 20 meses. Sin embargo, la prueba de cribado cognitivo MMSE reveló indicadores de DCL en el 40 % de los participantes. Además, la prueba de tamizaje ejecutivo INECO detectó déficit en las funciones ejecutivas en el 100 % de los participantes, lo cual es consistente con los aportes de Labos, Guajardo, Soderlund, Pagotto, Saguez, Seinhart y Schapira (2022), quienes refieren que en los pacientes con DCL no amnésico se observa compromiso en los lóbulos frontales y los centros semioviales, afectando funciones ejecutivas, atencionales, lingüísticas y de velocidad de procesamiento.

No obstante, esto no compromete su independencia funcional, ya que la percepción del déficit cognitivo puede atribuirse a variables emocionales relacionadas con la conciencia de este, generando un proceso cíclico del cual no hay claridad sobre si es desencadenado por sentimientos de minusvalía o preocupación, o por factores neurofisiológicos asociados con el DCL (Martín y Velayudhan, 2020; Morozova, Zorkina, Abramova, Pavlova, Pavlov, Soloveva, Volkova, Alekseeva, Andryschchenko, Kostyuk, Gurina y Chejonin, 2022; Rodríguez, Rojas, Pérez, Gallardo y Durán, 2021; Calderón, 2018; Vélchez, Soriano, Saldaña, Acevedo, Bendejú, Ocampo y Ciudad, 2017). Como indicaron Saldaña, Herrera, Esteban, Martín, Simón, Salgado, López y Olazarán (2018), la funcionalidad no se ve comprometida, ya que las respuestas cognitivas se enlentecen, pero, tras tiempos prolongados o mayor esfuerzo cognitivo, los pacientes logran generar estrategias compensatorias.

En cuanto a las funciones cognitivas, se observó que los cinco participantes presentaron una adecuada capacidad en procesos atencionales básicos, como inhibir distractores, seleccionar el foco atencional y mantenerse en la ejecución de tareas durante tiempos específicos. Sin embargo, la calidad de la tarea se vio afectada por la baja velocidad de procesamiento y un bajo span atencional, lo cual es una de las características principales en los pacientes con DCL no amnésico. Estos factores están relacionados con cambios en la sustancia blanca cortical, que interfieren en los procesos de memoria a corto plazo, pero no en los de memoria a largo plazo, ya que este proceso corresponde a circuitos cortico-subcorticales, que no se ven afectados en este tipo de DCL (Segura y Jurado, 2009).

En relación con la memoria auditivo-verbal, se evidenció una mayor capacidad de aprendizaje en tareas semánticas en comparación con las episódicas, lo cual podría atribuirse principalmente a fallos atencionales, causados por el compromiso en la sustancia blanca cortical, más que por fallos mnésicos propiamente dichos (Morozova, Zorkina, Abramova, Pavlova,

Pavlov, Soloveva, Volkova, Alekseeva, Andryschchenko, Kostyuk, Gurina y Chejonin, 2022; Labos, Guajardo, Soderlund, Pagotto, Saguez, Seinhart y Schapira, 2022).

A nivel de lenguaje, se evidenciaron hallazgos relevantes, principalmente en la discriminación fonológica, el seguimiento de instrucciones complejas y la abstracción de información, lo cual podría asociarse con fallos en la memoria de trabajo, específicamente en el bucle fonológico y en la concentración. Esto podría estar relacionado con los antecedentes de síndrome metabólico (SdMet) y síntomas emocionales reportados por los pacientes (Ma, Li, Lv, Hou, Nie y Yin, 2020; Segura y Jurado, 2009).

En cuanto al funcionamiento ejecutivo, se encontró discrepancia entre los participantes. A nivel de control inhibitorio, se evidenció dificultad en el 80 % de los participantes para controlar automatismos cognitivos y motores. Sin embargo, la memoria de trabajo se vio afectada principalmente en las personas con sintomatología ansioso-depresiva. Además, en cuanto a las praxias y la fluidez verbal, los dos pacientes de mayor edad fueron los que mostraron un menor desempeño, lo que discrepa de los antecedentes empíricos, que resaltan un compromiso generalizado en las funciones ejecutivas (Martín y Velayudhan, 2020; Calderón, 2018).

## Conclusiones

En síntesis, se puede concluir que el aumento en la expectativa de vida de la población sigue en ascenso, lo cual plantea nuevos retos para los diferentes sistemas que trabajan con este grupo poblacional. Entre estos desafíos se encuentra la necesidad de conocer las características cognitivas de esta población, que puede experimentar un deterioro en su funcionamiento cognitivo sin que este interfiera en su funcionalidad. Este fenómeno es, además, uno de los principales motivos de consulta neurológica y neuropsicológica.

A nivel cognitivo, se evidenció un compromiso generalizado en aspectos como la velocidad de procesamiento, la discriminación fonológica, el seguimiento de instrucciones complejas, la abstracción y el control inhibitorio. Por otro lado, los hallazgos fueron discrepantes en praxias y fluidez verbal, ya que estas áreas se vieron más afectadas en los participantes de mayor edad.

Por consiguiente, las áreas de la salud y los sistemas sociales deben reconocer que un grupo representativo de personas de la tercera edad se encuentra en un punto intermedio entre el funcionamiento cognitivo normal y los trastornos neurocognitivos. Este estado intermedio, denominado deterioro cognitivo leve (DCL), está influido por variables biológicas, psicológicas y sociales que requieren un estudio profundo para diseñar estrategias de prevención, promoción e intervención ajustadas a las demandas existentes (Morozova, Zorkina, Abramova, Pavlova, Pavlov, Soloveva, Volkova, Alekseeva, Andryschchenko, Kostyuk, Gurina y Chejonin, 2022).

Dentro de las limitaciones de este estudio se destacan el bajo número de participantes, la ausencia de técnicas evaluativas complementarias, como estudios de neuroimagen y pruebas de laboratorio importantes para obtener un perfil integral, y la falta de una evaluación específica para detectar síntomas de estado de ánimo asociados con ansiedad, depresión y estrés.

Por lo tanto, se recomienda que futuras investigaciones incluyan un mayor grupo de participantes, utilicen pruebas de neuroimagen y de laboratorio, y consideren la valoración de aspectos psicológicos y psicosociales para proporcionar una comprensión más completa del DCL.

## Referencias

- Arango, J. y Rivera, D. (2015). Datos normativos del Test del Trazo TMT A & B para población colombiana. *Neuropsicología en Colombia: datos normativos, estado actual y retos al futuro*. Bogotá: UAM.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista de Medicina Herediana*, 29(3), 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
- Duarte, R. y Velazco, A. (2021). Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horizonte Sanitario*, 21(1), 113-120. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>.
- González, P., Oltra, J., Sitges, E. y Bonete, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de Neurología*, 72, 288-295. <https://doi.org/10.33588/rn.7208.2020626>.
- Granados, D., Romero, A. y Barreda, A. (2017). Evaluación neuropsicológica y rendimiento académico en estudiantes de psicología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 65-72. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1145>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). El proceso de investigación cuantitativa. *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Jongsiriyangyong, S. y Limpawattana, P. (2018). Mild cognitive impairment in clinical practice: A review article. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(8), 500-507. <https://doi.org/10.1177/1533317518791401>.
- Kwak, K., Giovanello, K., Bozoki, A., Styner, M. y Dayan, E. (2021). Subtyping of mild cognitive impairment using a deep learning model based on brain atrophy patterns. *Cell Reports Medicine*, 2, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100467>.
- Labos, E., Guajardo, M., Soderlund, M., Pagotto, V., Saguez, C., Seinhart, D. y Schapira, M. (2022). Daño vascular y rendimiento cognitivo-funcional en una población con deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 74(7), 209-218. <https://doi.org/10.33588/rn.7407.2021411>.
- Liu, Q., Zhong, M., Yuan, S., Niu, C. y Ma, X. (2021). Clinical study of central cholinergic pathway damage in two mild cognitive impairment patients. *Neurological Sciences*, 42(11), 4707-4717. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05573-9>.
- Ma, S., Li, S., Lv, R., Hou, X., Nie, S. y Yin, Q. (2020). Prevalence of mild cognitive impairment in type 2 diabetes mellitus is associated with serum galectin-3 level. *Journal of Diabetes Investigation*, 11(5), 1295-1302. <https://doi.org/10.1111/jdi.13256>.
- Martín, E. y Velayudhan, L. (2020). Neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment: A literature review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(2), 146-155. <https://doi.org/10.1159/000507078>.
- Mora, S., García, R., Perea, M., Ladera, V., Unzueta, J., Patiño, M. y Rodríguez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*, 54(5), 303-310. <https://doi.org/10.33588/rn.5405.2011538>.
- Morozova A., Zorkina, Y., Abramova, O., Pavlova, O., Pavlov, K., Soloveva, K., Volkova, M., Alekseeva, P., Andryschchenko, A., Kostyuk, G., Gurina, O. y Chejonin, V. (2022). Neurobiological highlights of cognitive impairment in psychiatric disorders. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(1217), 1-53. <https://doi.org/10.3390/ijms23031217>.
- Orjuela, C., Bedoya, L. y Salazar, M. (2022). *Propiedades psicométricas del instrumento Queja de Cambios Cognitivos (QCC)*. Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia.
- Peña, J. (2005). Introducción. Normas generales y de registro. *Manual Test Barcelona Revisado (TBR)*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Pérez, A., Oviendo, D. y Britton, G. (2020). Asociación entre cognición y depresión en adultos mayores panameños con cognición normal y deterioro cognitivo leve. *Revista IPC*, 8(3), 5-16. <https://doi.org/10.37387/ipc.v8i3.166>.
- Ribeiro, F., Teixeira, A. y Leist, A. (2022). The prevalence of mild cognitive impairment in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1710-1720. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2003297>.

- Rodríguez, M., Rojas, L., Pérez, Y., Gallardo, I. y Durán, L. (2021). Funcionamiento cognitivo de adultos mayores con depresión. *Archivos Médicos de Camagüey*, 25(5), 683-693. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2021/amc215d.pdf>.
- Rojas, D., Segura, A., Cardona, D., Segura, A. y Osley, M. (2017). Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *Revista CES Psicología*, 10(2), 17-27. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.2.2>.
- Romero, S., Vargas, J., Pardo, R., Eslava, J. y Moreno, M. (2021). El sistema de salud colombiano y el reconocimiento de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 1-9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n2.88369>.
- Rosario, C., Lavarone, A., La Marra, M. y Iachini, T. (2022). Hand movements in mild cognitive impairment: Clinical implications and insights for future research. *Journal of Integrative Neuroscience*, 21(2), 67-84. <https://doi.org/10.31083/j.jin2102067>.
- Rosas, R., Tenorio, M., Pizarro, M., Cumsille, P., Bosch, A., Arancibia, S., Carmona, M., Pérez, C., Pino, E., Viscarra, E. y Zapata, P. (2014). Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos. *Psyke*, 23(1), 1-18. <https://doi.org/10.7764/psykhe.23.1.529>.
- Saldaña, A., Herrera, J., Esteban, E., Martín, M., Simón, P., Salgado, P., López, S. y Olazarán, J. (2018). Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Revista de Neurología*, 67(9), 325-330. <https://doi.org/10.33588/rn.6709.2018228>.
- Sartori, P., Álvarez, M., Pasquini, F., Alvarado, L. y Álzate, A. (2017). Lesiones en la sustancia blanca en el paciente anciano. Utilización de la terminología adecuada. *Revista Argentina de Radiología*, 81(2), 110-121. <https://doi.org/10.1016/j.rard.2016.07.006>.
- Segura, B. y Jurado, M. (2009). Síndrome metabólico y envejecimiento: déficit cognitivo y alteraciones estructurales del sistema nervioso central. *Revista de Neurología*, 49(8), 417-424. <https://doi.org/10.33588/rn.4908.2008425>.
- Silva, F., Teixeira, A. y Leist, A. (2022). The prevalence of mild cognitive impairment in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 26(9). <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2003297>.
- Vílchez, J., Soriano, A., Saldaña, D., Acevedo, T., Bendezú, P., Ocampo, B. y Ciudad, L. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 266-272. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>.
- Zapata, M., Cárdenas, L. y Cuartas, J. (2019). INECO Frontal screening (IFS): una herramienta psicométrica para evaluar la disfunción ejecutiva en policonsumidores. *Suma Psicológica*, 26(2), 119-126. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2019.v26.n2.8>