

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN – MANAGUA**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL  
“DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE”**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

**TEMA:**

NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO SEGÚN EL TEST DE MINIMENTAL EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE CRONICOS DEL POLICLINICO FRANCISCO MORAZAN EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2012

**ELABORADO POR:**

DR. MARVIN HERRERA MACHADO  
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE PSIQUIATRIA

**TUTOR:**

DRA. MARIA ESTHER PAIZ  
MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

**ASESOR METODOLOGICO:**

DR. ENRIQUE PEDROZA PACHECO  
Ph D. CIENCIAS AGRÍCOLA, DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN UNAN – MANAGUA.

**MANAGUA, DICIEMBRE DEL 2012**

**CD026^H565^2012**



# Índice

Introducion.....	i
Antecedentes .....	iii
Justificación .....	vi
Plantamiento De Problema .....	vii
Objetivos .....	viii
Marco Teorico.....	1
Hipotesis .....	20
Diseño Metodologico .....	21
Resultados .....	24
Conclusiones .....	42
Anexos .....	44
Bibliografía .....	48

## ***Dedicatoria***

### ***A Dios.***

*Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

### ***A mi madre azucena machados.***

*Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí .*

*. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.*

### ***A mi padre Tomas Ramón.***

*Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.*

### ***A mis familiares.***

*A Angélica, mi compañera y sobretodo amiga, que siempre ha creído en mí y me ha apoyado en todos los malos momentos, sin pedir nada a cambio.*

*A mis hijos, Angélica María y Jorge Emilio, que dan sentido a mi vida y que siempre están y estarán en mi corazón con su amor.*

*A mi hermano Edwin, Arelis y Melvin y a mi sobrino jeffer Javier y todos aquellos que participaron directa e indirectamente para la realización de esta tesis.*

## AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos. Debo agradecer de manera especial y sincera a la doctora **María Ester Paiz Seller** por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias

Doctora

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al **Dr. Enrique Pedrosa Pachecos** por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que nuestras siempre acaloradas discusiones redundaran benéficamente tanto a nivel científico como personal. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado y, además, ha significado el surgimiento de una sólida amistad.

## RESUMEN

El presente trabajo no experimental u observacional, de tipo prospectivo, transversal y desde el punto de vista clínico epidemiológico, un estudio de caso, se realizó en el Policlínico Francisco Morazán del SILAIS – Managua; tenía como objetivo evaluar el deterioro cognitivo en pacientes del programa de crónicos en el período de Junio a Diciembre 2012; se planteó la siguiente hipótesis:

¿La escolaridad, edad y las enfermedades crónicas son factores que podrían incidir en el deterioro cognitivo de los pacientes?

Se analizaron mediante las pruebas estadísticas Tau-C de Kendall, Phi y V de Cramer cada una de las variables. Observándose que el sexo femenino predominó en el estudio y que los grupos en edades comprendidas entre los 71 y 80 años, de procedencia urbana fueron los más destacados.

En la escolaridad los analfabetos, primaria completo e incompleto fueron la mayoría. En el grado de deterioro cognitivo predominó el leve; al relacionar las variables edad con deterioro cognitivo mediante el análisis estadístico encontrábamos que estas no estaban relacionadas entre sí, sin embargo, al relacionar la variable escolaridad con deterioro cognitivo encontramos que estas están relacionadas entre sí.

Las enfermedades crónicas sobresalientes encontradas fueron: la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Epilepsia.

Por lo anterior se recomienda, realizar el test de mini mental a los pacientes que sean portadores de una enfermedad crónica, por el área de psiquiatría o psicología para detectar el nivel de deterioro cognitivo en dichos pacientes. Fomentar en los pacientes el hábito de lectura y la realización de ejercicios cognitivos como hacer crucigramas, sopa de letras, juego de ajedrez, cálculos mentales, acertijos, adivinanzas, recordar eventos especiales de la familia, académicos, sociales y laborales.

## INTRODUCCION

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de las funciones cognitivas tales como las de aprender nueva información. Este deterioro cognitivo inicial ha recibido distintas denominaciones, tales como: "olvidos benignos", "deterioro de la memoria asociado a la edad", "deterioro cognitivo asociado a la edad" y "deterioro cognitivo leve"; este último término propuestos por el equipo de la clínica de mayo es en la actualidad el término más ampliamente aceptado. A diferencia de las descripciones previas, el deterioro cognitivo leve establece como una entidad patológica la declinación de la memoria en vez de considerarla como una condición fisiológica normal de la vejez, además del deterioro de las funciones cognitivas propia de la edad se le suma las patologías que estas acarrear, como son las enfermedades crónica: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, etc. que vienen a empeorar la actividad de la vida diaria. Todas estas condiciones dan lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término «deterioro cognitivo»; que se trata de un término que si bien no especifica la funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un problema cuyo diagnóstico ha de establecerse con prontitud para adoptar las medidas terapéuticas oportunas para ellos unos de los instrumentos más utilizadas es el mini mental, publicado en 1975. El *Mini Mental* tiene como objetivo detectar el deterioro cognitivo.

El mini mental es una escala estructurada breve (consta de 30 ítems) y su realización dura aproximadamente diez minutos. Su aplicación puede ser llevada a cabo por personal sanitario entrenado. Esta prueba evalúa aspectos relevantes de la función cognitiva, como son: la orientación espacio-temporal, memoria, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje y praxis constructiva. Se establece una puntuación máxima de 30 puntos. Se dan puntos en función de las respuestas del sujeto. A menor puntuación mayor deterioro: entre 22 y 18 corresponden a empeoramiento leve, los resultados entre 10 y 17 coinciden con un deterioro moderado y resultados inferiores a 10 son considerados como un deterioro severo.

## ANTECEDENTES

El gran interés generado en las últimas décadas por diferenciar, con una cierta precisión el envejecimiento normal del patológico, la disminución de la mortalidad y mayor esperanza de vida que trae consigo las enfermedades propias de la edad ha motivados la realización de diferentes estudios en lo que encontramos.

Morris y colaboradores <sup>(15)</sup>, representan al grupo de investigadores que en mayor medida defienden las teorías de las existencias de un periodo transicional del envejecimiento normal a las demencias.

Estos autores observaron y compararon mediante un estudio longitudinal, a personas mayores voluntarias residentes en la comunidad, con función cognitiva normal durante un periodo de 9.5 años.

El protocolo de evaluación contenía ítems de baterías cognitivas breves, como el Mini Mental. La conclusión principal a la que llegaron fue: La sospecha de que el deterioro cognitivo leve es un proceso anormal del envejecimiento.

La operatividad del término “deterioro” como una consecuencia funcional de la interferencia cognitiva presente, que repercute también levemente en las vida diaria, no causando dependencia, pero sí con un rendimiento menos preciso que antes de la pérdida cognitiva.

La importancia que poseen las observaciones de familiares y allegados para identificar tempranamente el cambio cognitivo y el deterioro funcional.

El estudio más completo publicado en la actualidad sobre el deterioro cognitivo leve (DCL) ha sido el CACHE, llevado a cabo por investigadores de múltiples universidades de los Estados Unidos en el pueblo que lleva el mismo nombre, en Utah. Después de llevar a cabo una cohorte

de 3 años con pacientes en edades comprendidas alrededor de los 65 años y con diferentes grados de deterioro cognitivo, pudieron concluir que todos los tipos de deterioro cognitivo leve, ya sea amnésico, o mixto producían conversión a demencia <sup>(21)</sup>

En el estudio de Pieter Jell y colaboradores <sup>(19)</sup>. con 494 pacientes clasificados en grupos etiológicos de deterioro cognitivo leve, después de 10 años de seguimiento, se concluyó que la mayoría de los pacientes que progresó a EA tenía como antecedentes mayor edad y el subtipo de DCL amnésico, asociado al inicio de síntomas cognitivos más temprano en la línea del tiempo.

En México se realizó el estudio a nivel Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizado en el año 2001 en toda la República Mexicana , por Miguel Jaime y colaboradores<sup>(9)</sup> seleccionaron todos los sujetos mayores de 65 años que hubieran completado la evaluación cognoscitiva, los cuales se clasificaron en dos grupos: presencia/ ausencia de deterioro cognoscitivo. Todos los sujetos con deterioro cognoscitivo que además presentaron dificultad en, por lo menos, una actividad instrumental de la vida diaria fueron clasificados en un tercer grupo: con deterioro cognoscitivo más dependencia funcional. Se calcularon las prevalencias de deterioro cognoscitivo y de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional y se analizó la asociación con las variables sociodemográficas y de salud, mediante el análisis de regresión logística. Resultados. De la población analizada, no se encontró asociación entre las variables sociodemográficas y de salud y la probabilidad de deterioro cognoscitivo; sin embargo, la probabilidad de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional fue mayor en las mujeres, aumentó con la edad, fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión. <sup>(9)</sup>

El estudio de deterioro cognitivo en la población ASCATE, en la Ciudad de Cartago, Costa Rica. Realizado por Allis F. Sellek Rodríguez y Daniel Alvarez Suárez <sup>(1)</sup>, concluyeron que Predominó el deterioro cognitivo leve seguidas por la forma severa. El sexo femenino resultó ser el más afectado.

En cuando al comportamiento del DCL y su relación con el estado civil Encontraros que el más afectados corresponde a las personas viudas seguido por los solteros. Se reafirma la relación entre el bajo nivel escolar y mayor Deterioro Cognitivo, siendo el nivel primario incompleto el de mayor frecuencia, afectando.

El Deterioro Cognitivo se relacionó con un mayor porcentaje en personas con alguna enfermedad crónica, principalmente las de riesgo vascular como la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus Se evidenció la relación directa con la edad y el deterioro cognitivos. También se encontró, la osteoartritis, el hipotiroidismo y accidentes cerebro vasculares <sup>(1)</sup>.

En Nicaragua el hospital Lenin Fonseca el doctor Gerardo Porras <sup>(19)</sup> realizo un estudio en el años 2009 en que concluyo que: Los pacientes perteneciente al sexo femenino y procedentes del área urbana, con poca escolaridad fuero las más afectada.

Los factores de riesgo que se encontraron y que están relacionados con el desarrollo de o la probabilidad de padecer demencia, fueron Diabetes Mellitus e hipertensión<sup>(20)</sup>.

La Dra. Karla Baldizón Duarte <sup>(4)</sup> realizo un estudio en los servicios de salud mental y programa de crónicos del SILAIS – Managua en el período de junios a diciembre del 2009 el cual concluye que el deterioro más frecuente es el leve, La escolaridad inversamente proporcional al deterioro cognitivo y la patología más frecuentes fue: la hipertensión y diabetes.

## JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el deterioro cognitivo y la demencia se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados y en desarrollo. Dada su relación con la edad, los especialistas han constatado en la última década un continuo incremento de estos trastornos, tanto en su incidencia como en su prevalencia, secundariamente al aumento progresivo de la longevidad en la población.

En nuestro país hay pocas investigaciones relacionadas con el deterioro cognitivo por lo cual decidimos realizar este estudio; para que sea de referencia en próximas investigaciones y sirva de herramienta para la detección oportuna de factores de riesgos, que propicie el desarrollo de posibles enfermedades demenciales.

Es importante diagnosticar el deterioro cognitivo, ya que en un rango entre el 8 y el 28% de los pacientes, que padecen este deterioro incrementa el riesgo de padecer una demencia; razón por la cual es necesario el seguimiento evolutivo, para intervenir de forma precoz en aquellos en los que podría evolucionar a la demencia.

## PLANTAMIENTO DE PROBLEMA

### 1. Caracterización del problema

El envejecimiento humano es un fenómeno inevitable, estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, esto también conlleva a la patología propia de la edad (enfermedades crónicas), y la disminución de las funciones cognitivas. Todas estas condiciones dan lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término de deterioro cognitivo, cuyo diagnóstico ha de establecerse con prontitud para adoptar las medidas terapéuticas oportunas.

### 2. Delimitación del problema:

Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedades crónicas.

### 3. Formulación del problema

¿Cuál es el deterioro cognitivo en pacientes portadores de enfermedades crónicas, que asisten a programas de crónicos del Policlínico Francisco Morazán?

### 4. Sistematización del problema:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes, que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán?

¿Cuál es el **nivel de deterioro cognitivo** en pacientes con enfermedades crónicas, que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán?

¿Cuál es la relación que existe entre los pacientes con enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- 1) Evaluar el deterioro cognitivo en pacientes del programa de crónico del Policlínico Francisco Morazán en el periodo de junio a diciembre del 2012.

### **Objetivos específicos**

- 1) Describir los factores socio-demográficos de los pacientes del programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán.
- 2) Determinar el nivel de deterioro cognitivo en pacientes que acuden al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán según test de mini mental.
- 3) Comparar la relación que existen entre las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo en pacientes del Policlínico Francisco Morazán.
- 4) Proponer un manejo preventivo del deterioro cognitivo, en pacientes con enfermedades crónicas que asisten al Policlínico Francisco Morazán.

## MARCO TEORICO

### DETERIORO COGNITIVO LEVE

El concepto más utilizado para referirnos al estado entre el envejecimiento y la demencia es el deterioro cognitivo leve (DCL), en inglés Mild Cognitive Impairment (MCI), propuesto por el equipo de la clínica Mayo a finales de los años 90 <sup>(17)</sup>.

El DCL se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente la Enfermedad de Alzheimer.

Se han usado a lo largo de los años diversos términos para describir el estado Intermedio del deterioro cognitivo.

En el siglo XIX Prichard identificó los estados más precoces de la demencia como alteraciones de la memoria reciente pero conservando intacta la memoria remota <sup>(21)</sup>.

Kral <sup>(10)</sup> fue el primero en aventurarse en definir dos patrones distintos de envejecimiento cognitivo presentes en ancianos; estos dos tipos se refieren a los tipos benigno y maligno de envejecimiento. El primero de ellos intenta reflejar la pérdida normal de memoria que afecta al envejecimiento no patológico y se caracteriza por dificultades en recordar información no relevante para el sujeto en un determinado contexto; esta información se puede recuperar en otras situaciones. La forma maligna de alteración de la memoria va asociada a la demencia senil y afecta tanto a hechos importantes como irrelevantes para el sujeto, el cual no es consciente de sus problemas.

Luego, distintos grupos de investigación propusieron diversos criterios para referir un estado intermedio entre el declive normal y la demencia. Así, en 1986. El grupo de trabajo del Instituto Nacional de Salud Mental en los estados unidos por Crook y colaboradores <sup>(7)</sup>, fue el primero que propuso el constructo DEMAЕ (*deterioro de la memoria asociado a la edad*) con el objetivo de favorecer la comunicación entre los investigadores y estimular la investigación.

Este grupo, propuso los primeros criterios para el diagnóstico de dicho constructo. Y fueron los siguientes:

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria (olvido de nombres, números de teléfono, etc.), que afectan de modo característico a personas mayores de 50 años;
- Inicio gradual y lento de esta pérdida de memoria sin empeoramiento acelerado durante los últimos meses; evidencia objetiva de fallos de memoria en pruebas psicométricas (al menos una desviación estándar por debajo de la media establecida para adultos normales).
- Función intelectual global normal y ausencia de demencia (puntuación en el Mini mental de 24 puntos o superior).

Más tarde, el objeto de estudio de los problemas cognitivos intermedios entre la normalidad y la demencia se ha ido ampliando.

Se propusieron otros constructos, tales como el ‘Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad’ (DECAE). En 1994, la Asociación Psicogeriatría Internacional (IPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusieron los siguientes criterios para tratar de definir el término DECAE (deterioro cognitivo asociado a la edad).

Así, definieron el DECAE como un deterioro algo más intenso que la media del grupo control de edad similar y propusieron los siguientes criterios:

Presencia de declive cognitivo (problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos), referido por el paciente o por un informador fiable, y de al menos 6 meses de duración.

Evidencia objetiva de rendimiento deficitario en cualquier función cognitiva superior (memoria y aprendizaje, atención y concentración, lenguaje, pensamiento o pruebas visuoperceptivas).

El déficit se define como un rendimiento de al menos una desviación estándar por debajo de la media el grupo control de edad y nivel cultural similares. El deterioro no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.

El deterioro cognitivo asociado a la edad (DECAE) se diferencia del deterioro de la memoria asociado a la edad (DEMAE) en que permite incluir otras funciones cognitivas superiores, además de la memoria; por otro lado, la referencia para valorar el rendimiento cognitivo no es con adultos sino con el grupo control de edad y nivel cultural similares; y, por último, deja abierta la posibilidad de utilizar otras pruebas neuropsicológicas (no sólo el Mini-Mental).

*El Deterioro cognitivo leve (DCL)* es un síndrome, incluido ya en los criterios de la Asociación Americana de psiquiatría, DSM-IV (mild neurocognitive disorder) y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, ICD-10 (mild cognitive impairment). Estos criterios se muestran en la tabla 1 siguiente:

**Tabla 1. C.I.E 10 DETERIORO CONGNITIVOS**

<p><i>Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas:</i></p>	<p><i>Esta alteración debe ser:</i></p>
<p><i>a. Atención/Concentración</i></p> <p><i>b. Lenguaje</i></p> <p><i>c. Gnosis</i></p> <p><i>d. Memoria</i></p> <p><i>e. Praxias</i></p> <p><i>f. Funciones visuoespaciales</i></p> <p><i>g. Funciones ejecutivas</i></p>	<p><i>a. Adquirida, señalando un deterioro respecto de las capacidades previas del individuo</i></p> <p><i>b. Referida por el paciente o informador fiable</i></p> <p><i>c. Objetivada en la exploración neurpsicológica</i></p> <p><i>d. De meses de duración y constatada en el paciente con un nivel de conciencia normal</i></p>
<p><i>3- La alteración cognitiva sólo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzada de la vida Diaria</i></p>	<p><i>4- La alteración cognitiva no se asocia a trastornos del nivel de conciencia</i></p>

## **TRASTORNO NEUROCOGNOSCITIVO LEVE.**

El DSM-IV (APA, 1994) también propuso un constructo parecido al anterior y lo definió como ‘Trastorno neurocognoscitivo leve. Se propuso como criterio de investigación para definir la aparición de un deterioro cognitivo debido a una enfermedad médica. Y se incluyó en el Apéndice B del DSM-IV (criterios y ejes propuestos para estudios posteriores), puesto que se consideró que todavía no se disponía de la suficiente información como para avalar la inclusión de esta propuesta, como categoría oficial o eje de ese manual.

Más tarde, el DSM-IV-TR (APA, 2002) también recogió este mismo constructo y en los mismos términos; en la tabla 2, se muestran los criterios de investigación para el trastorno neurocognoscitivo leve, según DSM-IV-TR.

**Tabla 2.** *Criterios de investigación para el trastorno neurocognoscitivo leve, según DSM-IV-TR.*

<b>A. Afectación de dos (o más) de las siguientes áreas cognoscitivas que tiene lugar durante 2 semanas (según el individuo o testimonio fiable):</b>
(1) deterioro de la memoria que se traduce en una reducción de la capacidad para aprender o evocar información.
(2) alteraciones en el terreno ejecutivo (p. ej., planificación, organización, ordenación y abstracción).
(3) alteraciones de la atención o de la velocidad para el procesamiento de la información.
(4) deterioro de la capacidad perceptivo-motora.
(5) deterioro del lenguaje (p. ej., comprensión, búsqueda de palabras).
<b>B. La exploración física o de laboratorio (se incluyen las técnicas por neuroimagen) aporta pruebas objetivas de una enfermedad médica o neurológica que se considera etiológicamente relacionada con el trastorno cognitivo.</b>
<b>C. Los test neuropsicológicos o las técnicas de evaluación cognoscitiva cuantificada ponen de manifiesto anormalidades o empeoramiento del rendimiento.</b>
<b>D. El déficit cognitivos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y representan un empeoramiento respecto al nivel previo de funcionamiento.</b>
<b>E. La alteración cognoscitiva no cumple los criterios diagnósticos del delirium, la demencia o el trastorno amnésico y no se explica mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental (p. ej., trastorno relacionado con sustancias, trastorno depresivo mayor).</b>

Actualmente el concepto que prima es el propuesto por el grupo de la Clínica Mayo, que intenta definir y reconocer el grupo de pacientes cuyas alteraciones Cognitivas correspondan a los síntomas iniciales de una EA. Establece dos fases: la primera de leve deterioro cognitivo sería prodrómica de la segunda, la demencia. Partiendo de este supuesto, los dos estados forman parte de un continuum que responde a un mismo proceso patológico. Este concepto está basado en dos hipótesis. La primera, clínico- evolutiva, hace referencia al continuum cognitivo a partir de la hipótesis de que los pacientes con demencia han debido de pasar previamente por un estadio menos grave de alteración cognitiva. La segunda hipótesis, clínico-patológica, sugiere una alteración del lóbulo temporal medial en ambos casos.

**Tabla 3: Criterios diagnósticos DCL, (Petersen et al (1997)).**

<p><b>Criterios Clínica Mayo</b></p> <p><b>(Petersen et al.1999)</b></p>	<p>Alteración subjetiva de la memoria, a ser posible corroborada por un informador fiable</p> <p>Alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas con la misma edad y escolaridad</p> <p>Funcionamiento cognitivo global normal</p> <p>Realización normal de las actividades de la vida diaria</p> <p><b>No cumplir criterios de demencia</b></p>
--	---

Posteriormente fue imponiéndose la idea de que el DCL representaba una entidad más heterogénea, ya que no todas las formas evolucionaban a la enfermedad de Alzheimer, y que resultaba necesaria una conceptualización más amplia. A partir de una conferencia internacional de expertos se propusieron criterios más amplios que describen cuatro categorías o subtipos diferentes de DCL <sup>(17)</sup>:

- DCL amnésico dominio único
- DCL amnésico dominio múltiple
- DCL no amnésico dominio único
- DCL no amnésico dominio múltiple.

### **Síntomas de sospecha de deterioro cognitivo**

Deterioro de la orientación.

Dificultad en la adquisición de información nueva.

Deterioro de la memoria reciente.

Problemas con el razonamiento lógico.

Problemas en el cálculo.

Dificultad para realizar tareas complejas.

Problemas en el lenguaje.

Incapacidad para la programación.

Los síntomas persisten durante seis meses.

### **Factores de riesgo para deterioro cognitivo**

Se llaman factores de riesgo aquellas circunstancias que hacen más probable que una persona padezca una enfermedad.

Entre los factores de riesgo para el Deterioro Cognitivo los más conocidos son:

Hipertensión, que debe ser controlada de modo riguroso.

Diabetes.

Obesidad.

Colesterol elevado y dieta rica en grasas saturadas.

Tabaquismo.

Historia de traumatismo craneal.

Historia de accidente cerebrovascular o ictus.

Consumo excesivo de alcohol.

Historia familiar de enfermedad de Alzheimer.

La edad.

### **Enfermedad crónica:**

La OMS define aquellas enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos, como enfermedades crónicas. Las enfermedades que pertenecen a estos grupos son:

Hipertensión arterial.

Diabetes mellitus tipo 1.

Diabetes mellitus tipo 2.

Artritis reumatoides.

Artritis úrica.

Hipercolesterinemias.

Obesidad.

Cardiopatías isquémicas.

Epilepsia.

Insuficiencia cardiaca.

Asma bronquial.

E.P.O.C.

### Hipertensión arterial:

Es un padecimiento crónico de etiología variada que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 al 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

La asociación entre el deterioro cognitivo y la hipertensión arterial es reconocida desde hace cuatro décadas. En 1971 Frances Wilkie decía: "... poca atención ha sido puesta en los efectos conductuales a largo plazo asociados a desórdenes hipertensivos". Este autor había observado que, evaluados mediante la *Wheshler Adult Intelligence Scale* (WAIS) luego de 10 años de seguimiento, los pacientes con hipertensión arterial mostraban más deterioro cognitivo que los controles normales <sup>(24)</sup>.

Posteriores estudios epidemiológicos longitudinales realizados en diferentes poblaciones (Framingham, Rotterdam, Göttenborg, Finlandia, Uppsala, Kungsholmen Project y los japoneses-americanos del Honolulu Heart Program) confirmaron tal asociación entre la hipertensión arterial y la patología cognitiva <sup>(24)</sup>.

En tanto otros estudios identificaron también otras patologías como la fibrilación auricular, la diabetes, la obesidad y las dislipemias, como predictores de daño funcional del cerebro <sup>(24)</sup>.

En definitiva, de todos los factores de riesgo vascular, la presión arterial elevada es el más importante y prevalente como causa de deterioro cognitivo y/o demencia, y más aún si se

encuentra asociada con otros factores de riesgo vascular, incrementando el riesgo de forma lineal (24).

Entre todos los dominios cognitivos, estas lesiones subcorticales afectan con preferencia las funciones ejecutivas (planificación, abstracción, atención.) y memorias, la hipertensión arterial es responsable tanto de los infartos cerebrales tromboembólicos de los pequeños y/o grandes vasos cuyo síndrome dependerá del compromiso cortico-subcortical (afasia, amnesia y déficit motores), como de las lesiones de las arteriolas profundas que dañan la sustancia blanca (leucoaraiosis) caracterizada por alteraciones de la memoria, apatía y disfunción ejecutiva (24).

### Diabetes Mellitus (DM):

Es un desorden metabólico de etiología múltiple, caracterizado por hiperglicemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasa y proteínas, que resulta de trastornos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

Debido a su incidencia entre la población que envejece y a sus complicaciones cardiovasculares y sensoriales. La diabetes se ha constituido un padecimiento con numerosas implicaciones cognitivas.

Las personas con diabetes mellitus tienen más riesgos de deterioro cognitivos, llamado también encefalopatías diabéticas o disfunción cognitiva diabética.

La persona con diabetes mellitus tipos 2 tiene mayor tasa de declinación de funciones cognitivas e incrementos de hasta 15 veces en el riesgo de deterioro cognitivos, e incluso demencias.

En un estudio longitudinal realizado en Suecia por W.L. Xu y colaboradores (2004) (25), se concluyó que padecer diabetes mellitus aumenta en el anciano el riesgo de sufrir demencia, especialmente la del tipo vascular; sin embargo, este aumenta considerablemente en los ancianos con diabetes mellitus cuando esta coexiste con hipertensión arterial grave o cardiopatía. La ralentización de los procesos de comunicación neuronal afecta al cerebro en la velocidad del

procesamiento de la información y de las ideas, así pues no podrá analizar la información de forma secuencial, ni analizar por completo la información nueva en el momento de su entrada. La disminución de la rapidez mental y la simplificación de la capacidad de pensar parecen ser factores decisivos en muchas de las demencias intelectuales causadas por la edad. <sup>(24)</sup>

Otros estudios transversal analítico realizados por Amín Cervantes Arriagas y su colaboradores en sujetos diagnosticados con diabetes mellitus tipos 2 y con mínimo un años de evolución no se encontraros relación entre la diabetes y el deterioro cognitivos aunque si se encuentros una asociación entre la dislipidemias y la enfermedad de pequeños vasos en pacientes diabéticos con deterioro cognitivos <sup>(6)</sup>.

### La Epilepsia:

Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suele dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicológicas.

En los sujetos epilépticos en los que se demuestras una lesión, el deterioro cognitivos está relacionado con la función fisiológicas del sitio anatómica afectados. La severidad del deterioro cognitivos está relacionado con el tipo y la extensión de la lesión. A su vez el deterioro cognitivo es proporcional a la extensión de la lesión.

Varios autores han encontrados que cuando la actividad paroxísticas es de predominios del hemisferios derechos las tareas ejecutivas de tipos no verbal son la más afectadas. Lo contrarios cuando la actividad paroxística es en los hemisferios izquierdos las tareas verbales son las más afectadas. Otro factor que potencia la existencia de trastornos cognitivos es la concentración alta de antiepiléptico circulante, se ha demostrado que existe un mejor desempeño de las funciones cognitivas cuando las concentraciones de estas drogas están dentro de los rangos de normalidad terapéutica y que las altas dosis y concentraciones séricas elevadas se relacionan con alteraciones de las funciones intelectuales.

Entre las funciones más afectadas están: la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y el lenguaje, alteraciones en la orientación temporal y espacial, inteligencias y alteraciones visuales espaciales <sup>(14)</sup>. En el lenguaje además de la afasia adquirida que cursa con el síndrome de Landau-Kleffner también llamado afasia epiléptica adquirida o afasia con desorden convulsivo, que es la incapacidad de entender y expresar el lenguaje, han descrito otras alteraciones lingüísticas como la anosmia <sup>(13)</sup>.

#### Insuficiencia cardíaca (IC):

Se define como aquel estado fisiopatológico en que una anomalía funcional cardíaca impide que el corazón bombee sangre en los volúmenes adecuados para satisfacer las necesidades del metabolismo tisular. Esta es una enfermedad incapacitante y costosa.

La insuficiencia cardíaca congestiva es responsable de un alto grado de discapacidad al afectar la condición física de los pacientes como consecuencia de síntomas como disnea, fatiga, edemas y pérdida de masa muscular. A ello se suman las restricciones en la dieta, la dificultad para realizar actividades de la vida diaria, la pérdida progresiva de la autonomía, los efectos secundarios de los medicamentos y los ingresos recurrentes al hospital.

Los resultados de diversos estudios afirman que una gran proporción de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva presenta algún grado de deterioro cognitivo, probablemente asociado a una reducción en el flujo sanguíneo cerebral, ocasionado por bajo gasto cardíaco.

En un estudio realizado por Zuccalà y colaboradores <sup>(5)</sup> en 57 sujetos con edad promedio de 77 años y con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva admitidos a una unidad geriátrica a lo largo de un periodo de seis meses, a quienes se les aplicó el Mini Mental State Examination (MMSE), se evidenció que aproximadamente 53% presentaba puntajes menores a 24, lo cual sugiere deterioro cognitivo, un porcentaje significativamente mayor que el encontrado en sujetos sanos de la misma edad. El peor desempeño se observó en las pruebas de razonamiento complejo. Adicionalmente, se encontró una asociación directa entre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y el desempeño en el MMSE. Así, se observó que los sujetos con una fracción de

eyección menor a 30% presentaron puntuaciones significativamente menores que aquellos con una fracción de eyección más alta.

La presencia de alteraciones cognitivas repercute de manera directa en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva al asociarse con disminución en el autocuidado, independencia reducida para la realización de actividades diarias y empeoramiento de la sintomatología clínica <sup>(5)</sup>.

### Hipercolesterolemia:

Aumento del nivel de colesterol en sangre por encima de 2,5 g/l. Puede ser congénita (hipercolesterolemia familiar) o adquirida, La hipercolesterolemia provoca arteriosclerosis y enfermedades coronarias que pueden llegar a ser graves, como el infarto cardíaco.

El tratamiento consiste en establecer una dieta pobre en grasas, colesterol, alcohol y calorías.

La hipercolesterolemia se ha asociado con el diagnóstico de la demencia en varios trabajos, incluso se ha descrito como un factor de riesgo hasta cierto punto predictor de la enfermedad.

Por todas estas razones se impone la necesidad de estudiar qué ocurre con el metabolismo lipídico y lipoproteico en el sistema nervioso central. La posibilidad de encontrar y conseguir un tratamiento temprano del deterioro cognitivo.

Actualmente se sabe que las concentraciones altas de colesterol incrementan el riesgo de padecer una lesión cerebrovascular y, en consecuencia, contribuyen al desarrollo de una demencia vascular. No obstante, más recientemente algunos estudios han empezado a demostrar que pacientes con accidentes cerebrovasculares que acaban desarrollando una demencia ya presentaban síntomas de deterioro cognitivo antes de padecer el accidente <sup>(12)</sup>.

### La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial:

Es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías aéreas generalmente progresiva y en general no reversible.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se encuentra asociada al deterioro cognitivo en la literatura internacional. En un estudio de corte transversal realizado por el departamento de Geriátrica de la Universidad Católica de Roma se encontró que los pacientes con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica tenían deterioro cognitivo demostrado por pruebas neuropsicológicas y hipoperfusión cerebral en lóbulos frontales evaluados por SPECT<sup>(2)</sup> con respecto al asma bronquial muchas de ellas evolucionan a cronicarse en el adulto mayor.

### Artritis Reumatoide: (AR)

Es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica, de etiología desconocida, cuya expresión clínica más importante se encuentra en las articulaciones lo que lleva progresivamente a distintos grados de invalidez.

La exploración de déficit cognitivo en pacientes afectados por enfermedades que implican dolor crónico. Reportan alteración a nivel de atención, memoria y concentración y, de hecho, se ha comprobado que ejecutan peor ciertas tareas cognitivas.

Los pacientes con artritis reumatoide presentan déficit de memoria a corto plazo, orientación espacial y percepción de formas. Además, los enfermos de artritis reumatoide presentan también alteraciones en las prácticas visuoperceptivas y la velocidad de procesamiento visuomotor.

Por este motivo, en los últimos años ha llamado la atención sobre el papel que puede estar desempeñando el sistema nervioso central, junto con factores tales como el dolor y la rigidez, como determinantes del déficit encontrados en pacientes con enfermedades reumáticas.

Dick y colaboradores (2004) compararon a sujetos con artritis reumatoide y pacientes con dolor reumático con sujetos sin enfermedad ni dolor crónico, y hallaron déficit de atención, sobre todo de atención selectiva y sostenida, y problemas con la memoria de trabajo.

Bartolini y colaboradores (2002) emplearon una muestra constituida solamente por pacientes con Artritis Reumatoides que fueron expuestas a técnicas de neuroimagen y evaluación neuropsicológica y mostraron alteraciones en procesos visuoespaciales, planificación motriz y flexibilidad mental <sup>(22)</sup>.

### Obesidad, cardiopatías Isquémica, hiperuricemias:

Todas ellas relacionada con el síndrome metabólico. En él años 2000 aparece un estudio longitudinal prospectivos del año 1965 al años 1991 que arroja como resultado que los pacientes con este síndrome tiene mayor alteraciones cognitivas medidas por el mini mental <sup>(23)</sup>.

## **HERRAMIENTAS PARA VALORAR LA FUNCIÓN COGNITIVA.**

### Test Mini-Mental:

En la práctica clínica existen diferentes herramientas validadas para realizar screening de deterioro cognitivo, siendo el test Mini-Mental una de las más ampliamente utilizadas.

El Mini-Mental es un examen breve y estructurado que valora la orientación, la memoria, la atención y el cálculo, el lenguaje, la habilidad para seguir órdenes, y la praxis.

El rango de la escala va del 0 al 30, de manera que los resultados más altos representan un mejor funcionamiento cognitivo.

El resultado del Mini-Mental E es útil separando pacientes con deterioro cognitivo de aquellos sin problemas de ese tipo. Valorando la severidad del déficit, los resultados entre 22 y 18

corresponden a empeoramiento leve, los resultados entre 10 y 17 coinciden con un deterioro moderado y resultados inferiores a 10 son considerados como un deterioro severo.

### Test del dibujo del reloj

La versión original de esta prueba es de Goodglass y Kaplan se denominó Clock Drawing Test (CDT). El objetivo principal de la misma era la valoración de capacidades visuoespaciales, constructivas y ejecutivas.

Sin embargo, el hecho de que en su ejecución se impliquen varias funciones cognitivas (atención, ejecución motriz, comprensión del lenguaje, conocimiento numérico, etc.) la convirtió en una prueba adecuada para detectar deterioro cognitivos. La prueba consiste en copiar la esfera de un reloj con una hora determinada y/o poner las manecillas especificando una hora determinada. Se recomienda que la administración de esta prueba sea llevada a cabo por personal sanitario debidamente entrenado. El tiempo de administración es de 5 minutos aproximadamente.

### Sistema de puntuación cuantitativa del test del dibujo del reloj.

#### Valoración de la esfera (máximo: 2 puntos)

2 puntos: dibujo normal.

1 punto: incompleto o con alguna distorsión significativa

0 puntos. Ausencia o dibujo totalmente distorsionado

#### Valoración de presencia y secuencia de los números (máximo: 4 puntos)

4 puntos: todos los números presentes y en el orden correcto

3 puntos: todos los números presentes con error significativo en la localización espacial

2 puntos: - Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes - Número colocados en sentido anti horario - Todos los números presentes pero con gran distorsión espacial

1 punto: ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial

0 puntos: ausencia o escasa representación de números

### Presencia y localización de las agujas (4 puntos)

4 puntos: las agujas están en posición correcta y con las adecuadas proporciones de tamaño

3 puntos: pequeños errores en la localización de las agujas o falta de diferenciación en los tamaños de las mismas.

2 puntos: gran distorsión en la localización de las agujas

1 punto: presencia de una sola aguja o una pobre representación de las dos

0 puntos: ausencia de agujas o perseverancia en el dibujo de las mismas.

El Test del dibujo del reloj es sin duda, junto al MMSE de Folstein, la prueba más utilizada para detección de deterioro cognitivos y demencias.

### Test de los 7 minutos.

El objetivo principal de esta prueba es la evaluación de las capacidades cognitivas. A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las pruebas de detección, que suelen evaluar una o dos áreas cognitivas, esta prueba evalúa 4 áreas, mediante la compilación de cuatro test independientes existentes en el mercado:

Orientación temporal, a través del test de orientación temporal de Benton, que resulta una medida bastante fiable del estado cognitivo.

Memoria, a través del test selectivo libre y selectivamente facilitado.

Lenguaje, a través de la prueba de fluidez categorial semántica de animales, que también se ha mostrado capaz de distinguir entre sujetos con demencia y sujetos normales.

Las praxias visuoespaciales, a través del test del dibujo del reloj, dado que estos déficits también son frecuentes en los estadios iniciales.

Se recomienda que la administración de esta prueba sea llevada a cabo por neurólogos, psiquiatras o psicólogos con conocimientos en la administración e interpretación de pruebas neuropsicológicas. El tiempo de administración medio, según los autores de la versión original, es de 7 minutos y 42 segundos. Pero, la realidad es que en ciertos casos se puede alargar a más de 10 minutos.

## **HIPOTESIS**

¿La escolaridad, la edad y las enfermedades crónicas, son factores que podrían incidir en el deterioro cognitivo en los pacientes en estudio?

## DISEÑO METODOLOGICO

### **Tipo de estudio:**

De acuerdo a Piura, 2006, según el método utilizado, el tipo de estudio es no experimental u Observacional y según el tipo de diseño metodológico el estudio es descriptivo y analítico. De acuerdo a Canales, Alvarado y Pineda, 1996, según el tipo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el tipo de estudio es prospectivo y según el período y secuencia del estudio, el tipo de estudio es transversal. Las referencia antes citadas en Pedroza, 2012. Desde el punto de vista clínico-epidemiológico, el presente es un estudio de caso.

**Área de estudio:** El estudio se realizará en el policlínico Francisco Morazán a los pacientes que asisten al programa de crónicos,

*Universo: Estará formado por todos los pacientes que acuden a programa de crónicos del centro de salud francisco Morazán.*

### **Criterios de inclusión:**

Todo paciente que acude al programa de cronico y presente al menos una de las patologias considerada como enfermedades cronicas.

### **Criterios de exclusión:**

Pacientes que no presenten los criterios de inclusion arriba mencionados.

Pacientes que no deseen participar en el estudio o que rehusen a ser entrevistados.

### **Fuente de información:**

Primaria: encuesta directa al paciente y realizacion del minimental Folstein

**Instrumento de recolección de la Información:**

Los datos se recogerán en un instrumento prediseñado, con preguntas cerradas, las cuales serán contestadas a través de los datos obtenidos de la encuesta al pacientes, a través de la aplicación del mini mental de Folstein.

**Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI).**

**Objetivo General: Evaluar el deterioro cognitivo en pacientes del programa de crónico del policlínico Francisco Morazán, en el periodo de 2011 a 2012.**

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o <u>Indicadores</u>	Técnica de Recolección de la Información y Actores Que Participan <u>Encuesta</u> <u>EntrevistaG- Focal</u>	
1. Describir los factores socio-demográficos de los pacientes del programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán.	1. Factores socio-demográficos	1.1 Sociales 1.2 Género 1.3Educativos 1.4Geográfico 1.5 Laboral	Edad Estado civil Red de Apoyo** 1.2.1 Sexo 1.3.1 Escolaridad 1.3.2 Grado académico 1.4.1 Procedencia ciudadana 1.5.1 Tipo de Trabajo** 1.5.2 Desempeño laboral**	Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes	Pacientes       Pacientes Pacientes
2. Determinar el nivel de deterioro cognitivo en pacientes que acuden al programa de crónicos del	Nivel de deterioro cognitivo		1.Orientación 2.Registro 3.Atención y Cálculo 4.Recueros 5.Lenguaje	Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes	

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o <u>Indicadores</u>	Técnica de Recolección de la Información y Actores Que Participan <u>Encuesta</u> <u>EntrevistaG- Focal</u>		
<b>Policlínico Francisco Morazán según test de minimal.</b>						
<b>3. Comparar la relación que existen entre las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo en pacientes del centro de salud Francisco Morazán.</b>	<b>Enfermedades crónicas</b>  <b>Nivel de deterioro cognitivo</b>		Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Artritis reumatoides. Artritis úrica. Hipercolesterinemias. Obesidad. Cardiopatías isquémicas. Epilepsia. Insuficiencia cardiaca 10. Asma bronquial. 11. E.P.O.C.	Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes  Pacientes Pacientes Pacientes		
<b>4. Proponer un manejo preventivo del deterioro cognitivo, en pacientes con enfermedades crónicas que asisten al centro de salud Francisco Morazán.</b>	<b>Manejo preventivo del deterioro cognitivo.</b>		4.1 Aplicar Mini mental a pacientes mayores de 50 años 4.2. Aplicar Mini mental a pacientes con alguna enfermedad crónica			

## RESULTADOS

El presente estudio que lleva por título deterioro cognitivo según el test de mini mental en los pacientes que asisten al programa de crónicos del centro de salud Francisco Morazán en el periodo de junio 2012 a diciembre del 2012 se encontraron los siguientes resultados:

### **Factores socio-demográficos de los pacientes del programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán de Junio a Diciembre 2012.**

Fueron entrevistados un total de 86 pacientes, todos ellos visitan mensualmente el programa de crónicos del policlínico Francisco Morazán.

La participación por sexo. Ha sido mayoritariamente las mujeres, que han representado el 73.3% de la participación (63 mujeres) frente al 26.7% de participación que han figurado los varones (23 varones). (Tabla 1)

La participación por rango de edad: de los 86 pacientes incluidos en el estudio, tenían edades comprendidas entre los 37 y 87 años con una media de edad de 63.31  $\pm$  12.5 años (Tabla 2)

Lugar de procedencia. En cuanto al lugar de procedencia el 93.0 % (n=80) de los participantes pertenecen al ámbito urbano, el 5.8% (n=5) procedían del área semiurbana, mientras que sólo un 1.2 % (n=1) de los mismos se desenvuelve en el ámbito rural. (Tabla 3)

Nivel de escolaridad. En cuanto al nivel de escolaridad de la población que participa en el estudio tenemos que de los 86 pacientes incluidos en el estudio, 30 pacientes (34.9%) tenían un nivel de escolaridad de primaria incompletas, 22 pacientes (25.6%) tenía un nivel de escolaridad de primaria completa, 15 (17.4%) no tenía ningún nivel de escolaridad es decir analfabetos, 10 pacientes (11.6%) tenía la secundaria aprobada estuvieron 4 pacientes (4.7%) un nivel de escolaridad de secundaria incompletas, igual porcentajes 4 pacientes (4.7%) los pacientes con

universidad completa, 1 paciente (1.2%) los pacientes con un nivel técnico de escolaridad. (Tabla 4)

Ocupación de los pacientes: en cuanto a la ocupación de los pacientes en estudios encontramos que 31(36%) pertenecían al grupo de ama de casa, 26 pacientes (30.2%) no realizaba ninguna ocupación, 11 pacientes (12.8%) se desempeñaba como trabajadoras domésticas, los comerciantes tenían 11 pacientes (12.8) igual porcentajes que el anterior, 4 pacientes (4.7%) pertenecían al grupo con ocupación de técnicos superior, 2 pacientes (2.3%) al profesional universitarios y un pequeños grupos 1 (1.2%) de ocupación profesor (Figura 1).

Religión de los pacientes. En cuanto a la religión 48 (55.8%) de los pacientes pertenecían a la religión católica, 35 pacientes (40.7%) pertenecían a la religión evangélica, 2(2.3%) pertenecían a los testigos de jehovás y 1 paciente (1.2%) no tenía ninguna religión, (Tabla 5).

Edad corregidas con el deterioro cognitivos. Al analizar el cuadro de edad corregidas con el deterioro cognitivos encontramos que en las edades comprendidas entre 30 años a 40 años un 1.2% (1 paciente) con deterioro leve, en las edades de 41 años a 50 años el 5.8% (5 pacientes) presentaba deterioro leve y el 1.2%(1 paciente) deterioro severo, de los 51 años a los 60 años el 14 % (12 pacientes) presentaba un deterioro leve, el 7% (6 pacientes) un deterioro moderado, de los 61 años a los 70 años el 7%(N°6) un deterioro leve, el 1.2(1 paciente) deterioro moderado, en el grupos de 71 años a 80 años el 15.1% (13 pacientes) presentaba un deterioro leve el 1.2% (1 paciente) un deterioro moderados, 1.2% (1 paciente) deterioro severo, y en las edades de 81 años o más el 3.5% (3 pacientes) deterioro leve, 3.5%(3 pacientes) deterioro moderado, y el 1.2%(1 paciente) deterioro severos, (Tabla 6).

El análisis estadístico edad corregidas con el deterioro cognitivos realizados mediante las pruebas de Tau-c de Kendall muestra un valor  $P=0.644$  cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha= 0.05$  por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí, esto significa que el deterioro cognitivo no está asociado a la edad de los pacientes. (Tabla 7)

Escolaridad del paciente \* deterioro cognitivo del pacientes Del 100% (86) de los pacientes el 46.5 % (40 pacientes) tenía un deterioro cognitivo leve de estos el 5.8 % (5 pacientes) eran

analfabetos, el 9.3% (8 pacientes) tenía primaria completas, el 24.4% (21 pacientes) primaria incompleta, el 3.5% (3 pacientes) secundaria completas, 3.5% (3 pacientes) secundario incompletas.

El 12.8% tenía un deterioro cognitivos moderado, de esto el 2.3% (2 pacientes) eran analfabetos, el 9.3% (8 pacientes) primaria completas, 2.3% (2 pacientes) primaria incompletas.

El 3.5 % presentaba deterioro cognitivos severos de esto el 3.5% (3 pacientes) eran analfabetos.

(Tabla 8).

El análisis estadístico escolaridad del pacientes deterioro cognitivo realizados mediante la pruebas de phi muestra un valor  $P=0.001$  la cual resulta mayor que el límites críticos de comparación  $\alpha= 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son dependientes entre si estos significan que la escolaridad del pacientes está asociadas a el deterioro cognitivo. (Tabla 9)

Enfermedades crónicas en pacientes en estudio Del 100% de los pacientes el 62.8% tenía como diagnósticos hipertensión arterial, el 36 % de los pacientes eran portador de diabetes mellitus 2, 18.6 % tenía diagnóstico de epilepsia, el 12.8 eran portador de artritis reumatoides y un 11.6% hipercolesterinemias, el asma bronquial 5.8% y un pequeño grupo 2.3% cardiopatías isquémicas. (Figura 2)

#### **Nivel de deterioro Cognitivo en pacientes que acuden al programa de crónicos en el Policlínico Francisco Morazán de Junio a Diciembre 2012.**

Deterioro cognitivo del pacientes Del total de 86 pacientes participantes, 40 pacientes (46.5%) de ellos obtuvieron un nivel de deterioro leve, 11 pacientes (12.8%) de los pacientes obtuvieron un nivel de deterioro moderado, 3 pacientes (3.5%) de los pacientes obtuvieron un nivel de deterioro severos, 32 pacientes (37.2%) no presentaba deterioro cognitivo, (Tabla 10).

#### **Relación que existe entre las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo en pacientes que asisten al programa de crónicos en el Policlínico Francisco Morazán de Junio a Diciembre 2012.**

Hipertensión arterial \* orientación temporal del pacientes Del 62.8% de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial el 41.9% tenían una orientación temporal excelentes. 16.3% buena. 2.3% regular y entre malo y muy malo 1.2% cada uno de ellos. (Tabla 11).

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* orientación temporal del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P = 0.258$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son independientes entre sí esto significa que la orientación temporal no está asociada a la hipertensión arterial, (Tabla 12)

Hipertensión arterial \* orientación espacial del pacientes Del 62.8% de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial el 36.0% de ellos tenían una orientación espacial excelentes. 22.1% tenían una buena orientación espacial y el 3.5% de ellos tenían una orientación espacial regular y muy malo el 1.2%. (Tabla 13)

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* orientación espacial del pacientes realizados mediante las pruebas de Phi, muestra un valor  $P = 0.266$  el cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$ , por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí. Esto significa que la orientación temporal no está asociada a la hipertensión arterial. (Tabla 14).

Hipertensión arterial \* memoria de fijación del pacientes Del 62.8% de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial el 51.2% tenían una memoria de fijación excelentes. 8.1% buena, y 3.5% regular (Tabla 15).

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* memoria de fijación del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P = 0.753$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son independientes entre sí esto significa que la memoria de fijación no está asociada a la hipertensión arterial (Tabla 16).

Hipertensión arterial \* atención y cálculo del pacientes Del 62.8% de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial el 20.9% tenían un atención y cálculos excelentes. 12.8% buena. 1.2% regular y malo 1.2%, muy malo 26.7% cada uno de ellos. (Tabla 17).

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* atención y cálculo del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P = 0.912$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$  por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí esto significa que la atención y cálculos no están asociadas a la hipertensión arterial (Tabla 18)

Hipertensión arterial \* memoria inmediata del paciente Del 62.8% de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial el 24.4% tenía una memoria inmediata excelente, 20.9% buena, 17.4% regular (Tabla 19).

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* memoria inmediata del paciente realizado mediante las pruebas de Phi muestra un valor  $P = 0.005$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$  por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí. Esto significa que la memoria inmediata está asociada a la hipertensión arterial (Tabla 20).

Hipertensión arterial \* denominación en el lenguaje del paciente

Del 62.8% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial el 62.8% logró buena denominación del lenguaje.

Del 37.2% de los pacientes sin diagnosticados de Hipertensión arterial el 34.9% logró buena denominación del lenguaje (Tabla 21)

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* denominación en el lenguaje del paciente realizado mediante las pruebas de phi, muestra un valor  $P = 0.063$ , la cual resulta muy cercano al límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$ , por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí. Esto significa que la denominación en el lenguaje está asociada a la hipertensión arterial (Tabla 22)

Hipertensión arterial \* repetición del lenguaje del paciente Del 62.8% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial el 58.1% logró buena repetición del lenguaje.

Del 37.2% de los pacientes sin diagnosticados de Hipertensión arterial el 32.6% logró buena repetición del lenguaje (Tabla 23)

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* repetición del lenguajes del pacientes realizados mediante las pruebas de phi, muestra un valor  $P=0.432$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$ , por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí. Esto significa que la repetición del lenguaje no está asociada a la Hipertensión arterial (Tabla 24).

Hipertensión arterial \* comprensión de lecturas de partes del pacientes

Del 62.8% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial el 47.7% logró buena comprensión de las lecturas.

Del 37.2% de los pacientes sin diagnosticados de Hipertensión arterial el 20.9% logró buena comprensión de las lecturas (Tabla 25)

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* comprensión de lecturas de partes del pacientes realizados mediante las pruebas de phi, muestra un valor  $P=0.057$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$ , por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí. Esto significa que la comprensión de las lecturas está asociada a la Hipertensión arterial (Tabla 26).

Hipertensión arterial \* comprensión de órdenes de partes del pacientes

Del 62.8% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial el 39.5% logró buena comprensión de órdenes de partes del pacientes

Del 37.2% de los pacientes sin diagnosticados de Hipertensión arterial el 15.1% logró buena comprensión de órdenes de partes del pacientes (Tabla 27)

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* comprensión de órdenes de partes del pacientes realizados mediante las pruebas de phi, muestra un valor  $P=0.044$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$ , por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí. Esto significa que la comprensión de órdenes de partes de los pacientes está asociada a la Hipertensión arterial (Tabla 28).

### Hipertensión arterial \* comprensión de escrituras de partes del pacientes

Del 62.8% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial el 32.6% logró buenas comprensión de escrituras de partes del pacientes.

Del 37.2% de los pacientes sin diagnosticados de Hipertensión arterial 22.1% logró buenas comprensión de escrituras de partes del pacientes (Tabla 29)

El análisis estadístico Hipertensión arterial \* comprensión de escrituras de partes del pacientes realizados mediante la pruebas de phi, muestra un valor  $P=0.498$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$ , por lo tanto los factores en estudios son independientes entre sí. Esto significa que la comprensión de escrituras de partes de los pacientes no está asociada a la Hipertensión arterial (Tabla 30)

### Hipertensión arterial \* praxis constructiva de partes del pacientes

Del 62.8% de los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial el 7.0% logró buenas praxis constructiva de partes del pacientes.

Del 37.2% de los pacientes sin diagnosticados de Hipertensión arterial el 7.0% logró buenas praxis constructiva de partes del pacientes (Tabla 31)

El análisis estadístico realizados mediante la pruebas de phi, muestra un valor  $P=0.323$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$ , por lo tanto los factores en estudios son independientes entre sí. Esto significa que la praxis constructiva de partes del paciente no está asociada a la Hipertensión arterial (cuadros 32)

Diabetes mellitus tipo 2 \* orientación temporal del pacientes Del 36.0% de pacientes con diagnósticos de Diabetes mellitus tipo 2 el 25.6% tenía un orientación temporal excelentes. 7.0% buena. 1.2% regular y 2.3% malo (Tabla 33)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* orientación temporal del pacientes realizados mediante la pruebas de phi muestra un valor  $P:0.517$  la cual resulta mayor que el límites críticos de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudios son independientes entre

si estos significas que la orientación temporal no está asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2, (Tabla 34).

Diabetes mellitus tipo 2 \* orientación espacial del pacientes Del 36.0% de pacientes con diagnósticos de Diabetes mellitus tipo 2 el 24.4% tenían un orientación espacial excelentes. 10.5% buena. 1.2% regular (Tabla 35)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* orientación espacial del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P = .249$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son independientes entre si estos significas que la orientación espacial no está asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2, (Tabla 36)

Diabetes mellitus tipo 2 \* memoria de fijación del pacientes Del 36.0% de pacientes con diagnósticos de Diabetes mellitus tipo 2 el 26.7% tenían una\* memoria de fijación excelentes. 8.1% buena. 1.2% regular (Tabla 37)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* memoria de fijación del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P = 0.288$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son independientes entre si estos significas que la memoria de fijación no está asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2, (Tabla 38)

Del 36.0% de pacientes con diagnósticos de Diabetes mellitus tipo 2 el 15.1% tenían una atención y cálculo excelentes. 4.7% buena, 1.2% regular, 15.1% muy mala. (Tabla 39)

El análisis estadístico realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P = 0.569$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha = 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son independientes entre si estos significas que la atención y cálculo del pacientes no está asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2 (Tabla 40)

Diabetes mellitus tipo 2 \* memoria inmediata del pacientes Del 36.0% de pacientes con diagnósticos de Diabetes mellitus tipo 2 el 18.6% tenían una memoria inmediata excelentes, 8.1% buena, 8.1% regular 1.2%, 1% muy mala (Tabla 41)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* memoria inmediata del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.960$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí esto significa que la memoria inmediata del paciente no está asociada a la Diabetes mellitus tipo 2 (Tabla 42).

Diabetes mellitus tipo 2 \* denominación en el lenguaje del paciente

Del 36.0% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 36.0% logró buena denominación del lenguaje.

Del 64% de los pacientes sin diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 el 61.6% logró buena denominación del lenguaje. (Cuadros 43)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* denominación en el lenguaje del paciente realizado mediante las pruebas de phi, muestra un valor  $P=0.283$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$ , por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí. Esto significa que la denominación en el lenguaje no está asociada a la Diabetes mellitus tipo 2. (Tabla 44).

Diabetes mellitus tipo 2 \* repetición del lenguaje del paciente

Del 36.0% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 34.9% logró buena repetición del lenguaje.

Del 64% de los pacientes sin diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 el 55.8% logró buena repetición del lenguaje (Tabla 45)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* repetición del lenguaje del paciente realizado mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P:0.145$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí esto significa que la repetición del lenguaje no está asociada a la Diabetes mellitus tipo 2 (Tabla 46).

### Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de lecturas de partes del pacientes

Del 36.0% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 30.2% logros buena Comprensión de lecturas.

Del 64% de los pacientes sin diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 38.4% logró buena Comprensión de lecturas. (Tabla 47)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de lecturas de partes del pacientes realizados mediante la pruebas de phi muestra un valor  $P:0.022$  la cual resulta menor que el límites críticos de comparación  $\alpha= 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son dependientes entre si estos significas que la Comprensión de lecturas está asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2, (Tabla 48)

### Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de órdenes de partes del pacientes

Del 36.0% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 24.4% logro una buena comprensión de órdenes.

Del 64.0 delos pacientes sin diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 30.2 logro una buena comprensión de ordenes (Tabla 49)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de órdenes de partes del pacientes realizados mediante la pruebas de phi muestra un valor  $P:0.067$ , lo cual resulta cercano al límite crítico de comparación  $\alpha= 0.05$  por lo tanto los factores en estudios son dependientes entre si estos significa que la comprensión de órdenes del lenguaje está asociada a la Diabetes mellitus tipo 2. (Tabla 50)

### Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de escrituras de partes del pacientes

Del 36.0% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 17.4% logro una buena comprensión del escrituras

Del 64.0% de los pacientes sin diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 37.2 logro una buena comprensión del escrituras (Tabla 51)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de escrituras de partes del pacientes mediante la pruebas de phi muestra un valor  $P:0.381$  la cual resulta mayor que el límites críticos de comparación  $\alpha= 0.05$  por los tantos los factores en estudios son independientes entre si estos significas que la Comprensión de escrituras. Del lenguaje no está asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2 (Tabla 52)

Diabetes mellitus tipo 2 \* praxis constructiva de partes del pacientes

Del 36.0% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 4.7% logro una buena praxis comprensión de ordenes constructiva.

Del 64.0 de los pacientes sin diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 el 9.3% logro una buena praxis constructiva. (Tabla 53)

El análisis estadístico Diabetes mellitus tipo 2 \* praxis constructiva de partes del pacientes Diabetes mellitus tipo 2 \* praxis constructiva de partes del pacientes, realizados mediante la pruebas de phi muestra un valor  $P:0.833$  la cual resulta mayor que el límites críticos de comparación  $\alpha= 0.05$  por los tantos los factores en estudios son independientes entre si estos significas que la praxis constructiva no está asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2. (Tabla 54)

Epilepsia. \* Orientación temporal del pacientes Del 18.6% de pacientes con diagnósticos de Epilepsia. El 4.7% tenían un orientación temporal excelentes, 7% buena, 2.3% regular .el 3.5% mala, 1.2% muy malos (Tabla 55)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Orientación temporal del pacientes realizados mediante la pruebas de phi muestra un valor  $P =0.006$  la cual resulta menor que el límites críticos de comparación  $\alpha= 0.05$  por los tantos los factores en estudios son dependientes entre si estos significas que la orientación temporal esta asociadas a la Epilepsia (Tabla 56)

Epilepsia. \* Orientación espacial del pacientes Del 18.6% de pacientes con diagnósticos de Epilepsia. El 5.8% tenían un orientación espacial excelentes, 5.8% buena, 3.5% regular, el 2.3% mala, 1.2% muy malos (Tabla 57)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Orientación espacial del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.005$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí esto significa que la orientación espacial está asociada a la Epilepsia (Tabla 58)

Epilepsia. \* Memoria de fijación del pacientes Del 18.6% de pacientes con diagnósticos de Epilepsia. El 11.6% tenían un memoria de fijación excelentes, 4.7% buena, 2.3% regular. (Tabla 59)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Memoria de fijación del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.177$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son no dependientes entre sí esto significa que la \* memoria de fijación no está asociada a la Epilepsia. (Tabla 60)

Epilepsia. \* Atención y cálculo del pacientes Del 18.6% de pacientes con diagnósticos de Epilepsia. El 2.3% tenían un atención y calculo excelentes. 5.8% buena. 1.2% regular y el 9.3% muy mala (Tabla 61)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Atención y cálculo del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.217$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son no dependientes entre sí esto significa que la \* atención y calculo no está asociada a la Epilepsia (Tabla 62).

Epilepsia\* memoria inmediata. Del 18.6% de pacientes con diagnósticos de Epilepsia. El 7.0% tenían un memoria inmediata excelentes. 3.5% buena. 5.8% regular y el 2.3% muy mala (Tabla 63)

El análisis estadístico realizado mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.131$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son no dependientes entre sí esto significa que la \* memoria inmediata no está asociada a la Epilepsia (Tabla 64)

#### Epilepsia. \* Denominación en el lenguaje de los pacientes

Del 18.6% de los pacientes diagnosticados con epilepsias el 16.3% logro una buena Denominación del lenguaje.

Del 81.4% de los pacientes sin diagnosticados con epilepsias el 81.4% logro una buena Denominación del lenguaje (cuadros65)

El análisis estadístico Epilepsia. \*Denominación en el lenguaje de los pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.003$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha= 0.05$  por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí esto significa que la denominación en el lenguaje está asociada a la epilepsias (Tabla 66)

#### Epilepsia. \* Repetición del lenguaje de los pacientes

Del 18.6% de los pacientes diagnosticados con epilepsias el 14.0% logro una buena repetición del lenguaje.

Del 81.4% de los pacientes sin diagnosticados con epilepsias el 76.7% logro una buena repetición del lenguaje (Tabla 67)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Repetición del lenguaje de los pacientes, realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.017$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha= 0.05$  por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí esto significa que la repetición del lenguaje está asociada a la epilepsias (Tabla 68)

#### Epilepsia. \* Comprensión de lecturas de partes de los pacientes

Del 18.6% de los pacientes diagnosticados con epilepsias el 3.5% logro una buena comprensión de lecturas.

Del 81.4% de los pacientes sin diagnosticados con epilepsias el 65.1% logro una buena comprensión de lecturas (Tabla 69)

El análisis estadístico Epilepsia. \*Comprensión de lecturas de partes del pacientes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.000$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí esto significa que la comprensión de lecturas está asociada a la epilepsias (Tabla 70).

Epilepsia. \*Comprensión de órdenes Del 18.6% de los pacientes diagnosticados con epilepsias el 1.2% logra una buena comprensión de órdenes.

Del 81.4% de los pacientes sin diagnosticados con epilepsias el 53.5% logra una buena comprensión de órdenes (cuadro 71)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Comprensión de órdenes realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.000$  la cual resulta menor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son dependientes entre sí esto significa que la denominación en el lenguaje está asociada a la epilepsias (Tabla 72)

Epilepsia. \* Comprensión de escrituras Del 18.6% de los pacientes diagnosticados con epilepsias el 8.1% logra una buena comprensión de escrituras.

Del 81.4% de los pacientes sin diagnosticados con epilepsias el 46.5% logra una buena comprensión de escrituras (Tabla 73)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Comprensión de escrituras realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.332$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha=0.05$  por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí esto significa que la buena comprensión de escrituras no está asociada a la epilepsias (Tabla 74)

Epilepsia. \* Praxis constructiva de partes de los pacientes

Del 18.6% de los pacientes diagnosticados con epilepsias el 1.2% logra una buena praxis constructiva.

Del 81.4% de los pacientes sin diagnosticados con epilepsias el 12.8% logra una buena praxis constructiva. (Tabla 75)

El análisis estadístico Epilepsia. \* Praxis constructiva realizados mediante las pruebas de phi muestra un valor  $P=0.334$  la cual resulta mayor que el límite crítico de comparación  $\alpha= 0.05$  por lo tanto los factores en estudio son independientes entre sí esto significa que la praxis constructiva no está asociada a la epilepsia (Tabla 76)

## Discusión de los Resultados

Una vez que hemos presentado los resultados obtenidos en los análisis estadísticos de las pruebas que se aplicaron a todos los pacientes de nuestra investigación, vamos a ocuparnos de su interpretación.

Comparamos los puntos sobresalientes de nuestra investigación por los publicados por otros autores y la bibliografía consultada.

Se Observó que el sexo femenino predominó en el estudio con un porcentaje de 73.3% (63 pacientes); el sexo masculino con un porcentaje de 26.7% (23 pacientes), el cual coincide con los estudios realizados por el Dr. Gerardo Porras en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el período de Julio a Septiembre 2009; y al igual que la Dra. Karla Baldizón que realizó el estudio en los Servicios de Salud Mental y programa de crónicos del SILAIS – MANAGUA en Junio a Diciembre 2009.

En relación a la edad se percibió que el grupo más afectado estaban entre las edades de 71 a 80 años con un porcentaje de 29.1% (23 pacientes), lo cual no coincide con el estudio de la Dra. Karla Baldizón donde las edades más afectadas comprenden entre las edades de 50 a 59 años y difieren con el estudio del Dr. Gerardo Porras, ya que encontró que las edades más afectadas estaban entre los 60 a 69 años.

En relación a la procedencia, se encontró que los pacientes del área urbana fue la de mayor porcentaje con un 93% (80 pacientes) el cual coincide con el estudio realizado por el Dr. Porras donde el área urbana sale más afectado.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes, el 25.6% (22 pacientes) tenían aprobada la primaria, el 11.6% (10 pacientes) tenían aprobada la secundaria y un pequeño grupo de 4.7% (4 pacientes) tenían aprobada la universidad; por lo tanto los pacientes con baja escolaridad y analfabetos fueron encontrados con mayor afectación, el cual coincide con el estudio de Ascate en la ciudad de Cartago en Costa Rica donde los más afectados tenían un nivel de escolaridad bajo.

Con respecto a la ocupación, se encontró que predominó el grupo ama de casa con un 36% (30 pacientes) al igual que el estudio realizado por el Dr. Gerardo Porras en el hospital Antonio Lenin Fonseca en el período de Julio a Septiembre 2009.

Con respecto al deterioro cognitivo, se encontró que el deterioro leve fue el de mayor porcentaje con un 46.5% (40 pacientes); el cual coincide con los estudios realizados por la Dra. Karla

Baldizón en el período de Junio a Diciembre 2009, y el estudio realizado en Ascate en la ciudad de Cartago.

Al relacionar la variable sociodemográfica, escolaridad con deterioro cognitivo; se encontró la relación entre ambas variables la cual coincide con el estudio realizado por el Dr. Gerardo Porras en el año 2009 en el período de Junio a Diciembre que concluyó que los pacientes con baja escolaridad presentaban más deterioro cognitivo al igual que el estudio realizado en la población de Ascate en la ciudad de Cartago Costa Rica, donde reafirman la relación bajo nivel de escolaridad con el deterioro cognitivo; al igual que el estudio realizado por la Dra. Karla Baldizón que concluye que el deterioro cognitivo es inversamente proporcional a la escolaridad.

Al relacionar las variables edad del paciente con el grado de deterioro cognitivo no se encontró relación entre dichas variables; esto difiere con lo expresado en el año 1994 donde la Asociación de Psico – Gediatría Internacional y la Organización Mundial de la Salud propuso el constructo deterioro cognitivo asociado a la edad (DECAE), también en el año 1986 el Instituto Nacional de Salud Mental en los EEUU propuso otro constructo deterioro de la memoria asociado a la edad.

Al concernir la variable Hipertensión arterial con memoria inmediata de los pacientes, arrojaron datos que orientan a que están relacionadas entre sí que coinciden con la bibliografía consultada, la cual refiere que la hipertensión arterial afecta las funciones cognitivas y la memoria.

Al referirse la hipertensión arterial con la variable comprensión de la lectura, se encontró que estas se relacionaron entre sí, lo cual coincide con la bibliografía consultado, que refiere que la hipertensión es responsable de los infartos pequeños y/o grandes vasos y las funciones cognitivas afectadas dependen del compromiso cortico – subcortical.

En cuanto a la hipertensión arterial con la comprensión de ordenes por partes de los pacientes, se encontró que estas variables se relacionan entre sí, lo cual coincide con la bibliografía consultada la cual indica que la hipertensión arterial afecta el lenguaje (AFASIA).

Al relacionar la Diabetes mellitus tipo 2 con la variable comprensión de la lectura, se encontró que estas son dependientes entre sí; esto coincide con la bibliografía consultada la cual indica que la persona con diabetes mellitus tipo 2, tiene dos veces más tasas de declinación de funciones cognitivas e incrementa hasta 15 veces el riesgo de deterioro cognitivo, por haber una ralentización de los procesos de comunicación neuronal. Afecta al cerebro en la velocidad del procesamiento de la información y de las ideas, por lo que no puede analizar de forma secuencial ni analizar por completo la información nueva en el momento de su entrada.

Al concernir las variables epilepsia con orientación espacial y temporal, encontramos que estas están relacionadas entre sí, lo cual coincide con la bibliografía consultada que indica que los pacientes con epilepsia presentan alteraciones en orientación espacial y temporal.

Al relacionar las variables denominación y la repetición del lenguaje, encontramos que estas están relacionadas entre sí; lo cual coincide con la bibliografía consultada que expresa que los pacientes tienen el síndrome Landau-Kleffner también llamado afasia epiléptica adquirida o afasia con desorden convulsivo, que es la incapacidad de entender comprensión de lenguaje y expresar (repetición) lenguaje.

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes del sexo femenino de procedencia urbana y con escolaridad analfabeta, primaria incompleta y primaria completa predominaron en el estudio.
2. Se encontró que la edad de los pacientes, no estaba asociado al deterioro cognitivo; lo contrario a la escolaridad donde se observó que existe dependencia entre las variables escolaridad y deterioro cognitivo.
3. El grado de deterioro cognitivo que más prevaleció fue el leve.
4. Resultó una relación directa entre el deterioro cognitivo y las enfermedades crónicas (epilepsia, hipertensión arterial y en menor medida Diabetes Mellitus tipo 2).

## RECOMENDACIONES

1. Realización del test de mini mental a los pacientes que sean portadores de una enfermedad crónica por el área de psicología o psiquiatría, para detectar deterioro cognitivo en los pacientes.
2. Brindar charlas en el área de espera de la consulta externa, a los pacientes con enfermedades crónicas para sensibilizar acerca del deterioro cognitivo.
3. Ofrecer a los pacientes portadores de epilepsia, hipertensión y diabetes psico – educación, para corregir su estilo y calidad de vida.
4. Fomentar en los pacientes el hábito de la lectura, realización de ejercicios cognitivos como: crucigramas, sopa de letra, juego de ajedrez, cálculos mentales, recordar eventos especiales de la familia, académicos, sociales y laborales.

# **ANEXOS**

# MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: \_\_\_\_\_ Varón [ ]      Mujer [ ]  
 Fecha: \_\_\_\_\_ F. nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estudios/Profesión: \_\_\_\_\_ N. Hª: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

<p>¿En qué año estamos?      0-1                      ¿En qué estación? 0-1                      ¿En qué día (fecha)?      0-1                      ¿En qué mes?              0-1                      ¿En qué día de la semana? 0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)</p>	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos?      0-1                      ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?      0-1                      ¿En qué pueblo (ciudad)?              0-1                      ¿En qué provincia estamos?              0-1                      ¿En qué país (o nación, autonomía)?      0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)</p>	
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.                      Peseta 0-1      Caballo 0-1      Manzana 0-1                      (Balón 0-1      Bandera 0-1      Árbol      0-1)</p>	<p>Nº de repeticiones necesarias                       FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</p>	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.                      30 0-1      27 0-1      24 0-1      21 0-1      18 0-1                      (O 0-1      D 0-1      N 0-1      U 0-1      M0-1)</p>	<p>ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)</p>	
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.                      Peseta 0-1      Caballo 0-1      Manzana 0-1                      (Balón 0-1      Bandera 0-1      Árbol      0-1)</p>	<p>RECUERDO diferido (Máx.3)</p>	
<p>DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1                      REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1                      ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".                      Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1                      LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase      0-1                      ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1                      COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<p>LENGUAJE (Máx.9)</p>	
<p>Puntuaciones de referencia    22-18 leve.                      17-10 moderado.                      Menor de 10 severo.</p>	<p>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</p>	

**Tabla 1: Participación por sexo de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

		<b>Sexo del paciente</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	63	73.3	73.3	73.3
	Masculin	23	26.7	26.7	100.0
	o				
	Total	86	100.0	100.0	

**Tabla 2: Participación por rango de edad en los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

Participación por rango de  
edad

N	Válidos	86
	Perdidos	0
	Media	63.31
	Desv. típ.	12.579
	Rango	50
	Mínimo	37
	Máximo	87

**Tabla 3: Lugar de procedencia de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

<b>Procedencia del paciente</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Urbano	80	93.0	93.0	93.0
Rural	1	1.2	1.2	94.2
Semiurbano	5	5.8	5.8	100.0
Total	86	100.0	100.0	

**Tabla 4: Nivel de escolaridad de los Pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

<b>Escolaridad del paciente</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Analfabeto	15	17.4	17.4	17.4
Primaria completa	22	25.6	25.6	43.0
Primaria incompleta	30	34.9	34.9	77.9
Secundaria completa	10	11.6	11.6	89.5
Secundaria incompleta	4	4.7	4.7	94.2
Universitaria completa	4	4.7	4.7	98.8
Técnico	1	1.2	1.2	100.0
Total	86	100.0	100.0	

**Tabla 5: Religión que profesan los pacientes que asisten al programa de crónicos del**

**Religión que profesa el paciente**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Católica	48	55.8	55.8	55.8
Evangélicos	35	40.7	40.7	96.5
Testigo de Jehová	2	2.3	2.3	98.8
Ningun0	1	1.2	1.2	100.0
Total	86	100.0	100.0	

**Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Tabla 6: Relación de la Edad corregida con el deterioro cognitivo de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio**

**Edad corregida\* deterioro cognitivo del pacientes**

			deterioro cognitivo del pacientes				Total
			leve	moderado	severo	normal	
Edad Recodificada	Edad de 30 a 40 años	Recuento	1	0	0	2	3
		% del total	1.2%	.0%	.0%	2.3%	3.5%
	Edad de 41 a 50 años	Recuento	5	0	1	6	12
		% del total	5.8%	.0%	1.2%	7.0%	14.0%
	Edad de 51 a 60 años	Recuento	12	6	0	5	23
		% del total	14.0%	7.0%	.0%	5.8%	26.7%
	Edad de 61 a 70 años	Recuento	6	1	0	8	15
	% del total	7.0%	1.2%	.0%	9.3%	17.4%	
	Edad de 71 a 80 años	Recuento	13	1	1	10	25
		% del total	15.1%	1.2%	1.2%	11.6%	29.1%
	Edad de 81 a más años	Recuento	3	3	1	1	8
		% del total	3.5%	3.5%	1.2%	1.2%	9.3%
Total		Recuento	40	11	3	32	86
		% del total	46.5%	12.8%	3.5%	37.2%	100.0%

**2012 a Diciembre 2012.**

**Tabla 7: Análisis estadístico de las edades corregidas con el deterioro cognitivo**

**Análisis Estadístico mediante Tau-c de Kendall**

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Ordinal por Tau-c de Kendall ordinal	-.039	.084	-.462	.644
N de casos válidos	86			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

**Tabla 8: Relación de la Escolaridad con el deterioro cognitivo de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Escolaridad del paciente \* deterioro cognitivo del pacientes**

			deterioro cognitivo del pacientes				Total
			leve	moderado	severo	normal	
Escolaridad del paciente	Analfabeto	Recuento	5	2	3	4	14
		% del total	5.8%	2.3%	3.5%	4.7%	16.3%
	Primaria completa	Recuento	8	7	0	6	21
		% del total	9.3%	8.1%	.0%	7.0%	24.4%
	Primaria incompleta	Recuento	21	2	0	9	32
		% del total	24.4%	2.3%	.0%	10.5%	37.2%
	Secundaria completa	Recuento	3	0	0	7	10
		% del total	3.5%	.0%	.0%	8.1%	11.6%
	Secundaria incompleta	Recuento	3	0	0	1	4
		% del total	3.5%	.0%	.0%	1.2%	4.7%
	Universitaria completa	Recuento	0	0	0	4	4
		% del total	.0%	.0%	.0%	4.7%	4.7%
	Técnico	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	.0%	.0%	.0%	1.2%	1.2%
Total		Recuento	40	11	3	32	86
		% del total	46.5%	12.8%	3.5%	37.2%	100.0%

**Tabla 9: Análisis estadístico de la escolaridad de los pacientes con deterioro cognitivo**

**Análisis estadístico mediante Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	.702	.001
nominal	V de Cramer	.406	.001
N de casos válidos		86	

**Tabla 10: Grado de deterioro de los pacientes que asisten al programa de crónicos del**

**Policlínico  
Francisco  
Morazán en el  
período de Junio  
2012 a Diciembre  
2012.**

**Deterioro cognitivo del pacientes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos leve	40	46.5	46.5	46.5
moderado	11	12.8	12.8	59.3
severo	3	3.5	3.5	62.8
normal	32	37.2	37.2	100.0
Total	86	100.0	100.0	

**Tabla 11: Relación entre la hipertensión y el grado de Orientación temporal de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Hipertensión arterial \* orientación temporal de los pacientes**

			orientación temporal de los pacientes					Total
			MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Hipertensión arterial	No	Recuento	1	4	2	9	16	32
		% del total	1.2%	4.7%	2.3%	10.5%	18.6%	37.2%
	Si	Recuento	1	1	2	14	36	54
		% del total	1.2%	1.2%	2.3%	16.3%	41.9%	62.8%
Total		Recuento	2	5	4	23	52	86
		% del total	2.3%	5.8%	4.7%	26.7%	60.5%	100.0%

**Tabla 12: Análisis estadístico entre la hipertensión y la orientación temporal de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.248	.258
	V de Cramer	.248	.258
N de casos válidos		86	

**Tabla 13: Relación entre la hipertensión y el grado de Orientación espacial de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Hipertensión arterial \* orientación espacial de los pacientes**

			orientación espacial de los pacientes					Total
			MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Hipertensión arterial	No	Recuento	1	2	4	9	16	32
		% del total	1.2%	2.3%	4.7%	10.5%	18.6%	37.2%
	Si	Recuento	1	0	3	19	31	54
		% del total	1.2%	.0%	3.5%	22.1%	36.0%	62.8%
Total		Recuento	2	2	7	28	47	86
		% del total	2.3%	2.3%	8.1%	32.6%	54.7%	100.0%

**Tabla 14: Análisis estadístico entre la hipertensión y la orientación espacial de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.246	.266
	V de Cramer	.246	.266
N de casos válidos		86	

**Tabla 15: Relación entre la hipertensión y la memoria de fijación de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio**

**2012  
a  
Diciembre  
2012.**

**Hipertensión arterial \* memoria de fijación del pacientes**

			memoria de fijación de los pacientes			Total
			REGULAR	BUENO	EXCELENTE	
Hipertensión arterial	No	Recuento	2	6	24	32
		% del total	2.3%	7.0%	27.9%	37.2%
	Si	Recuento	3	7	44	54
		% del total	3.5%	8.1%	51.2%	62.8%
Total		Recuento	5	13	68	86
		% del total	5.8%	15.1%	79.1%	100.0%

**Tabla 16: Análisis estadístico entre la hipertensión y la memoria de fijación de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.081	.753
	V de Cramer	.081	.753
N de casos válidos		86	

**Tabla 17: Relación entre la hipertensión y, la atención y cálculo de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Hipertensión arterial \* atención y cálculo de los pacientes**

			Atención y cálculo de los pacientes					Total
			MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Hipertensión arterial	No	Recuento	12	0	1	7	12	32
		% del total	14.0%	.0%	1.2%	8.1%	14.0%	37.2%
	Si	Recuento	23	1	1	11	18	54
		% del total	26.7%	1.2%	1.2%	12.8%	20.9%	62.8%
Total		Recuento	35	1	2	18	30	86
		% del total	40.7%	1.2%	2.3%	20.9%	34.9%	100.0%

**Tabla 18: Análisis estadístico entre la hipertensión y, la atención y cálculo de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.107	.912
	V de Cramer	.107	.912
N de casos válidos		86	

**Tabla 19: Relación entre la hipertensión y la memoria inmediata de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio**

**Hipertensión arterial \* memoria inmediata de los pacientes**

			memoria inmediata de los pacientes				Total
			MUY MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Hipertensión arterial	No	Recuento	3	6	3	20	32
		% del total	3.5%	7.0%	3.5%	23.3%	37.2%
	Si	Recuento	0	15	18	21	54
		% del total	.0%	17.4%	20.9%	24.4%	62.8%
Total		Recuento	3	21	21	41	86
		% del total	3.5%	24.4%	24.4%	47.7%	100.0%

2012 a Diciembre 2012.

**Tabla 20: Análisis estadístico entre la hipertensión y la memoria inmediata de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	.386	*.005
nominal	V de Cramer	.386	*.005
N de casos válidos		86	

**Tabla 21: Relación entre la hipertensión y la denominación en el lenguaje de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de**

**Hipertensión arterial \* denominación en el lenguaje de los pacientes**

**Junio 2012 a  
Diciembre  
2012.**

			denominación en el lenguaje de los pacientes		Total
			No	Si	
Hipertensión arterial	No	Recuento % del total	2 2.3%	30 34.9%	32 37.2%
	Si	Recuento % del total	0 .0%	54 62.8%	54 62.8%
Total		Recuento % del total	2 2.3%	84 97.7%	86 100.0%

**Tabla 22: Análisis estadístico entre la hipertensión arterial y la denominación en el lenguaje de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	.200	.063
nominal	V de Cramer	.200	.063
N de casos válidos		86	

**Tabla 23: Relación entre la hipertensión y repetición del lenguaje de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

			repetición del lenguajes de los pacientes		Total
			No	Si	
Hipertensión arterial	No	Recuento	4	28	32
		% del total	4.7%	32.6%	37.2%
	Si	Recuento	4	50	54
		% del total	4.7%	58.1%	62.8%
Total		Recuento	8	78	86
		% del total	9.3%	90.7%	100.0%

**Tabla 24: Análisis estadístico entre la hipertensión arterial y la repetición del lenguaje de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.085	.432
	V de Cramer	.085	.432
N de casos válidos		86	

**Tabla 25: Relación entre la hipertensión y la comprensión de lecturas de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el**

**Hipertensión arterial \* comprensión de lecturas de partes de los pacientes**

**período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

			comprensión de lecturas de partes de los pacientes		Total
			No	Si	
Hipertensión arterial	No	Recuento	14	18	32
		% del total	16.3%	20.9%	37.2%
	Si	Recuento	13	41	54
		% del total	15.1%	47.7%	62.8%
Total		Recuento	27	59	86
		% del total	31.4%	68.6%	100.0%

**Tabla 26: Análisis estadístico entre la hipertensión arterial y la comprensión de lecturas de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.205	*.057
	V de Cramer	.205	*.057
N de casos válidos		86	

**Tabla 27: Relación entre la hipertensión y la comprensión de órdenes de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el**

**período de  
Junio 2012 a  
Diciembre  
2012.**

**Hipertensión arterial \* comprensión de órdenes de partes de los pacientes**

			comprensión de órdenes de partes de los pacientes		Total
			No	Si	
Hipertensión arterial	No	Recuento	19	13	32
		% del total	22.1%	15.1%	37.2%
	Si	Recuento	20	34	54
		% del total	23.3%	39.5%	62.8%
Total		Recuento	39	47	86
		% del total	45.3%	54.7%	100.0%

**Tabla 28: Análisis estadístico entre la hipertensión arterial y la comprensión de órdenes de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	.217	*.044
nominal	V de Cramer	.217	*.044
N de casos válidos		86	

**Tabla 29: Relación entre la hipertensión y la comprensión de escrituras de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

			comprensión de escrituras de partes de los pacientes		Total
			No	Si	
Hipertensión arterial	No	Recuento	13	19	32
		% del total	15.1%	22.1%	37.2%
	Si	Recuento	26	28	54
		% del total	30.2%	32.6%	62.8%
Total		Recuento	39	47	86
		% del total	45.3%	54.7%	100.0%

**Tabla 30: Análisis estadístico entre la hipertensión arterial y la comprensión de escrituras de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.073	.498
	V de Cramer	.073	.498
N de casos válidos		86	

**Tabla 31: Relación entre la hipertensión y la comprensión de escrituras de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Hipertensión arterial \* praxis constructiva de partes de los pacientes**

			praxis constructiva de partes de los pacientes		Total
			No	Si	
Hipertensión arterial	No	Recuento % del total	26 30.2%	6 7.0%	32 37.2%
	Si	Recuento % del total	48 55.8%	6 7.0%	54 62.8%
Total		Recuento % del total	74 86.0%	12 14.0%	86 100.0%

**Tabla 32: Análisis estadístico entre la hipertensión arterial y la comprensión de escrituras de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.107	.323
	V de Cramer	.107	.323
N de casos válidos		86	

**Tabla 33: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y orientación temporal, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* orientación temporal de los pacientes**

		orientación temporal de los pacientes					Total	
		MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES		
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	2	3	3	17	30	55
		% del total	2.3%	3.5%	3.5%	19.8%	34.9%	64.0%
	Si	Recuento	0	2	1	6	22	31
		% del total	.0%	2.3%	1.2%	7.0%	25.6%	36.0%
Total		Recuento	2	5	4	23	52	86
		% del total	2.3%	5.8%	4.7%	26.7%	60.5%	100.0%

**período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Tabla 34: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la orientación temporal de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	.194	.517
nominal	V de Cramer	.194	.517
N de casos válidos		86	

**Tabla 35: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y orientación espacial, de los pacientes**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* orientación espacial de los pacientes**

			orientación espacial de los pacientes				Total	
			MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO		EXCELENTES
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	2	2	6	19	26	55
		% del total	2.3%	2.3%	7.0%	22.1%	30.2%	64.0%
	Si	Recuento	0	0	1	9	21	31
		% del total	.0%	.0%	1.2%	10.5%	24.4%	36.0%
Total		Recuento	2	2	7	28	47	86
		% del total	2.3%	2.3%	8.1%	32.6%	54.7%	100.0%

que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.

**Tabla 36: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la orientación espacial de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.251	.249
	V de Cramer	.251	.249
N de casos válidos		86	

**Tabla 37: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la memoria de fijación, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* memoria de fijación de los pacientes**

			memoria de fijación de los pacientes			Total
			REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	4	6	45	55
		% del total	4.7%	7.0%	52.3%	64.0%
	Si	Recuento	1	7	23	31
		% del total	1.2%	8.1%	26.7%	36.0%
Total		Recuento	5	13	68	86
		% del total	5.8%	15.1%	79.1%	100.0%

**período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Tabla 38: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la memoria de fijación de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.170	.288
	V de Cramer	.170	.288
N de casos válidos		86	

**Tabla 39: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la atención y cálculo, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* atención y cálculo de los pacientes**

			atención y cálculo de los pacientes				Total	
			MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO		EXCELENTES
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	22	1	1	14	17	55
		% del total	25.6%	1.2%	1.2%	16.3%	19.8%	64.0%
	Si	Recuento	13	0	1	4	13	31
		% del total	15.1%	.0%	1.2%	4.7%	15.1%	36.0%
Total		Recuento	35	1	2	18	30	86
		% del total	40.7%	1.2%	2.3%	20.9%	34.9%	100.0%

**período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Tabla 40: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la atención y cálculo de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.185	.569
	V de Cramer	.185	.569
N de casos válidos		86	

**Tabla 41: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la memoria inmediata, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* memoria inmediata de los pacientes**

		memoria inmediata de los pacientes				Total
		MUY MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento 2	14	14	25	55
		% del total 2.3%	16.3%	16.3%	29.1%	64.0%
	Si	Recuento 1	7	7	16	31
		% del total 1.2%	8.1%	8.1%	18.6%	36.0%
Total		Recuento 3	21	21	41	86
		% del total 3.5%	24.4%	24.4%	47.7%	100.0%

**período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Tabla 42: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la memoria inmediata de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	.059	.960
nominal	V de Cramer	.059	.960
N de casos válidos		86	

**Tabla 43: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la denominación en el lenguaje, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* denominación en el lenguaje de los pacientes**

			denominación en el lenguaje de los pacientes		Total
			No	Si	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	2	53	55
		% del total	2.3%	61.6%	64.0%
	Si	Recuento	0	31	31
		% del total	.0%	36.0%	36.0%
Total		Recuento	2	84	86
		% del total	2.3%	97.7%	100.0%

**Tabla 44: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la denominación en el lenguaje de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.116	.283
	V de Cramer	.116	.283
N de casos válidos		86	

**Tabla 45: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la repetición del lenguaje, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* repetición del lenguajes de los pacientes**

			repetición del lenguajes de los pacientes		Total
			No	Si	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	7	48	55
		% del total	8.1%	55.8%	64.0%
	Si	Recuento	1	30	31
		% del total	1.2%	34.9%	36.0%
Total		Recuento	8	78	86
		% del total	9.3%	90.7%	100.0%

**Tabla 46: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la repetición del lenguaje de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.157	.145
	V de Cramer	.157	.145
N de casos válidos		86	

**Tabla 47: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la comprensión de lecturas de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de lecturas de partes de los pacientes**

			comprensión de lecturas de partes de los pacientes		Total
			No	Si	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	22	33	55
		% del total	25.6%	38.4%	64.0%
	Si	Recuento	5	26	31
		% del total	5.8%	30.2%	36.0%
Total		Recuento	27	59	86
		% del total	31.4%	68.6%	100.0%

**Tabla 48: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la comprensión de lecturas de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.247	*.022
	V de Cramer	.247	*.022
N de casos válidos		86	

**Tabla 49: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la comprensión de órdenes de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de órdenes de partes del pacientes**

			comprensión de órdenes de partes del pacientes		Total
			No	Si	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	29	26	55
		% del total	33.7%	30.2%	64.0%
	Si	Recuento	10	21	31
		% del total	11.6%	24.4%	36.0%
Total		Recuento	39	47	86
		% del total	45.3%	54.7%	100.0%

**Tabla 50: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la comprensión de órdenes de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.197	.067
	V de Cramer	.197	.067
N de casos válidos		86	

**Tabla 51: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la comprensión de escrituras de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* comprensión de escrituras de partes del pacientes**

			comprensión de escrituras de partes del pacientes		Total
			No	Si	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	23	32	55
		% del total	26.7%	37.2%	64.0%
	Si	Recuento	16	15	31
		% del total	18.6%	17.4%	36.0%
Total		Recuento	39	47	86
		% del total	45.3%	54.7%	100.0%

**Tabla 52: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la comprensión de escrituras de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.094	.381
	V de Cramer	.094	.381
N de casos válidos		86	

**Tabla 53: Relación entre la Diabetes mellitus tipo 2 y, la praxis constructiva de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Diabetes mellitus tipo 2 \* praxis constructiva de partes de los pacientes**

			praxis constructiva de partes de los pacientes		Total
			No	Si	
Diabetes mellitus tipo 2	No	Recuento	47	8	55
		% del total	54.7%	9.3%	64.0%
	Si	Recuento	27	4	31
		% del total	31.4%	4.7%	36.0%
Total		Recuento	74	12	86
		% del total	86.0%	14.0%	100.0%

**Tabla 54: Análisis estadístico entre la Diabetes mellitus tipo 2 y la praxis constructiva de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.023	.833
	V de Cramer	.023	.833
N de casos válidos		86	

**Tabla 55: Relación entre la Epilepsia y, la orientación temporal, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* orientación temporal de los pacientes**

		orientación temporal de los pacientes					Total
		MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Epilepsia. No	Recuento	1	2	2	17	48	70
	% del total	1.2%	2.3%	2.3%	19.8%	55.8%	81.4%
Si	Recuento	1	3	2	6	4	16
	% del total	1.2%	3.5%	2.3%	7.0%	4.7%	18.6%
Total	Recuento	2	5	4	23	52	86
	% del total	2.3%	5.8%	4.7%	26.7%	60.5%	100.0%

**Tabla 56: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la orientación temporal de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.411	*.006
	V de Cramer	.411	*.006
N de casos válidos		86	

**Tabla 57: Relación entre la Epilepsia y, la orientación espacial, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* orientación espacial de los pacientes**

		orientación espacial de los pacientes					Total
		MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Epilepsia. No	Recuento	1	0	4	23	42	70
	% del total	1.2%	.0%	4.7%	26.7%	48.8%	81.4%
Si	Recuento	1	2	3	5	5	16
	% del total	1.2%	2.3%	3.5%	5.8%	5.8%	18.6%
Total	Recuento	2	2	7	28	47	86
	% del total	2.3%	2.3%	8.1%	32.6%	54.7%	100.0%

**Tabla 58: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la orientación espacial de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	.414	*.005
nominal	V de Cramer	.414	*.005
N de casos válidos		86	

**Tabla 59: Relación entre la Epilepsia y, la memoria de fijación, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* memoria de fijación de los pacientes**

		memoria de fijación de los pacientes			Total
		REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Epilepsia. No	Recuento	3	9	58	70
	% del total	3.5%	10.5%	67.4%	81.4%
Si	Recuento	2	4	10	16
	% del total	2.3%	4.7%	11.6%	18.6%
Total	Recuento	5	13	68	86
	% del total	5.8%	15.1%	79.1%	100.0%

**Tabla 60: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la memoria de fijación de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.201	.177
	V de Cramer	.201	.177
N de casos válidos		86	

**Tabla 61: Relación entre la Epilepsia y, la atención y cálculo, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* atención y cálculo de los pacientes**

		atención y cálculo de los pacientes					Total
		MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Epilepsia. No	Recuento	27	1	1	13	28	70
	% del total	31.4%	1.2%	1.2%	15.1%	32.6%	81.4%
Si	Recuento	8	0	1	5	2	16
	% del total	9.3%	.0%	1.2%	5.8%	2.3%	18.6%
Total	Recuento	35	1	2	18	30	86
	% del total	40.7%	1.2%	2.3%	20.9%	34.9%	100.0%

**Tabla 62: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la atención y cálculo de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.259	.217
	V de Cramer	.259	.217
N de casos válidos		86	

**Tabla 63: Relación entre la Epilepsia y, la memoria inmediata, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Tabla de contingencia Epilepsia. \* memoria inmediata de los pacientes**

		memoria inmediata de los pacientes				Total
		MUY MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTES	
Epilepsia. No	Recuento	1	16	18	35	70
	% del total	1.2%	18.6%	20.9%	40.7%	81.4%
Si	Recuento	2	5	3	6	16
	% del total	2.3%	5.8%	3.5%	7.0%	18.6%
Total	Recuento	3	21	21	41	86
	% del total	3.5%	24.4%	24.4%	47.7%	100.0%

**Tabla 64: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la memoria inmediata de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	.256	.131
	V de Cramer	.256	.131
N de casos válidos		86	

**Tabla 65: Relación entre la Epilepsia y, la denominación en el lenguaje, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* Denominación en el lenguaje de los pacientes**

		denominación en el lenguaje de los pacientes		Total	
		No	Si		
Epilepsia.	No	Recuento	0	70	70
		% del total	.0%	81.4%	81.4%
	Si	Recuento	2	14	16
		% del total	2.3%	16.3%	18.6%
Total		Recuento	2	84	86
		% del total	2.3%	97.7%	100.0%

**Tabla 66: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la denominación del lenguaje de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.323	*.003
	V de Cramer	.323	*.003
N de casos válidos		86	

**Tabla 67: Relación entre la Epilepsia y, repetición del lenguaje, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* Repetición del lenguaje de los pacientes**

		Repetición del lenguajes de los pacientes		Total
		No	Si	
Epilepsia. No	Recuento	4	66	70
	% del total	4.7%	76.7%	81.4%
Si	Recuento	4	12	16
	% del total	4.7%	14.0%	18.6%
Total	Recuento	8	78	86
	% del total	9.3%	90.7%	100.0%

**Tabla 68: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la repetición del lenguaje de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.258	*.017
	V de Cramer	.258	*.017
N de casos válidos		86	

**Tabla 69: Relación entre la Epilepsia y, comprensión de lecturas de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* comprensión de lecturas de partes de los pacientes**

		comprensión de lecturas de partes de los pacientes		Total	
		No	Si		
Epilepsia.	No	Recuento	14	56	70
		% del total	16.3%	65.1%	81.4%
	Si	Recuento	13	3	16
		% del total	15.1%	3.5%	18.6%
Total		Recuento	27	59	86
		% del total	31.4%	68.6%	100.0%

**Tabla 70: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la comprensión de lecturas de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	-.514	*.000
nominal	V de Cramer	.514	*.000
N de casos válidos		86	

**Tabla 71: Relación entre la Epilepsia y, comprensión de órdenes de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* Comprensión de órdenes de partes de los pacientes**

		comprensión de órdenes de partes de los pacientes		Total
		No	Si	
Epilepsia. No	Recuento	24	46	70
	% del total	27.9%	53.5%	81.4%
Si	Recuento	15	1	16
	% del total	17.4%	1.2%	18.6%
Total	Recuento	39	47	86
	% del total	45.3%	54.7%	100.0%

**Tabla 72: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la comprensión de órdenes de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.465	*.000
	V de Cramer	.465	*.000
N de casos válidos		86	

**Tabla 73: Relación entre la Epilepsia y, comprensión de escritura de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* Comprensión de escrituras de partes de los pacientes**

		comprensión de escrituras de partes de los pacientes		Total
		No	Si	
Epilepsia. No	Recuento	30	40	70
	% del total	34.9%	46.5%	81.4%
Si	Recuento	9	7	16
	% del total	10.5%	8.1%	18.6%
Total	Recuento	39	47	86
	% del total	45.3%	54.7%	100.0%

**Tabla 74: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la comprensión de escrituras de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	-.105	.332
	V de Cramer	.105	.332
N de casos válidos		86	

**Tabla 75: Relación entre la Epilepsia y, la praxis constructivas de partes, de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Policlínico Francisco Morazán en el período de Junio 2012 a Diciembre 2012.**

**Epilepsia. \* praxis constructiva de partes del pacientes**

		praxis constructiva de partes del pacientes		Total	
		No	Si		
Epilepsia.	No	Recuento	59	11	70
		% del total	68.6%	12.8%	81.4%
	Si	Recuento	15	1	16
		% del total	17.4%	1.2%	18.6%
Total		Recuento	74	12	86
		% del total	86.0%	14.0%	100.0%

**Tabla 76: Análisis estadístico entre la Epilepsia y la praxis constructivas de partes de los pacientes.**

**Análisis estadístico por medio de Phi y V de Cramer**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por	Phi	-.106	.324
nominal	V de Cramer	.106	.324
N de casos válidos		86	

**Figura 1: Ocupación de los pacientes que acuden al programa de crónicos en el Policlínico Francisco Morazán, en el período Junio a Diciembre 2012.**

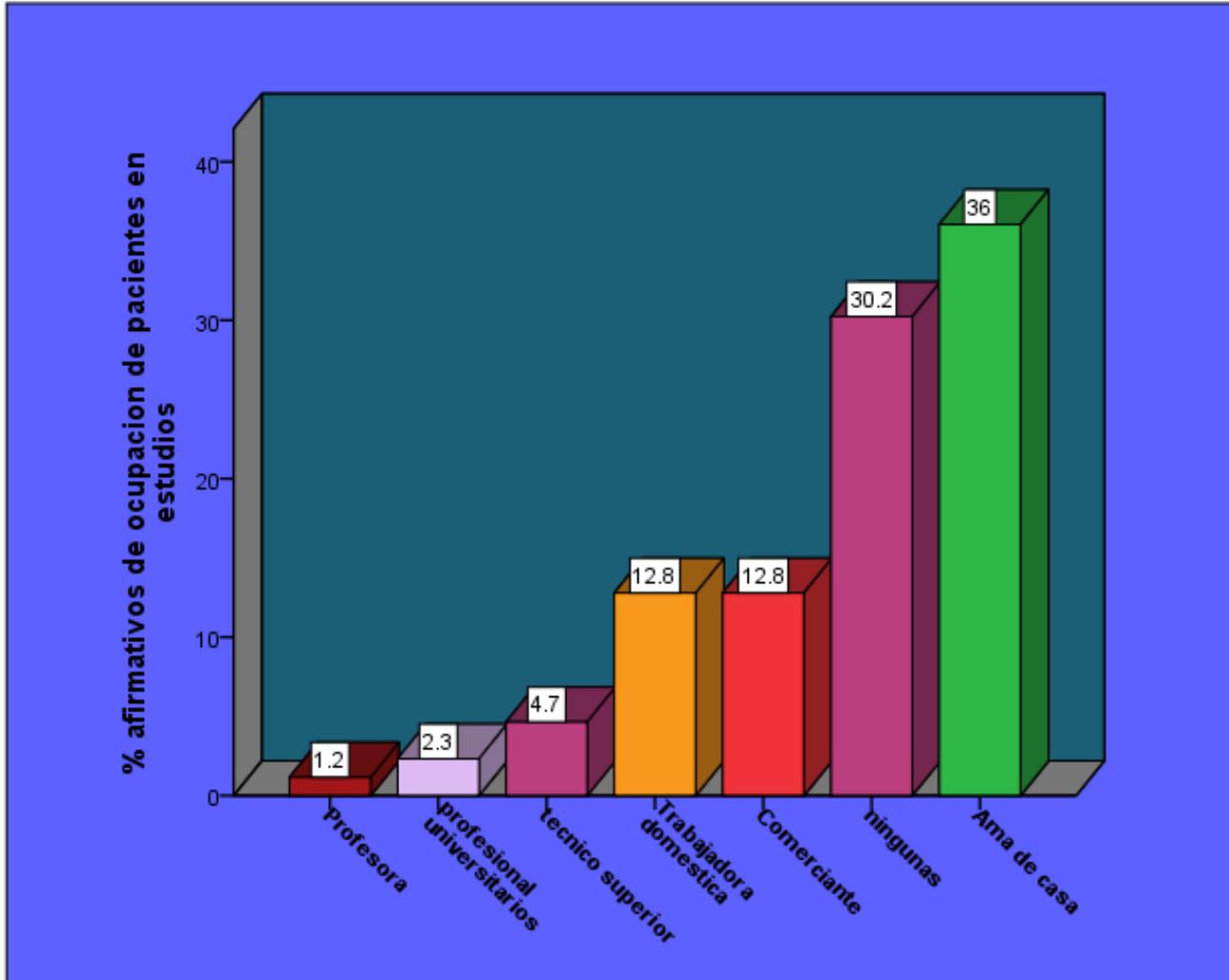
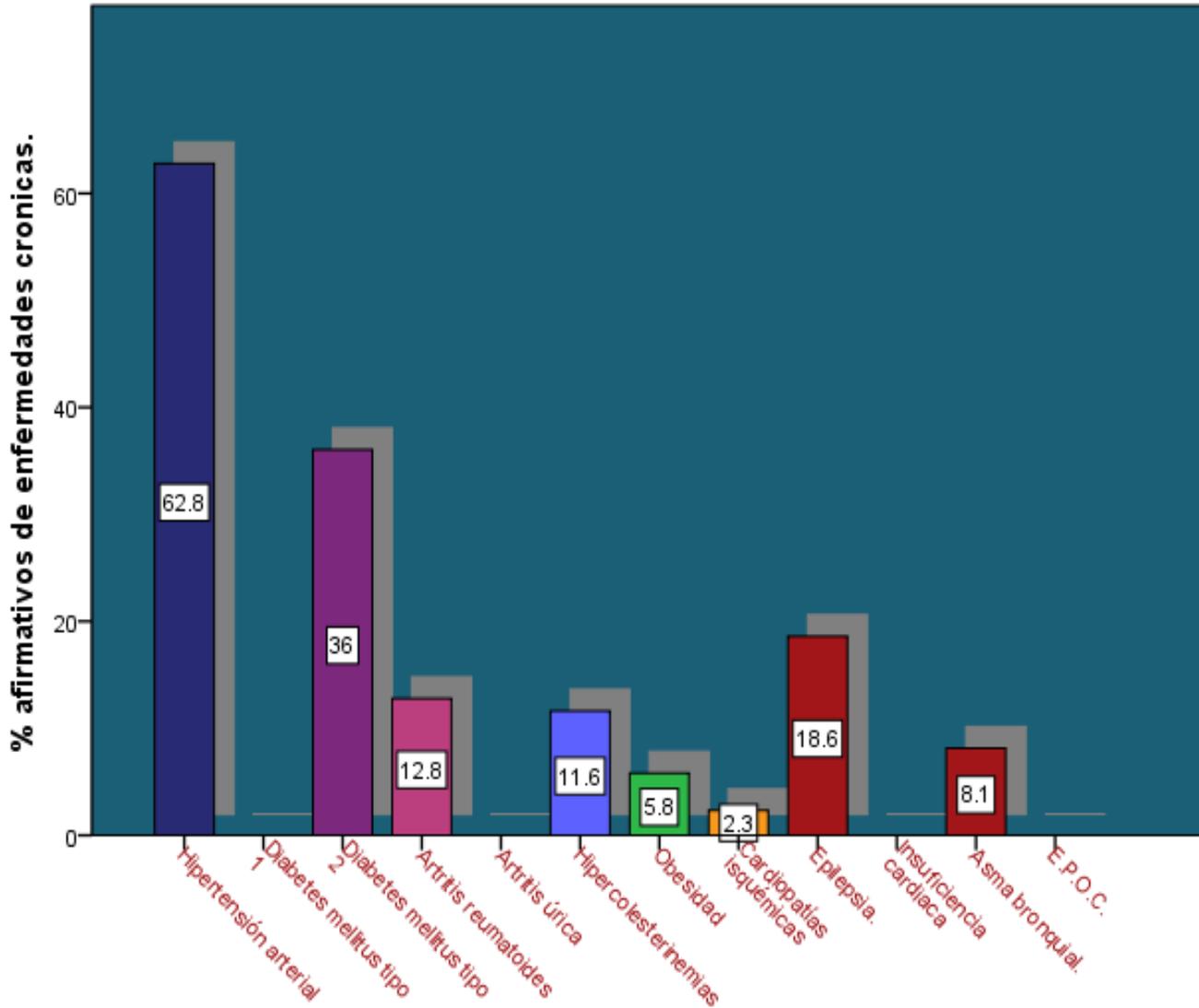


Figura 2: Enfermedades crónicas que presentan los pacientes que acuden al programa de crónicos en el Policlínico Francisco Morazán, en el período Junio a Diciembre 2012.





## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Álvarez Suárez, D. (2010). *Estudio de prevalencia del deterioro cognitivo en una población de personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno ASCATE, Costa Rica*. ASCATE, Costa Rica.
- 2) Antonelli Incalzi, R., Marra, C., & Giordano, A. (2003). Disease-A Neuropsychological and SPECT Study. *J Neurol.*, 250(3):325-32.
- 3) Armas Castro, J., & Carrasco García, M. R. (2008). Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer. *Rev Haban Cienc med (online)*, Vol 7(n 4).
- 4) Baldizón Duarte, K. (Junio - Diciembre 2009). *Enfermedades de Alzheimer en pacientes que acuden a los servicios de salud mental y programa de crónicos del SILAIS - MANAGUA*,. Managua.
- 5) C. Gómez, J., L. Ruiz, S., & G. García, R. (2009). Factores determinantes del déficit cognitivo en la insuficiencia cardiaca congestiva. *Rev. Colom. Cardiol.*, vol 16(n6).
- 6) Cervantes Arriaga, A., Rodríguez Violante, M., Calleja Castillo, J., & Ramírez Bermudez, J. (2011). Función cognitiva en pacientes con diabetes mellitus tipo 2:. *Medicina Interna de México*, Vol 27(n3), 217-223.
- 7) Crook, T., Bartus, R. T., & Ferris, S. H. (1986). Age associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures. *Developmental Neuropsychology*(n2), 261-276.
- 8) Gich, J., Quintana, M., & Zambon, D. (2005). Existe relación entre el colesterol y el deterioro. *Clínica de investigación arteriosclerosis*, Vol 7(n01), 48-53.
- 9) Gutiérrez Robledo, L. M., & Ham Chande, R. (1996). Salud del adulto mayor. *Rev Salud Pública de México*, vol 38(n6).
- 10) Kral, V. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Can Med*, vol 86, 257-60.
- 11) Liane, A., Rosa María, M., René Francisco, R., & Alfredo, A. (2006). Deterioro Cognitivo en la epilepsia (Spanish). *Revista Mexicana De Neurociencia*, vol 7(n3), 218-224.
- 12) MARTÍNEZ, I. (Julio 2007). *“El Deterioro Cognitivo Leve. La importancia de*. Madrid.

- 13) Mayeux, R., Brandt, J., & Benson, F. (1980). Interictal memory and language. *Neurology*, vol 30, 1205.
- 14) Mejía Arango, S., Miguel Jaimes, A., Villa, A., & Ruiz, Arregui, L. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica Mex*, 7(supl 4), S475-S481.
- 15) Morris, J. C., Heyman, A., & Mosh, R. C. (1989). The consortium to establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Standardization of the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, vol 39(n9), 1159-1165.
- 16) Pedroza P, M. E. (2012). Un Enfoque Sistémico de los Métodos de Investigación. Conferencias en DVD, de cinco libros publicados en 20 años de investigación Científica. *Maestría en Ciencias del Agua CIRA-UNAN Managua*.
- 17) PETERSEN, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med*, Vol 256, 183-194.
- 18) Petersen, R. C., Smith, G. E., & Waring, S. C. (1997). Aging, memory and mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, vol 9, 65-69.
- 19) Pieter, J., Arnold, K., & Jellemer, J. (2006). Ten-year risk of dementia in subjects with mild cognitive impairment. *Neurology*(n67), 1201-1207.
- 20) Porras Munguía, G. (Julio - Septiembre 2009). *Utilidad del Test de Minimental de Folstein para detectar demencias en pacientes hospitalizados en la sala de medicina interna del hospital Antonio Lenin Fonseca*. Managua.
- 21) Prichard, J. C. (1837). *"A treatise on Insanity"*. Barrington, Haswell, Philadelphia.
- 22) Roldán Tapia, L., Cánovas López, R., & Cimadevilla, J. (2007). Déficit mnésicos y perceptivos en la fibromialgia y artritis reumatoide. *Reumatologia Clinica*, Vol 3(n3), 101-109.
- 23) Segura, B., & Jurado, M. (2009). [Metabolic syndrome and ageing: cognitive impairment and structural alterations of the central nervous system]. *Revista De Neurologia*, vol 49(n8), 417-424.
- 24) Vicarios, A., Vainstein, N., & Zilberman, J. M. (2010). Hipertension arterial: otros caminos hacia el deterioro, la demencia y las alteraciones conductuales. *Revistas neurológicas de argentinas*, vol 02(n04), 226-233.

25) Xu WL, Qiu CX, & Wahlin A. (12 de Octubre de 2004). Diabetes Mellitus and risk of dementia in the Kungsholmen project: a 6-year follow-up study. *Neurology*. *vol 63*(n7), 1181-1186.