

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**



**FUNCIONAMIENTO COGNITIVO, AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA DE LOS  
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS DE LOS SERVICIOS DE  
CRÓNICOS HOMBRES Y CRÓNICOS MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL  
PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ MOLINA MARTINEZ” DE JUNIO 2023 A SEPTIEMBRE  
DEL 2024**

Presentado por:

DRA. GRACIELA DEL CARMEN MARTÍNEZ MONTES

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Asesor temático

DR. JOSÉ EDUARDO FUENTES RAMÍREZ

Asesor Metodológico

DR. WILSON AVENDAÑO MARTELL

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, junio 2025

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD:**

**RECTOR**

M. Sc Juan Rosa Quintanilla

**VICERRECTORIA ACADÉMICA**

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

M. Sc Roger Arias

**SECRETARIO GENERAL**

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD:**

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Giovanni Alexander Polanco García

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M. Sc Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

## Índice de contenido

1. Resumen del proyecto .....	1
2. Introducción .....	2
3. Antecedentes .....	3
4. Justificación .....	4
5. Objetivos .....	5
6. Marco Teórico .....	6
7. Diseño metodológico: .....	13
8. Operacionalización de las variables .....	17
9. Análisis de datos: .....	19
10. Discusión.....	43
11. Conclusiones .....	50
12. Recomendaciones.....	50
13. Bibliografía .....	52
14. Anexos: .....	57

## **1. Resumen del proyecto**

La institucionalización psiquiátrica prolongada puede generar deterioro cognitivo y pérdida de autonomía en pacientes con trastornos mentales crónicos. Objetivo: Analizar el funcionamiento cognitivo, la autonomía e independencia de pacientes institucionalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez". Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron 52 pacientes (35 hombres y 17 mujeres) de los servicios de crónicos. Se aplicó el Índice de Katz para evaluar actividades básicas de la vida diaria y el MoCA para evaluar función cognitiva. Resultados: El 83% de los pacientes eran analfabetos. El 100% de las mujeres presentó mal apoyo familiar. El 45.16% de los adultos jóvenes y el 52.38% de los adultos mayores obtuvieron puntajes de 1/30 en el MoCA, indicando deterioro cognitivo severo. Solo un paciente (1.9%) conservó función cognitiva normal. El síndrome paranoide fue el más frecuente (52%). Conclusiones: La institucionalización prolongada se asocia con deterioro cognitivo severo y dependencia funcional. Se requiere implementar programas de rehabilitación psicosocial y fortalecer la red comunitaria de salud mental.

Palabras clave:

Institucionalización;

Deterioro Cognitivo;

Autonomía Personal;

Pacientes Internos;

Salud Mental.

## 2. Introducción

La institucionalización psiquiátrica prolongada ha sido durante décadas el modelo predominante de atención en salud mental, a pesar de sus efectos adversos en la autonomía, funcionalidad y derechos humanos de los pacientes. Este estudio analiza el deterioro cognitivo y funcional de pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos internados de forma prolongada, con el fin de dimensionar su independencia en actividades básicas diarias y su función cognitiva

A pesar de los avances en la psiquiatría moderna, la institucionalización sigue siendo una práctica frecuente en El Salvador y muchos otros países, se ha observado que esta, al contrario de lo que parecería, presenta consecuencias en las funciones cognitivas y funcionales de los pacientes.

Hasta hace pocas décadas el principal modelo de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con trastornos mentales, se organizaba en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas. Dicho modelo de atención aísla al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, crea condiciones desfavorables que ponen en peligro sus derechos humanos y civiles, dispone de la mayor parte de los recursos financieros y humanos

En Europa y Estados Unidos, en los años 60 y 70 se dio un conjunto de tendencias reformadoras, que coincidían en la necesidad de cambiar un sistema basado en el hospital psiquiátrico, por uno con énfasis en servicios más comunitarios. Este movimiento fue llamado “desinstitucionalización”. En América Latina, la Declaración de Caracas en 1990 constituyó un hito importante en la acogida de estas reformas y promovió varias iniciativas a lo largo del continente.

En El Salvador únicamente se cuenta con un hospital psiquiátrico nacional el cual está funcionando desde 1949 desde ese tiempo o más existió la institucionalización y a pesar de las reformas y avances en psiquiatría aún se siguen realizando en menor número y frecuencia, destacar que estas acciones se realizan por desconocimiento de otras entidades que obligan a ejercerla.

Es por eso que la presente investigación se realiza para evaluar la independencia a través del análisis funcional y cognitivo del paciente institucionalizado en el Hospital

Nacional “José Molina Martínez” ya que, al momento, en El Salvador no existe un registro de la afectación y el deterioro que provoca la institucionalización en los pacientes lo que contribuye a que se siga practicando en menor medida; vulnerando los derechos de los pacientes. Con los resultados obtenidos se pueden exponer a diferentes entidades gubernamentales para mejorar y solventar dicha situación que se sigue practicando, además de crear estrategias para garantizar y evitar el deterioro en los pacientes según los resultados obtenidos.

### **3. Antecedentes**

En 1409 el fraile Juan Gilabert Jofre inaugura el primer “manicomio” en Valencia, España para albergar a personas con problemas mentales y así evitar que estén en contacto con las demás personas y que sufrieran daño, dando paso a la construcción de espacios manicomiales

En América latina en México fue la primera institución que se centró en la atención exclusiva de enfermos mentales, fue fundada por fray Bernardino Álvarez en 1567 conocido como el Hospital San Hipólito conocido como “la plaza de locos” (3)

En centro América Panamá distingue ya que fue el primer país en tener un hospital psiquiátrico en 1933 el cual ha tenido su evolución de manicomio a hospital y actualmente instituto de salud mental, logros obtenidos a lo largo de los años en lo que se refiere la salud mental.

En nuestro país Gerardo Barrios en 1859 nombra una comisión para tratamiento de enfermos mentales, en 1975 se inauguró el “Hospital Nacional General y de Salud mental y psiquiatría” en donde sus inicios era frecuente se practicara la institucionalización con el pasar del tiempo y las reformas de la salud mental hay menos casos, sin embargo aún se practica la institucionalización en menor medida, dichas acciones generalmente se dan por presión de otras entidades y por el poco o nulo conocimiento y compromiso sobre los derechos de los paciente

Al practicar la institucionalización violamos todos los derechos del paciente, además que genera un deterioro progresivo en las esferas cognitivas y de autocuidado, ya que lo privamos de la interacción con el ambiente, estas esferas se ven afectadas independientemente del diagnóstico que padezcan los pacientes.

#### **4. Justificación**

La psiquiatría siempre ha sido una rama de la medicina envuelta de muchos prejuicios y estigmas, considerándose por una gran parte de la historia a los enfermos mentales como peligrosos, personas que debían de estar fuera de la sociedad para preservar el orden y la normalidad, evitando daños a terceros. Al tener estos pacientes una enfermedad irreversible y considerarse peligrosos la opción más segura fue el institucionalismo psiquiátrico; sin embargo, en la actualidad y con los nuevos abordajes de la psiquiatría se ha visto que esto crea en la población internada características específicas que pueden ser descriptas como: una fuerte sumisión a la institución, cronificación, pérdida de identidad, de autonomía, desvinculación familiar y social.

Este tipo de hospitalización es dañina, contraproducente; es iatrogénica, puesto que produce un debilitamiento de los vínculos sociales del sujeto internado.

Además de no tener en cuenta los derechos de los pacientes, a partir de los años 70 se ha investigado estos efectos deletéreos en el marco de los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental se establece que “ Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible”.

Al reflejar oportunamente que la institucionalización prolongada no solo no favorece la evolución del trastorno mental, sino que aumenta las consecuencias negativas en el desempeño funcional y cognitivo, se fundamenta la necesidad de este estudio. Identificar objetivamente el grado de deterioro en dichas esferas permitirá dimensionar el problema y reforzar los argumentos a favor de modelos de atención más humanizados e integradores. En síntesis, este trabajo pretende proporcionar información crítica para sustentar un cambio de mirada y de abordaje en la atención psiquiátrica, demostrando cómo el modelo de encierro prolongado compromete la independencia de los pacientes e instando a soluciones centradas en la comunidad y la rehabilitación psicosocial

En el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” se observan actualmente pacientes institucionalizados, con muchas de las características antes mencionadas. Al identificar esto oportunamente y demostrar que no solo desfavorece a la

evolución de su enfermedad si no también aumenta las consecuencias negativas en su desempeño funcional y cognitivo se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuánta es la independencia a través del análisis funcional y cognitivo de los pacientes psiquiátricos institucionalizados en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio 2023 a septiembre 2024?

## **5. Objetivos**

### **Objetivo general**

- Determinar la relación entre institucionalización psiquiátrica, deterioro cognitivo y pérdida de independencia funcional en los pacientes de crónicos hombres y crónicos mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico en el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024

### **Objetivos específicos:**

- Conocer las variables clínicas de los pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres ingresadas en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio 2023 a septiembre del 2024

- Valorar la funcionabilidad de los pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombre y crónicos mujeres ingresadas en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio 2023 a septiembre del 2024

- Identificar las alteraciones cognitivas en los pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres ingresadas en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio 2023 a septiembre del 2024

## 6. Marco Teórico

### **Institucionalización psiquiátrica**

Según Spitz el término institucionalismo u hospitalismo psiquiátrico se define como “aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en instituciones, caracterizada por: apatía, falta de iniciativa, pérdida del interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de la realidad”. (4)

La institucionalización psiquiátrica se refiere al confinamiento prolongado de personas con trastornos mentales en hospitales psiquiátricos u otras instituciones residenciales, donde se someten a un régimen de vida controlado y segregado de la comunidad. En la literatura no se define un tiempo específico sobre cuando considerar un paciente institucionalizado, se menciona que son estancias que superan los plazos terapéuticos necesarios, convirtiéndose en un tratamiento de por vida

En el siglo diecinueve, el manicomio se legitimó como institución especializada en la atención del enfermo mental con una función de tratamiento médico y curación, pero su eficacia era escasa. Por otro lado, conservó la función de asilo en un modelo custodial, en especial para las personas con enfermedades mentales severas de larga evolución y para quienes carecían de medios o capacidad para afrontar el regreso a su comunidad. (4)

En general, el manicomio se caracteriza por la ausencia de tratamientos eficaces, por la segregación, por pésimas condiciones de vida, por la falta de recursos y por la masificación, entre otras particularidades. Este conjunto de condiciones tiene consecuencias muy negativas sobre los internos, que sufren un deterioro clínico y social, despersonalización y marginación. (5)

Además, el contexto del manicomio contribuye a aumentar el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales.

A partir de la década de 1960, en Europa y Estados Unidos de América adquirieron más fuerza diversas experiencias de reforma psiquiátrica que tuvieron influencia en América latina. La más conocida es el movimiento de la reforma psiquiátrica en Italia, pero también se desarrollaron experiencias de superación en España, Irlanda y el Reino Unido. En algunos casos, llegaron a cerrarse los hospitales psiquiátricos. (6)

Entre las décadas de 1970 y 1980, muchos países de las Américas trabajaron en iniciativas dirigidas a superar la asistencia psiquiátrica centralizada en hospitales psiquiátricos y desarrollar alternativas basadas en la comunidad, sobre todo locales. Algunas experiencias regionales fueron pioneras en Sudamérica, como la de la provincia de Río Negro, en Argentina, y la de Santos, en Brasil, a finales de la década de 1980 y comienzos de la de 1990.

En noviembre de 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la Iniciativa de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica, se alcanzó el consenso regional en este tema y se aprobó la Declaración de Caracas, que marcó un hito histórico en el continente americano. (7)

La Declaración se pronunció para acabar con el rol hegemónico del hospital psiquiátrico y para promover una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, y basada en derechos humanos que era imposible alcanzar en el hospital psiquiátrico. Además, impulsó el desarrollo de servicios de salud mental descentralizados cercanos a la comunidad y relacionados con las redes de atención primaria de salud (7).

En 1997 y en el 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió distintas resoluciones en las que se instaba a los Estados Miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades. Las conferencias regionales de salud mental celebradas en Brasilia en el 2005, en Panamá en el 2010 y Chile en el 2015 evaluaron el camino recorrido hasta entonces. En años recientes, la OPS y la OMS han aprobado varios documentos programáticos que han sido relevantes en la reorganización de los servicios de salud mental. (7)

Por otro lado, la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (que incluye la discapacidad de base psicosocial), consagra en su artículo 19 “El derecho de las personas con discapacidad a elegir dónde y con quién vivir, a hacerlo de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad” (8)

La atención en la comunidad logra una mayor efectividad terapéutica, además de ser más humana. Por otro lado, los usuarios de los servicios de salud mental prefieren vivir fuera de la institución, gozando de sus derechos como ciudadanos.

La desinstitucionalización implica que antes o paralelamente se desarrollen nuevas prácticas y servicios alternativos que han demostrado ser más eficientes, efectivos y humanos,

que mantienen a las personas con enfermedades mentales en su comunidad y que protegen sus derechos.

### **Efectos de la institucionalización**

En la institucionalización, puede observarse un “proceso de producción de ‘dependencia’ del paciente a la institución, acelerando la pérdida de los lazos comunitarios, familiares, sociales y culturales, y conduciendo a la cronificación y al hospitalismo”. Estos efectos llevan a los pacientes a moverse en ciertos márgenes estrictos en los que para nada se cuenta con su participación. En el aspecto subjetivo, estos condicionamientos tienden a producir una posición pasiva, dependiente, infantilizada y alienada en las normas disciplinarias institucionales, que requerirán por ello necesariamente de políticas asistencialistas. Respecto a la integración social, no se llega a vislumbrar la manera en que la estrategia del Modelo Médico Individual podría promoverla. “Someter y aislar para curar”, en lo individual; “excluir para integrar”, en lo social

(5).

Entre los efectos negativos de la institucionalización se encuentra la pérdida de contacto con la realidad (falta de responsabilidades y de la toma de control sobre todos los aspectos relacionados con las tareas de la vida cotidiana). Conciencia de enfermo, actitud de paciente y exigencia de atención médica continuada, así como de programas de rehabilitación exclusivos. Elevado egocentrismo en la interpretación de lo que ocurre alrededor. El sentido de la realidad cotidiana se distorsiona por la pérdida de contacto con la vida exterior, la interpretación de esa realidad se basa en los esquemas adquiridos tras años de vivir en este entorno protegido, cuidador, donde sólo hay escasas responsabilidades que asumir, además de los vínculos o descargas emocionales que se forman entre paciente y personal médico

Las personas institucionalizadas sufren lo que se conoce como “las pérdidas asociadas a su envejecimiento” y la capacidad funcional traducida en actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, explicadas en términos de dependencia y autonomía; la cual está relacionada significativamente con el deterioro generado por la institucionalización. La dependencia funcional en la persona mayor tiene implicaciones en su autoestima, así como en el bienestar auto percibido, generando maltrato, marginación y abandono, con devastadores efectos en la calidad de vida. La actividad productiva en la edad avanzada es un tema relevante y de gran actualidad, apunta al “hacer con sentido” y la pérdida

de privacidad genera vulnerabilidad, dependencia acelerada de los individuos debido a la pérdida de la autonomía (9).

Destacar que no hay una estadística de que enfermedades generan que se practique la institucionalización, sin embargo, se ha visto en la mayoría de estudios que predominan la discapacidad intelectual en los pacientes institucionalizados antes que una enfermedad psiquiátrica primaria (9)

Además de mencionar los gastos que genera para el sistema el mantener un paciente institucionalizado, si bien es cierto hay pacientes que necesitan de evaluaciones periódicas por el tipo de diagnóstico o por el entorno en donde se encuentra, se deben buscar alternativas en donde se promueva la inserción de los pacientes a su entorno y que tengan la capacidad de cumplir con las necesidades mínimas para su supervivencia en diferentes países han tomado y reforzado el enfoque comunitario, además de crear hospitales de día en donde se beneficia al paciente, la familia y el sistema de salud al destinar menos presupuesto.

### **Fragilidad, disfunción y discapacidad**

La mayor proporción de personas de edad avanzada favorece una disminución en la autonomía y la independencia en la población, aumentando la frecuencia e importancia de las discapacidades. Los conceptos de fragilidad y disfunción son muy útiles para entender las enfermedades y sus manifestaciones clínicas en los ancianos, también permiten definir a los pacientes tributarios de mayor vigilancia médica. Los modelos de discapacidad más aceptados en la actualidad son los de Nagi. La disfunción (dificultad para realizar los autocuidados básicos) debe diferenciarse de la discapacidad (imposibilidad para realizar alguna actividad) y la dependencia (necesidad de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria). La disfunción indica limitaciones para ejecutar las actividades básicas de mantenimiento. Es un proceso dinámico que depende del estado previo de salud, se relaciona con enfermedades agudas y crónicas precedentes, y con cambios fisiológicos asociados a la edad (10)

Las actividades básicas de la vida diaria son funciones relacionadas con el autocuidado. La incapacidad para su ejecución es incompatible con la vida y cuando se pierden es necesario la asistencia de otra persona para la supervivencia. La dependencia para las actividades de auto mantenimiento es un indicador de alto riesgo de mortalidad (Reuben et al.1992). En la valoración de la función mental, las áreas de valoración neuropsicológica

de interés son la función cognitiva (orientación, lenguaje, percepción, memoria, psicomotricidad, curso y contenido del pensamiento) (11)

### **Epidemiología**

En el informe del Atlas de salud mental de las Américas 2017 se observa que los avances en el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica son muy escasos:(12)

- La mediana del número de camas para salud mental oscila entre 16,7 por 100,000 habitantes para los hospitales psiquiátricos a 2,9 por 100,000 habitantes para los servicios de psiquiatría de los hospitales generales (12)

- Más de dos terceras partes de los usuarios internados en hospitales psiquiátricos (74%) son egresados dentro de un año y 20% de ellos tienen una estadía mediana mayor a 5 años (12)

- Los servicios residenciales comunitarios están presentes en casi la mitad de los países, con una tasa mediana de 1,4 servicios por 100,000 habitantes. Pero disponen de una cantidad de camas 12 veces menor que los hospitales psiquiátricos (12).

La velocidad del proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica mejorará en la medida en que existan mejores condiciones para implementar planes nacionales orientados a fortalecer una red de servicios de salud mental basados en la comunidad.

### **Estudios internacionales**

Hay una variedad de estudios y revisiones en donde se aborda la institucionalización y las repercusiones de estas, se abordan temas de tipo político, social, cultural y de derechos humanos además del deterioro y la condena que se le ejerce al paciente.

Reportes de estudios indican una relación significativa entre autonomía e independencia del paciente y su deterioro como producto de la institucionalización entre estos estudios podemos destacar los siguientes. en Cuba encontraron disminución de funciones cognoscitivas relacionadas a la flexibilidad, fluidez y originalidad. En Chile reportaron que a mayor edad existe un deterioro significativo en el desempeño funcional, sobre todo en mujeres. En Quito, Ecuador, se reportó deterioro cognitivo, dependencia leve en actividades básicas de la vida diaria; mientras que las actividades instrumentales de la vida diaria necesitan mucha ayuda. En Colombia se reporta en su estudio que la funcionabilidad de los pacientes

está relacionada con el lugar de residencia, con las ayudas o soportes para realizar la deambulaci3n o desplazamiento y la presencia de antecedentes m3dicos (13)

Algunas de las revisiones m3s significativas que han tenido impacto en Am3rica Latina y que podemos citar respecto al institucionalismo son las siguientes:

- “Principios para la protecci3n de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atenci3n de la salud mental”, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resoluci3n 46/119 del 17 de diciembre de 1991 (14).

- “Diez principios b3sicos de las normas para la atenci3n de la salud mental “documento realizado por la Divisi3n de Salud mental y prevenci3n del Abuso de Sustancias de la Organizaci3n Mundial de la Salud (14)

- “Declaraci3n de los derechos del Retrasado mental “proclamada por la Asamblea General de las naciones Unidas en su resoluci3n 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971 (15)

- “Declaraci3n de los derechos de los Impedidos”, proclamada por la Asamblea general en su resoluci3n 3447(XXX) del 9 de diciembre de 1975 (16)

- “Declaraci3n de Caracas” Adoptada por aclamaci3n por la Conferencia Reestructuraci3n de la Atenci3n Psiqui3trica en Am3rica Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990 (7)

- Reuni3n de la Mesa Federal de salud mental, Justicia y derechos Humanos.(16)

- El informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina (“Vidas arrasadas “segregaci3n de las personas en los asilos psiqui3tricos) elaborado por el MDRI (mental disability rights international) y el CELS (centro de estudios legales sociales) (17)

A partir del contacto con estos documentos internacionales se considera que se fundamenta la necesidad de cambiar la mirada y el abordaje de la problem3tica de salud mental sosteniendo que este sistema de encierro actual es violatorio de derechos Humanos

### **Situaci3n en El Salvador**

En El Salvador es hasta 17 de julio de 2017 que se realiza y publica la ley de salud mental, dicha ley se aprueba con el objetivo “proteger la salud mental de las personas, desde

su promoción, prevención, atención, restablecimiento y rehabilitación” .En esta ley se menciona en el artículo 21 “- Los establecimientos que proporcionan servicios de salud mental deberán promover la reinserción social de las personas con discapacidad mental, trastornos mentales y del comportamiento, que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial y de integración comunitaria, mejorando las condiciones de normalización de las actividades de la vida diaria, autonomía, integración; así como la calidad de vida en lo posible, dando cobertura a sus necesidades socio-sanitarias, residenciales, laborales, de ocio y tiempo libre, con la finalidad de mejorar su calidad de vida e integrarlo a la sociedad.” (18)

La implementación de esta ley ayudó a disminuir los casos de pacientes que sufrían abandono por parte de familiar y por ende se institucionalizaron lo que se ha demostrado que en lugar de tener un efecto positivo y de protección al paciente genera un deterioro progresivo en las diferentes funciones cognitivas y de autocuidado del paciente ya que aísla al enfermo de su medio generando además una discapacidad social e impidiendo que este obtenga una calidad de vida adecuada.

### **Estudios nacionales**

A la fecha en el país no se cuenta con estudios en donde se evalúe el grado de independencia del paciente.

#### Escala de funcionabilidad índice de Katz

La escala de valoración conocida como Índice de Katz fue publicada en el año 1963, siendo elaborada en 1958 por un grupo multidisciplinar dirigido por el Dr. Sidney Katz, del The Benjamin Rose Hospital de Cleveland, para enfermos hospitalizados afectados de fractura de cadera (1)

En la actualidad, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría. Recoge seis apartados a valorar que incluyen cinco grupos de actividades (baño, vestido, uso de retrete, transferencias y alimentación) y una función corporal (continencia), dando la posibilidad de añadir otro no especificado. (1)

El Índice de Katz ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación. Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango

jerárquico. Esto le confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores. Es un índice fácil de realizar y en poco tiempo

El puntaje 6 indica total independencia. Cualquier puntaje menor de 6 indica dependencia, el cual puede llegar a “0” en un estado de dependencia total. Así mismo deberá registrarse el puntaje alfabético según corresponda a fin de tener una interpretación descriptiva, y mencionarse la o las actividades para las cuales la persona conserva o no la independencia para realizarlas (1)

#### Test de Moca

La prueba de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) fue creada en el año 2005 por Nasreddine. Desde su publicación, se ha convertido en una popular herramienta neuropsicológica de valoración cognitiva breve. Esta popularidad se debe a sus características de simplicidad y rapidez de aplicación, pero de mayor alcance en su capacidad de evaluar funciones cognitivas en comparación con otros test de cribado de uso clásico, como el Mini Mental State Examination (MMSE). Si bien el MMSE sigue siendo el test de mayor utilización internacional para la exploración neuropsicológica global, es conocido que el mismo carece de sensibilidad para detectar cambios cognitivos menores (2)

El test de MoCA evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación; con un tiempo de aplicación de cinco a 10 minutos. La especificidad de la MoCA para excluir controles normales fue buena (87%). Se ha estimado la sensibilidad de la MoCA como excelente (90%) para detectar deterioro cognitivo leve y es considerablemente más sensible que el MMSE. El valor del punto de corte para determinar un deterioro cognitivo es de >26 puntos. (2)

## **7. Diseño metodológico:**

Tipo de estudio: Descriptivo observacional de corte transversal, cuantitativo

Diseño: Estudio descriptivo observacional de corte transversal en pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” entre junio 2023 y septiembre de 2024. Se incluyeron todos los pacientes que cumplían criterios de selección, aplicando las escalas cuantitativas de Katz para evaluar actividades básicas de la vida diaria y la evaluación del test de MoCa para evaluar funciones cognitivas.

Se considero pertinente reportar tanto frecuencias absolutas como porcentajes relativos. Las frecuencias permiten visualizar el número real de pacientes que presentan determinada característica, mientras que los porcentajes permiten comparar proporcionalmente entre grupos con tamaños diferentes, como en el caso entre mujeres y hombres. Es importante aclarar que, aunque las frecuencias absolutas pueden indicar un mayor número de casos en un grupo, los porcentajes reflejan la proporción relativa dentro del total del grupo, y por lo tanto ofrecen una perspectiva mejor ajustada al tamaño muestral. Esta diferencia entre frecuencia y porcentaje no es contradictoria, sino complementaria.

- Universo: La totalidad de los pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres ingresadas en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”
- Muestra: La muestra utilizada será la totalidad de pacientes ingresados en los servicios de crónicos, en el hospital nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez en el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024 , incluyendo un total de 52 pacientes( 35 hombres y 17 mujeres)
- Criterios de inclusión: Pacientes masculinos y femeninos institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio 2023 a septiembre de 2024

- Criterios de exclusión: Pacientes ingresados en servicios diferente a los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres en el Hospital

Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”

- Lugar de estudio: La investigación se realizará en los servicios de hospitalización de crónicos hombres y crónicos mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio

2023 a septiembre de 2024

- Tiempo de estudio: La investigación se realizará en un período de tiempo comprendido de 15 meses, desde junio 2023 hasta septiembre de 2024 en Hospital Nacional Psiquiátrico “José Molina Martínez”

- Diseño metodológico: El estudio se realizará a través del análisis de los datos obtenidos en el expediente del paciente y durante una entrevista clínica y observación con los mismos, utilizando 2 instrumentos; el primero donde se puedan plasmar sus características clínicas generales y para los dos últimos se utilizará la escala de moca para valorar un trastorno cognitivo y la escala de Katz para valorar la funcionabilidad del paciente. Para dicha evaluación se realizará un estudio de los expedientes clínicos de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y es de este mismo de donde se recolectarán los datos para la investigación, comprometiéndome a guardar las normas éticas respecto a la investigación y posterior a la aprobación por el comité de ética institucional.

### **Consideraciones éticas:**

La Investigación será sometida a aprobación por parte del Comité de institucional. Ha sido así mismo elaborada tomando en consideración los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki para el año 2013 y los Principios Éticos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (Anexos).

Si bien la investigación se llevará a cabo revisando los expedientes y entrevistando a los pacientes, la investigadora se compromete a salvaguardar la identidad de los pacientes, y

a no causarles perjuicio directa o indirectamente. Las condiciones éticas en población vulnerable que se cumplen en el siguiente protocolo son:

**Confidencialidad:** La información personal de los pacientes y los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales. No se tomarán fotos a los participantes.

No se realizarán intervenciones experimentales que puedan poner en riesgo a los participantes.

**Los resultados:** La investigación será realizada sin fines de lucro.

**Beneficio:** Mediante el estudio se busca ayudar a los pacientes con trastornos psiquiátricos para que estos puedan conservar su independencia y disminuir los ingresos de los mismos con el propósito de disminuir el estigma que sufren estos pacientes y así mejorar sus vidas fomentando la independencia y mantenimiento cognitivo.

**Manejo de datos:** Para conservar la confidencialidad de los datos se utilizó un número correlativo para identificar a los pacientes, la información sensible no se difundió ni se incluyó en el reporte y fue utilizada exclusivamente para cumplir con los objetivos de estudio.

A su vez, se realizó revisión por el Comité de Ética institucional, recibiendo un acta que califica el estudio como favorable para su aplicación, con el fin de proteger la dignidad y bienestar de los participantes de acuerdo a lo establecido por la Ley de protección de Datos personales en El Salvador, en particular respecto al artículo 5(34).

## 8. Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Dimensión de la variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>
<b>Independencia</b>	Si paciente puede realizar actividades básicas de la vida diaria.	Cuantitativa	Total, independencia Deterioro funcional Dependencia total	Baño Vestido Uso de sanitario Transferencia Continencia Alimentación	Datos de entrevista
<b>Funciones cognitivas</b>	Si paciente posee habilidades cognitivas para poder desempeñarse en su vida diaria.	Cuantitativa	Leve Moderado Severo	Ejecutiva Identificación Memoria Atención Lenguaje Abstracción Recuerdo diferido Orientación	Datos de entrevista
<b>Edad</b>	Tiempo de vida del paciente	Cuantitativa	-	Fecha de nacimiento en documento único	Hoja de datos de expediente

				de identidad	
<b>Sexo</b>	Características orgánicas que distinguen a un hombre de una mujer	Cualitativo	Femenino masculino	Fenotipo del paciente	Hoja de datos de expediente
<b>Grado académico</b>	Estudios formales realizados	cuantitativo	-	Alfabeta Analfabeta	Datos de entrevista
<b>Apoyo familiar</b>	Disponibilidad de la familia para ayudar a paciente	Cualitativa	Si no	Bueno malo	Datos de entrevista/ expediente
<b>Salud física</b>	Comorbilidades	Cualitativo	Sí No	No enfermedades Enfermedad crónica	Datos de expediente clínico
<b>Síndrome psiquiátrico</b>	Clasificación sindrómica de patología principal	Cualitativo	Único Múltiple	Sd Paranoide Sd afectivo Sd orgánico Sd deficitario Sd neurótico Sd psicopático	Datos de expediente clínico

## 9. Análisis de datos:

### Objetivo general:

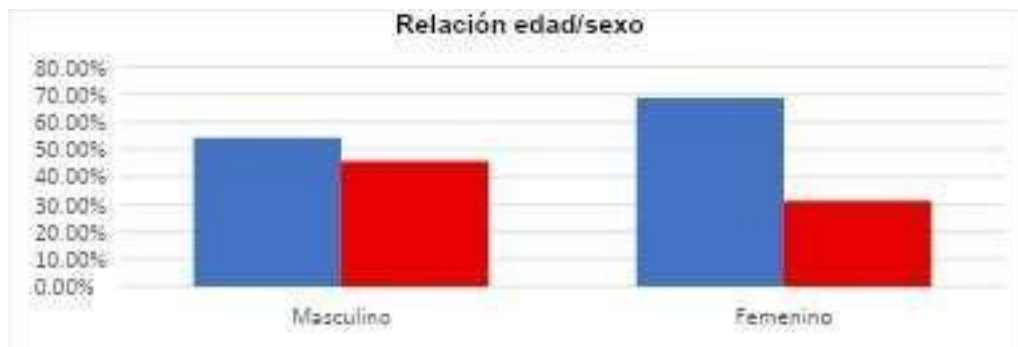
- Determinar el funcionamiento cognitivo, la autonomía e independencia de los pacientes psiquiátricos institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico en el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

La muestra de 52 pacientes está compuesta por 35 hombres y 17 mujeres, divididos en dos grupos etarios, por propósito de investigación, como adulto joven a todos los menores de 60 años y adulto mayor quienes sobrepasan los 60 años.

### Objetivo 1.

- Conocer las variables clínicas de los pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres ingresadas en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio 2023 a septiembre del 2024

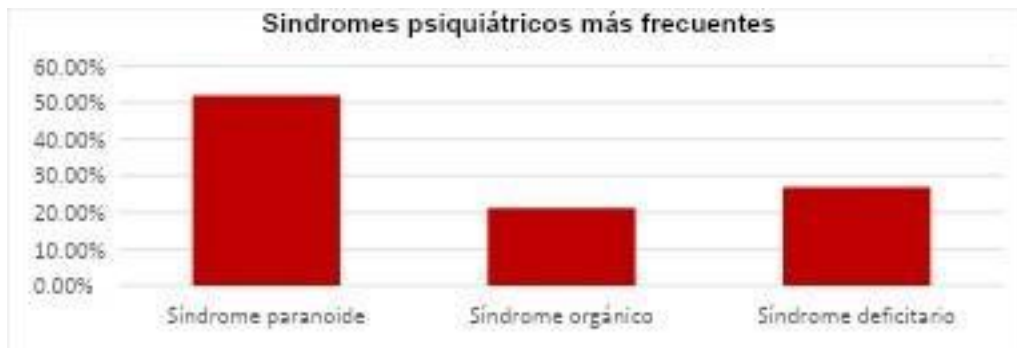
**Gráfico 1. Resultados de edad y sexo de los pacientes.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024

El mayor porcentaje de 68.75% pertenece a mujeres adultas menores de 60 años seguidos por hombres adultos menores de 60 años, de los adultos mayores de 60 años podemos observar que son en su mayoría hombres con 45.71% y mujeres con 31.25%

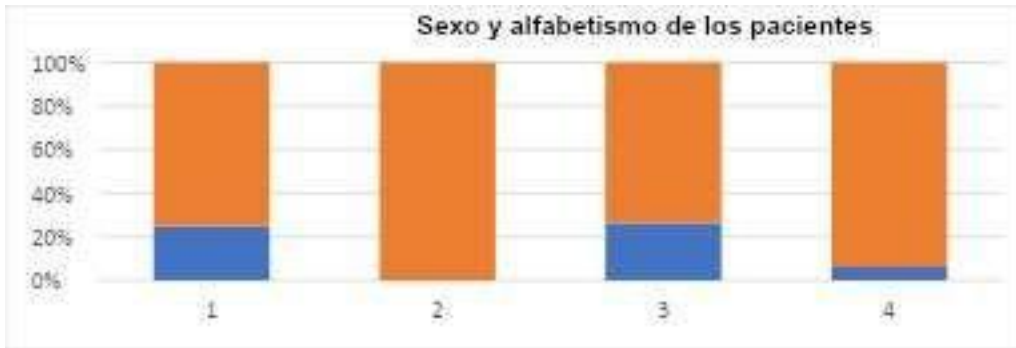
**Gráfico 2. Frecuencia de síndromes psiquiátricos en pacientes institucionalizados.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría "Dr. José Molina Martínez" durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024

Los síndromes psiquiátricos más frecuentes encontrados en la población de pacientes crónicos; son el síndrome paranoide (correspondiente típicamente a esquizofrenia paranoide) se observó en 51.92%, le siguieron en frecuencia el síndrome deficitario con el 26.9% y por último el síndrome orgánico con 21.15%.

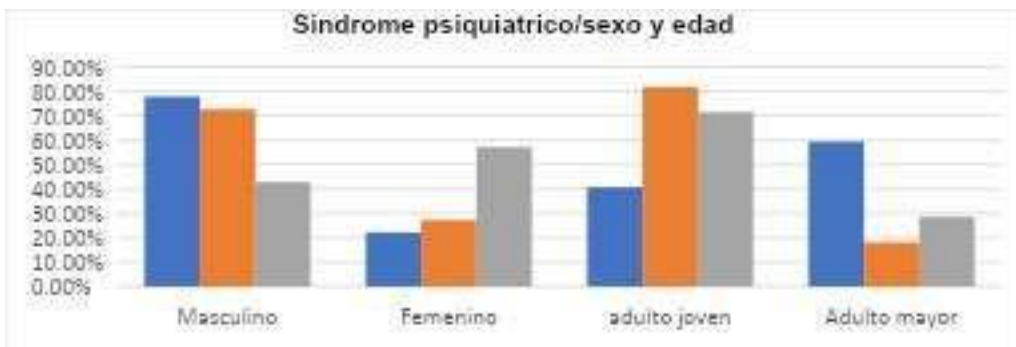
**Gráfico 3. Resultados de la frecuencia entre sexo y alfabetismo de los pacientes:**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Para la gráfica sobre sexo y alfabetismo de los pacientes tenemos que para el sexo femenino 9 mujeres adultas jóvenes fueron analfabetas y 3 alfabetas, para las mujeres adultas mayores 5 fueron analfabetas. De los hombres adultos jóvenes 14 son analfabetas y 5 son alfabetas, y para los adultos mayores 15 son analfabetas y 1 es alfabeto.

**Gráfico 4. Relación entre síndrome psiquiátrico, sexo y edad.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al establecer una comparación entre los síndromes psiquiátricos más frecuentes y la edad y sexo de los pacientes tenemos que para el síndrome paranoide el 77.78% fueron masculinos y 22.22% femeninos, de estos pacientes el 40.74% fueron adultos jóvenes y el 59.26% adultos mayores. Para los pacientes con síndrome deficitario el 72.73% fueron masculinos y el 27.27% fueron femeninos, de ellos el 81.82% fueron adultos jóvenes y el 18.18% adultos mayores. Para los pacientes con síndrome orgánico el 42.86% fueron masculinos y el 57.14% fueron femeninos, de estos el 71.43% fueron adultos jóvenes y el 28.57% adultos mayores.

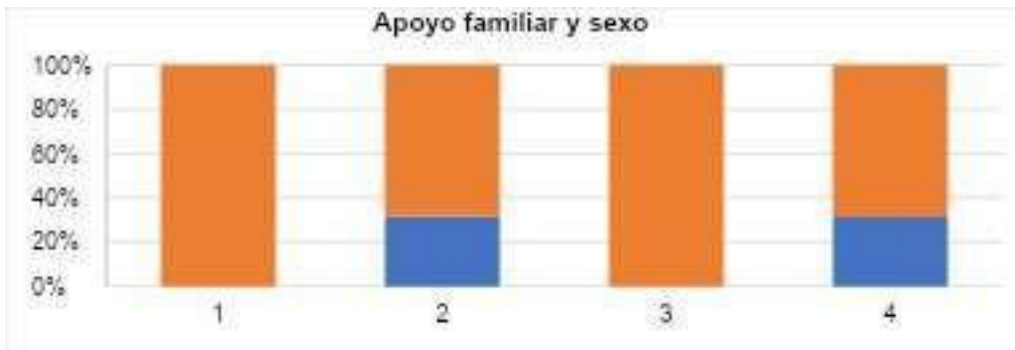
**Gráfico 5. Resultados de edad de los pacientes y enfermedades crónicas:**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Respecto a los pacientes sin enfermedades crónicas se encuentra que 72% son adultos jóvenes y 28% de ellos son adultos mayores, en cambio los pacientes con enfermedades crónicas 48.15% son adultos jóvenes. Entre los adultos mayores institucionalizados, el 51.85% tenía alguna enfermedad crónica Gráfico 6. Resultados del apoyo familiar según sexo y edad de los pacientes:

**Gráfico 6. Resultados del apoyo familiar según sexo y edad de los pacientes:**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Respecto a la frecuencia de apoyo familiar según sexo y edad para el grupo de adultos jóvenes, las mujeres 12, que corresponde al 100% un mal apoyo familiar, en cambio 13 hombres cuentan con mal apoyo y 6 con buen apoyo. Para el grupo de los adultos mayores, 5 mujeres que corresponde al 100% presentan mal apoyo familiar y de los hombres 11 con mal apoyo y 5 con buen apoyo familiar.

**Gráfico 7. Relación entre síndrome psiquiátrico y apoyo familiar**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al relacionar los síndromes psiquiátricos con el apoyo familiar podemos observar que los pacientes con síndromes paranoides tienen un 33.33% de apoyo familiar bueno y un 66.67% de apoyo familiar malo, en el síndrome orgánico un 9.09% cuentan con un apoyo familiar bueno y un 72.73% con un apoyo familiar malo.

Los pacientes con síndrome deficitario el 100% cuenta con un mal apoyo familiar.

**Gráfico 8. Relación entre síndrome psiquiátrico, sexo y edad**



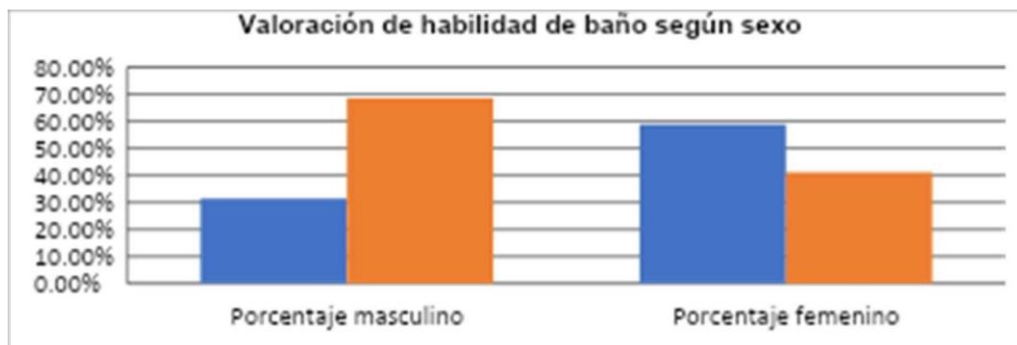
Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

La frecuencia entre síndrome psiquiátrico, sexo y edad tenemos que para el sexo femenino de las adultas jóvenes 6 presentaron un síndrome deficitario, 1 orgánico y 5 paranoide; de las mujeres adultas mayores 2 síndrome deficitario, 2 síndrome orgánico y 1 síndrome paranoide. Para el sexo masculino de los adultos jóvenes 8 con síndrome orgánico, 6 con síndrome paranoide y 5 síndrome deficitario, en cambio 15 adultos mayores presentan síndrome paranoide y 1 síndrome orgánico

**Objetivo 2.**

- Valorar la funcionabilidad de los pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombre y crónicos mujeres ingresadas en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el periodo de junio 2023 a septiembre del 2024

**Gráfico 9. Resultado de la valoración de las actividades diarias en el área de baño según el sexo de los pacientes utilizando la escala de funcionalidad de Katz.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Katz para la valoración de las actividades diarias de baño, en hombres se observa que un 69% es dependiente, es decir necesita asistencia para bañarse y el 31% es independiente, en relación a las mujeres el 41% es dependiente y el 58.8% es independiente.

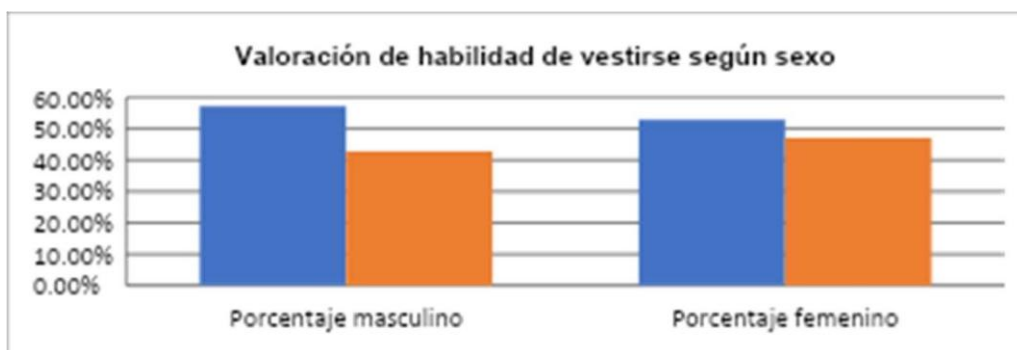
**Gráfico 10. Resultado de la valoración de las actividades diarias en el área de uso de sanitario según el sexo de los pacientes utilizando la escala de funcionalidad de Katz.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Katz para la valoración de las actividades diarias en el área de uso de sanitario según el sexo de los pacientes se puede ver que en ambos sexos predomina la independencia hombres con un 71.43% seguido de mujeres con un 52.94%, sin embargo, en mujeres se encuentra una cifra de 47.06% de dependencia en relación con los hombres con 28.57%

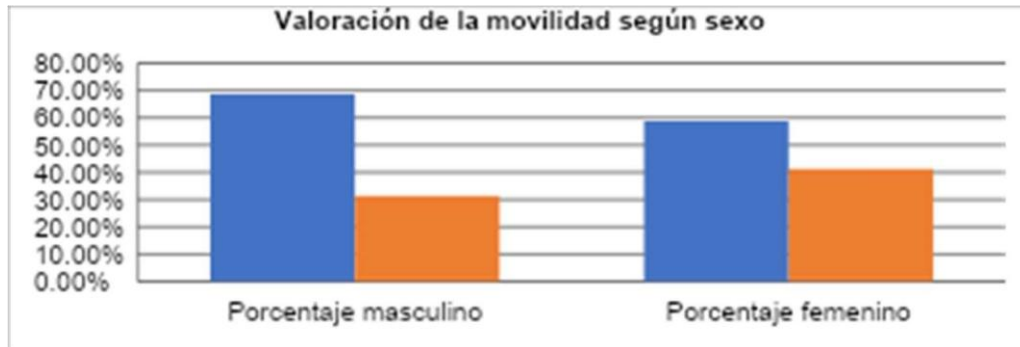
**Gráfico 11. Resultado de la valoración de las actividades diarias en el área vestido según el sexo de los pacientes utilizando la escala de funcionalidad de Katz**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Katz para la valoración de la habilidad de vestirse tanto hombres con un 57.14% como mujeres con un 52.94% son independientes a comparación de la dependencia en la acción de vestirse con cifras de 47.06% de mujeres como 42.86% de hombres.

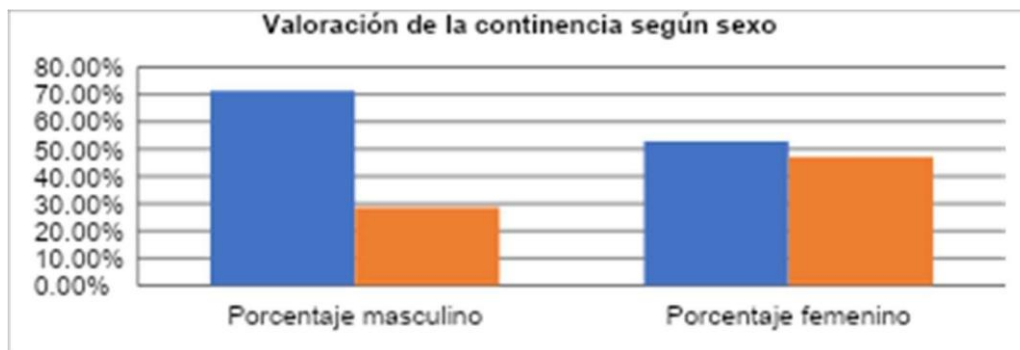
**Gráfico 12. Resultado de la valoración de las actividades diarias en el área de movilidad según el sexo de los pacientes utilizando la escala de funcionalidad de katz.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Katz para la valoración de la movilidad en el sexo masculino predomina una independencia de movimiento con un 68.57% a comparación de las mujeres con un porcentaje de 58.2%, hay más pacientes del sexo femeninos dependientes con un 41.18% frente a un 31.43 % masculino.

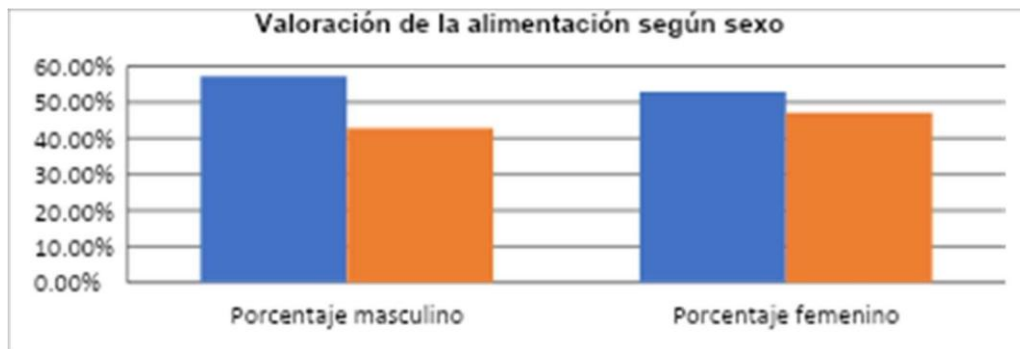
**Gráfico 13. Resultado de la valoración de las actividades diarias en el área de continencia según el sexo de los pacientes utilizando la escala de funcionalidad de Katz.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Katz para la valoración de la continencia se obtiene que el 71.43% de los hombres eran independiente y el 28.57% de los hombres es dependiente, en cambio el 52.94% de mujeres es independiente y el 47.06% dependiente.

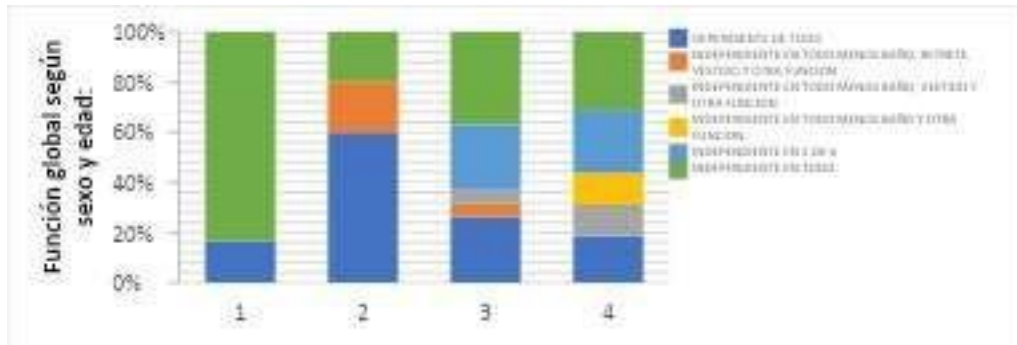
**Gráfico 14. Resultado de la valoración de las actividades diarias en el área de alimentación según el sexo de los pacientes utilizando la escala de funcionalidad de Katz.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Katz para la valoración de la actividad de alimentación las cifras entre hombres y mujeres no se evidencia una diferencia notable, tantos en hombres con un 57.14% como mujeres con un 52.94% independencia en las actividades de alimentación. Mujeres con un 47.06% que requieren asistencia a diferencia de un 42.86% de hombres con dependencia en actividades de alimentación.

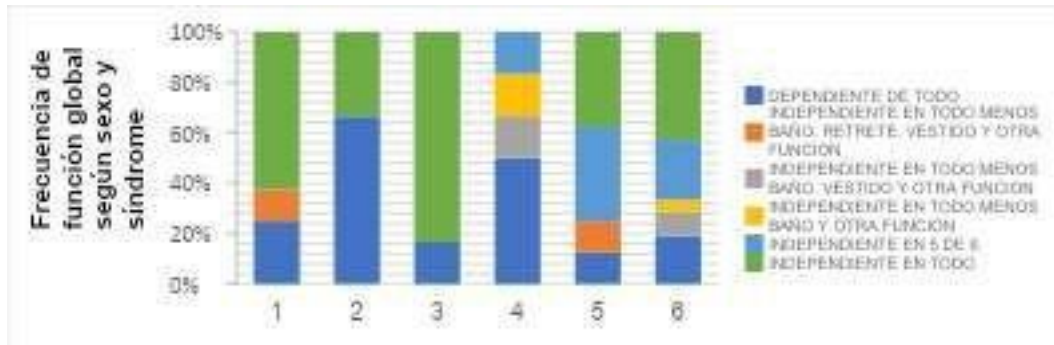
**Gráfico 15. Resultado de la valoración de la función global según sexo y la edad de los pacientes utilizando la escala de funcionabilidad de Katz.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al valorar el funcionamiento global respecto al sexo y edad de los pacientes, en las mujeres adultas jóvenes 10 fueron independientes en todo y 2 dependientes en todo, de las adultas mayores 1 fue independiente en todo, 1 independiente en todo menos baño, retrete, vestido y otra función y 3 fueron dependientes en todo. Para el sexo masculino los adultos jóvenes 7 fueron independientes en todo, 5 independientes en 5 de 6 actividades, 1 fue independiente en todo menos baño, retrete, vestido y otra función, 1 fue independiente en todo menos baño, retrete, vestido y otra función y 5 fueron dependientes de todo; de los hombres adultos mayores 6 fueron independientes en todo, 4 independientes en 5 de 6 actividades, 2 fueron independientes en todo menos baño y otra función, 2 fueron independientes en todo menos baño, retrete, vestido y otra función, y 3 fueron dependientes en todo.

**Gráfico 16. Resultado de la valoración de la función global según sexo y el síndrome de los pacientes utilizando la escala de funcionalidad de Katz**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al valorar el funcionamiento global respecto al sexo y síndrome de los pacientes, en las mujeres con síndrome deficitario 5 fueron independientes en todo, 1 fue independiente en todo menos baño, retrete, vestido y otra función y 2 fueron dependientes en todo, con síndrome orgánico 1 fue independiente en todo y 2 dependientes en todo y con síndrome paranoide 5 fueron independientes en todo y 1 dependiente en todo. Para los hombres con síndrome deficitario se observa 1 es independiente en 5 de 6 actividades, 1 es independiente en todo menos baño y otra función, 1 es independiente en todo menos baño, vestido y otra función y 3 son dependientes en todo; de los pacientes con síndrome orgánico podemos ver 3 independientes en todo, 3 son independientes en 5 de 6 actividades, uno de ellos es independiente en todo menos baño, retrete, vestido y otra función y uno es dependiente de todo. Para los hombres con Síndrome paranoide tenemos a 9 independientes de todo, 5 son independientes en 5 de 6 actividades, 1 es independiente en todo menos baño y otra función; 2 son independientes en todo menos baño, vestido y otra función y 4 de ellos son dependientes en todo. Menos baño y otra función, 2 fueron independientes en todo menos baño, vestido y otra función, y 3 fueron dependientes en todo.

### Objetivo 3:

- Identificar las alteraciones cognitivas en los pacientes institucionalizados en los servicios de crónicos hombres y crónicos mujeres ingresadas en el Hospital Nacional psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez “en el periodo de junio 2023 a septiembre del 2024

**Gráfico 17. Resultado de la valoración de la función visuoespacial/ejecutiva según el sexo de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Montreal para evaluar la función visuoespacial/ejecutiva se obtiene que un 60% de hombres no fue capaz de realizar ningún ejercicio seguido de las mujeres con un 58.82% ,hay un mismo dato entre hombres con un 14.29% y mujeres con un 5.88% en obtener entre uno y dos puntos, el 8.57% de los hombres y el 17.65% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 3, el 0% de los hombres y el 11.76% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 4 y solo el 2.86% de hombres y 0% de mujeres logro obtener 5 puntos.

**Gráfico 18. Resultado de la valoración de la función de identificación según el sexo de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Montreal para evaluar la función de la identificación se obtiene que el 80% de los hombres no fue capaz de lograr identificar a comparación de las mujeres con un 64.71% de no reconocer ninguna figura, para reconocer una de las 3 figuras se obtuvo para los hombres el 14.29% y mujeres el 35.29%. Un 2.86% de los hombres y el 0% de las mujeres lograron identificar dos figuras y el 2.86% de los hombres y el 0% de las mujeres identificaron las 3 figuras.

**Gráfico 19. Resultado de la valoración de la función de memoria/recuerdo diferido según el sexo de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Montreal para realizar la evaluación de memoria y recuerdo diferido se obtiene que el 100% de mujeres y el 94.29% hombres no fueron capaz de acordarse de las palabras. El 2.86% de hombres obtuvo entre 1 y 2 puntos caso contrario en mujeres con un 0.00%.

**Gráfico 20. Resultado de la valoración de la función de atención según el sexo de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Montreal para evaluar la función de la atención, se obtiene en el sexo masculino un 82.86% no logro obtener puntos, el sexo femenino con un 70.59% no obtuvo puntos; solo el 17.65% de mujeres lograron obtener un punto y los hombres un 14.29%; y solo el 2.86% de hombres obtuvo la totalidad de los puntos

**Gráfico 21. Resultado de la valoración de la función del lenguaje según el sexo de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Montreal para la valoración de la función del lenguaje el 52.94% de mujeres presento dificultad en el lenguaje seguido de un 45.71% de hombres, el 22.86% de hombres y el 11.76% de mujeres obtuvieron un punto, y el 28.57% de hombres y 35.29% de mujeres obtuvieron 2 puntos, y solo el 2.86% de los hombres logro obtener la totalidad de los 3 puntos.

**Gráfico 22. Resultado de la valoración de la función de la abstracción según el sexo de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Montreal para la valoración de la función de abstracción; se obtuvo que un 88.57% de hombres con una dificultad para la abstracción seguido de un 88.24% de mujeres, solo el 11.43% de hombres obtuvo un punto seguido de un 11.76% de mujeres

**Gráfico 23. Resultado de la valoración de la función de la orientación según el sexo de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al utilizar la escala de Montreal para evaluar la orientación se obtiene que un 71.43% de hombres y un 64.71% de mujeres se encuentran desorientados de manera global. Un 5.71%

de hombres y un 5.88% de mujeres se encuentra orientado en uno de las 6 áreas evaluadas, un 14.29% de hombres y un 17.65% de mujeres se encuentran orientados en 2 de las 6 áreas evaluadas; un 2.86% de hombres y un 5.88% de mujeres se encontraba orientado en 3 de las 6 áreas evaluadas y un 5.71% de hombres junto al 5.88% de mujeres obtuvieron los 6 puntos de orientación.

**Gráfico 24 Resultado de la valoración de la función cognitiva global según la edad de los pacientes utilizando la escala de evaluación cognitiva de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al utilizar la escala de Montreal la puntuación total media fue muy baja. La mediana en el grupo de adultos jóvenes estuvo en 1 punto sobre 30, y en adultos mayores también en 1 punto. El 45.16% de los pacientes adultos jóvenes obtuvo únicamente un punto, al igual que el 52.38% de los adultos mayores, lo que indica un deterioro cognitivo mayor severo en aproximadamente la mitad de los pacientes de cada grupo etario. El 70.97% de los adultos jóvenes y el 80.95% de los adultos mayores tenían un trastorno neurocognitivo mayor (moderado a severo). específicamente un 25.8% de los jóvenes y un 28.6% de los mayores puntuaron entre 2 y 6 (rango que podría corresponder a deterioro cognitivo mayor moderado), mientras un 19.4% de los jóvenes y un 14.3% de los mayores obtuvieron puntajes entre 7 y

12 (sugerentes de deterioro cognitivo mayor leve). Solo un paciente de los 52 (1.9%) obtuvo un puntaje dentro del rango normal (mayor de 26 puntos)

Al usar la escala de Montreal para valorar la función cognitiva global podemos ver que el 45.16% de adulto joven y el 52.3% de adulto mayor presento únicamente un punto en la escala dando como resultado un deterioro cognitivo mayor severo., la suma de los puntajes del 2 al 6 en adultos jóvenes es un total de 25.81% el cual corresponde a un trastorno neurocognitivo mayor moderado y en adulto mayor corresponde la suma a un 28.56% , la suma de los puntajes del 7 al 12 en adulto joven corresponde a un 19.37% y en el adulto mayor a un 14.28 lo que corresponde a un trastorno neurocognitivo mayor leve únicamente el 4.76% de adulto joven obtuvo una puntuación de 26 lo que se clasifica como normal.

**Gráfico 25. Resultado de la relación entre función cognitiva global comparada con el síndrome psiquiátrico que presentan los pacientes**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al usar la escala de Montreal para valorar la relación de los síndromes psiquiátricos y el deterioro cognitivo podemos ver que de los pacientes con síndrome paranoide un 29.6% obtuvo un punto, un 3.7% obtuvo dos, un 11.1 obtuvo 3, un 7.41 obtuvo 4, 5 y 8 respectivamente, un 11.1 % obtuvo 9 puntos, un 7.41% obtuvo 10 puntos, un 3.7% obtuvo 15 puntos y un 3.7% obtuvo 26 puntos catalogando solo a un 3.7% de pacientes con síndrome paranoide con función cognitiva normal. Para los pacientes con síndrome orgánico un 63.6%

obtuvo un punto, un 9.09% obtuvo 3 puntos, un 9.09% obtuvo 6 puntos, un 9.09% obtuvo 13 puntos y un 9.09% obtuvo 15 puntos, ninguno con función cognitiva normal. Para el síndrome deficitario un 71.4% obtuvo 1 punto, un 14.2% obtuvo 2 puntos, 7.14% obtuvo 7 puntos y un 7.14% obtuvo 9 puntos, ninguno con función cognitiva normal.

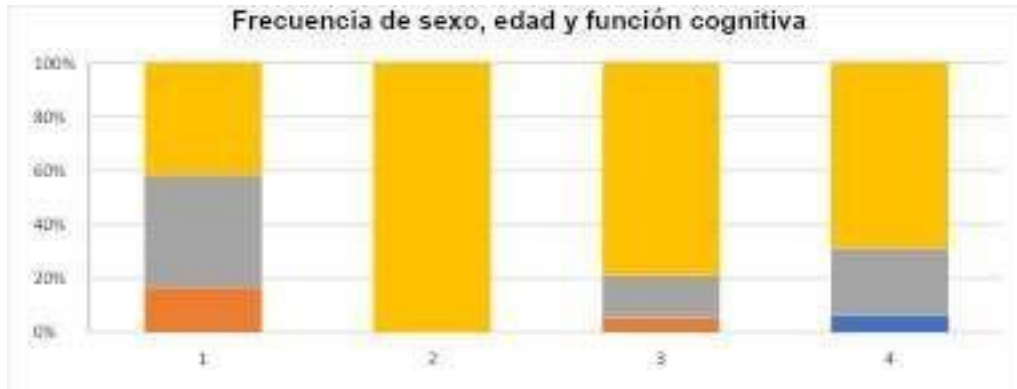
**Gráfico 26. Resultado de la relación entre grado académico y función cognitiva utilizando la escala de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024

Al usar la escala de Montreal para valorar la función cognitiva en relación al grado académico de los pacientes podemos ver que en los pacientes alfabetos el 22.2% obtuvo un punto, el 11.1% dos puntos, 22.2% obtuvieron 5 puntos, 11.1% obtuvo 6 puntos, 11.1% obtuvo 10 puntos y un 22.2% obtuvo 15 puntos; ninguno de los pacientes tuvo resultados satisfactorios para catalogarse con una función cognitiva normal. De las pacientes analfabetas el 53.4% obtuvo 1 punto, 4.65% obtuvo 2 puntos, 9.3% obtuvo 3 puntos, 4.65% obtuvieron 4 y 6 puntos respectivamente, 2.35% de los pacientes obtuvieron 7 puntos, 4.65% obtuvo 8 puntos, 9.30% tuvo 9 puntos, un 2.33% obtuvo 10 y 13 puntos respectivamente y un 2.33% obtuvo 26 puntos, siendo el grupo donde se observó un porcentaje con función cognitiva conservada.

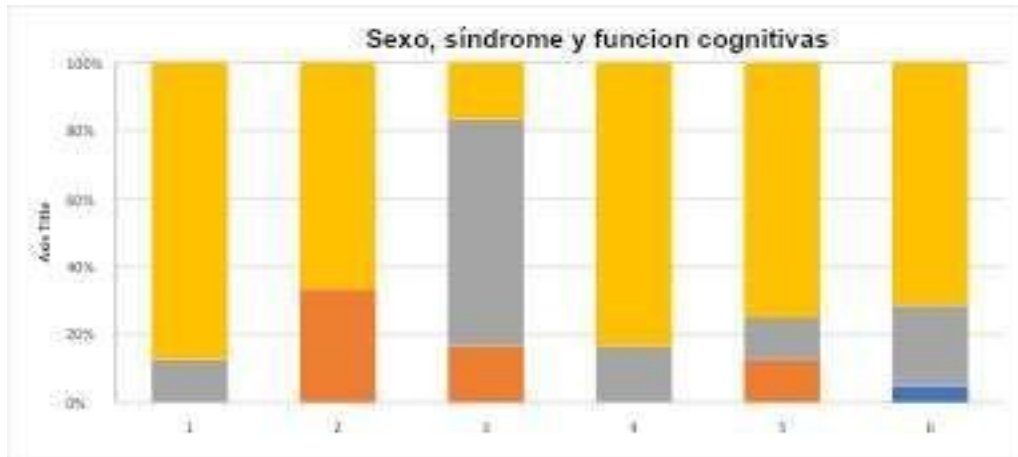
**Gráfico 27. Resultado de la relación entre sexo edad y función cognitiva utilizando la escala de Montreal.**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

A la hora de valorar la frecuencia de la función cognitiva según la edad y el sexo utilizando la escala de Montreal se observa que para el sexo femenino adultas jóvenes, 5 con deterioro severo, 5 con deterioro moderado, dos con deterioro leve; de las adultas mayores 5 presentaron deterioro severo. Para el sexo masculino los adultos jóvenes presentaron 15 deterioro severo, 3 moderado, 1 leve; para los adultos mayores 11 con deterioro severo, 4 moderado y 1 con función cognitiva normal

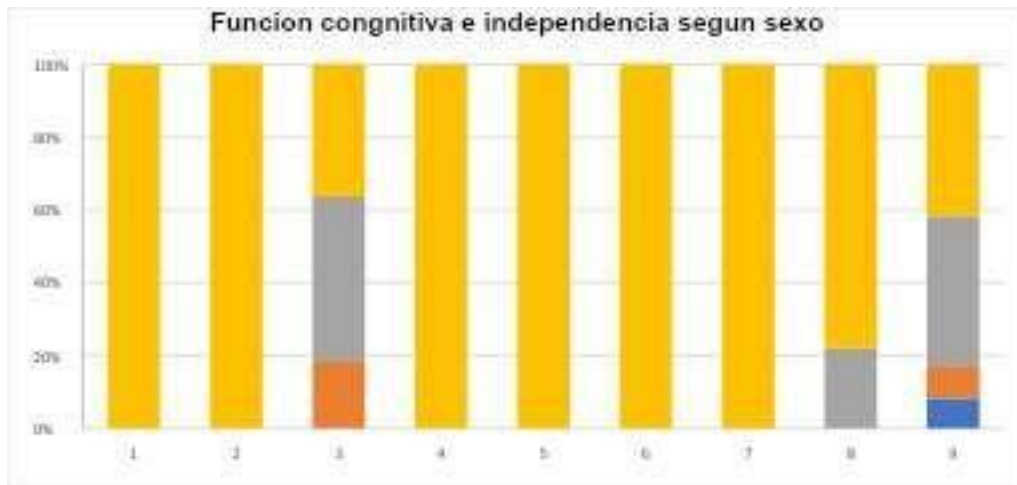
**Gráfico 28. Resultado de la relación entre sexo, síndrome psiquiátrico y función cognitiva utilizando la escala de Montreal**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al evaluar la función cognitiva según el sexo y el síndrome psiquiátrico que presentan los pacientes podemos ver en el sexo femenino con síndrome deficitario en 7 un deterioro severo y una con deterioro moderado; en el síndrome orgánico a dos con deterioro severo y una con deterioro leve y para el síndrome paranoide una paciente con deterioro severo, 4 moderado, 1 con deterioro leve. Para el sexo masculino con síndrome deficitario tenemos a 5 con deterioro severo y a uno con deterioro moderado; en el síndrome orgánico a 6 con deterioro severo, 1 moderado y 1 leve; síndrome paranoide tenemos a 15 con deterioro severo, 5 moderado y uno con función cognitiva normal.

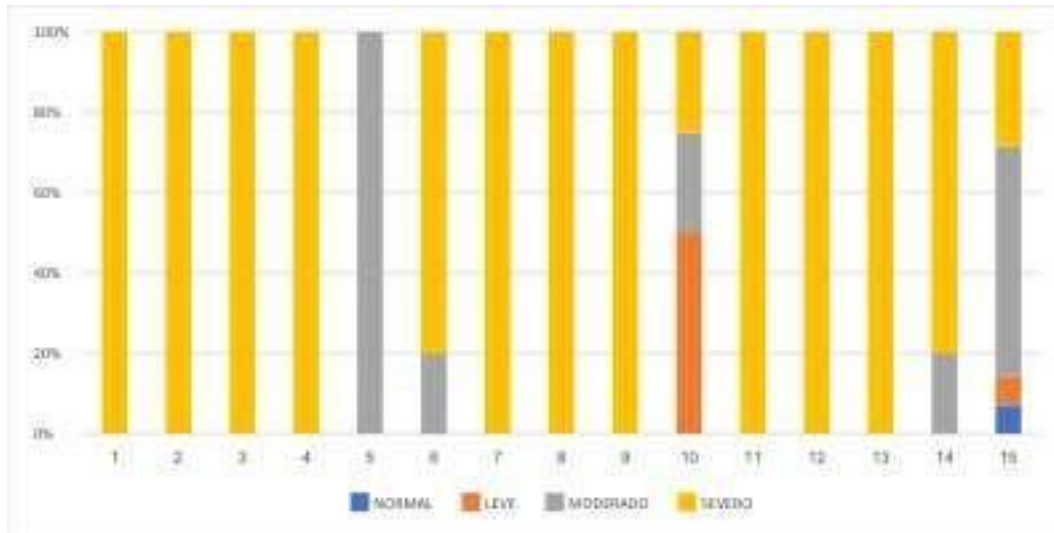
**Gráfico 29. Resultado de la relación entre sexo función cognitiva e índice de Katz**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al evaluar la función cognitiva e independencia según el sexo se observa que en el sexo femenino de las pacientes dependientes de todo 5 mostraron deterioro cognitivo severo, de las pacientes independientes de todo menos baño, retrete, vestido y otra función 1 presento deterioro cognitivo severo, de las mujeres independientes de todo 4 presentaron deterioro cognitivo severo, 5 moderado y 3 leve. Para el sexo masculino los pacientes dependientes de todo 8 presentaron deterioro cognitivo severo, de los independientes en todo menos baño, retrete, vestido y otra función 1 presento deterior severo, de los independientes en todo menos baño, vestido y otra función 3 presentaron deterioro cognitivo severo, de los independientes de todo menos baño y otra función dos presentaron deterioro cognitivo severo, de los pacientes independientes en 5 de 6 actividades 7 presentaron deterioro cognitivo severo y 2 moderado; y para los pacientes masculinos independientes en todo 5 presentaron deterioro cognitivo severo, 5 moderado, 1 leve y uno con funciones cognitivas normales.

**Gráfico 30. Resultado de la relación entre síndrome psiquiátrico, función cognitiva utilizando la escala de MoCA e índice de Katz**



Fuente: instrumento de recolección de datos a pacientes de los servicios de crónicos hombres y mujeres del Hospital Nacional General y de psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” durante el periodo de junio del año 2023 a septiembre del 2024.

Al evaluar el síndrome psiquiátrico respecto a la función cognitiva e independencia se obtiene que en el síndrome deficitario los pacientes dependientes de todo son 5 y estos presentan deterioro cognitivo severo, independientes en todo menos baño, retrete, vestido y otra función, 1 presenta deterioro cognitivo severo, independiente en todo menos baño, vestido y otra función 1 presenta deterioro cognitivo severo, independiente en 5 de 6 funciones 1 presenta deterioro cognitivo moderado y de los independientes en todo 4 presentan deterioro cognitivo severo y 1 moderado.

Para el síndrome orgánico 3 pacientes dependientes en todo presentan deterioro cognitivo severo, independientes en todo menos baño, retrete, vestido y otra función 1 presenta deterioro cognitivo severo, independiente en 5 de 6 actividades 3 presentan deterioro cognitivo severo, de los independientes en todo 1 presenta deterioro cognitivo severo, 1 moderado y 2 leve. Para los pacientes con síndrome paranoide dependientes en todo 5 presentan deterioro cognitivo severo, de los independientes en todo menos baño, vestido y otra función 2 presentan deterioro cognitivo severo, independientes de todo menos baño y otra función 1 presenta deterioro cognitivo severo, independientes en 5 de 6 actividades 4

presentan deterioro cognitivo severo y uno moderado y para los pacientes independientes de todo con síndrome paranoide 4 presentan deterioro cognitivo severo, 8 moderado, 1 leve y 1 con función cognitiva normal.

## **10. Discusión.**

En el presente estudio se optó por reportar tanto las frecuencias absolutas con los porcentajes relativos de las variables analizadas con el propósito de mostrar por una parte el número total de participantes que presentan una característica clínica determinada (con las frecuencias absolutas) y por otra parte contextualizar datos en función del tamaño del grupo para comparar a una población con diferente número de integrantes (porcentajes relativos). Este uso combinado pretende proporcionar una visión más completa e interpretativamente solida de los resultados obtenidos.

La población de pacientes psiquiátricos institucionalizados en El Salvador se concentra casi exclusivamente en el Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, dado el carácter único de esta institución en el país. En nuestra muestra evaluada, se observó un perfil sociodemográfico predominante: pacientes hombres, relativamente jóvenes (mayoría menores de 60 años), con diagnóstico de síndrome paranoide, y con muy bajo nivel educativo (analfabetismo). Este perfil coincide con la impresión clínica de que muchos pacientes institucionalizados de larga data son individuos que desarrollaron una psicosis crónica en edad adulta joven, fueron abandonados o carecieron de apoyo, y terminaron residiendo en el hospital por décadas(35) Llama la atención que todas las mujeres internadas carecían de soporte familiar, lo que sugiere que la institucionalización femenina está fuertemente vinculada al abandono social, más aún que en el caso masculino (donde no obstante también es elevado el abandono, 71%). Esta diferencia de género podría deberse a estigmas o dinámicas familiares particulares: quizás las mujeres con enfermedad mental crónica, al no cumplir roles tradicionales de cuidado, son más propensas a ser abandonadas en la institución. (36)

En cuanto a diagnósticos, la alta prevalencia del síndrome paranoide (52%) refleja que la esquizofrenia (y trastornos psicóticos afines) es la principal causa de institucionalización prolongada en nuestro medio. Contrasta con reportes de otros países donde una proporción importante de internamientos de larga estancia corresponde a personas con discapacidad

intelectual severa sin red de apoyo (33). Por otro lado, un cuarto de los pacientes tenía síndrome deficitario. Este grupo es relevante pues sugiere pacientes crónicos apáticos que permanecen internados tal vez más por inercia institucional que por síntomas psicóticos activos. El resto (21%) eran síndrome orgánico, es decir, personas con un daño cerebral crónico evidenciable por estudios de gabinete que terminan en el hospital psiquiátrico, lo cual evidencia la falta de centros especializados en trastornos orgánicos con déficit funcional y cognitivo o de cuidados geriátricos prolongados en el sistema general.

El hallazgo de que la gran mayoría de pacientes son analfabetos (83%) es indicativo de las condiciones socioculturales de esta población. Probablemente muchos provienen de entornos rurales o de extrema pobreza donde no accedieron a educación, lo que a su vez puede haber influido en su desenlace (menor conocimiento de la familia para manejar la enfermedad, menor acceso al sistema de salud temprano, etc.). Además, el analfabetismo en sí se asocia a menor reserva cognitiva, lo que podría agravar el impacto de la institucionalización en la función cognitiva (esto podría ser un factor contribuyente al deterioro cognitivo masivo que encontramos). En estudios internacionales se ha señalado que la escolaridad baja es común en pacientes institucionalizados de larga estancia, lo que concuerda con nuestros resultados. (33)

Un aspecto crítico es la ausencia de apoyo familiar en la mayoría de estos pacientes, especialmente en mujeres (100%). Esto demuestra que la institucionalización psiquiátrica prolongada en nuestro medio está íntimamente ligada al abandono familiar. Muchas de estas personas permanecen en el hospital no porque requieran cuidados médicos intensivos permanentes, sino porque no tienen un hogar adónde ir o alguien que se responsabilice de ellos. La falta de un entorno familiar dificulta cualquier intento de reinserción en la comunidad y además puede influir en la motivación y recuperación del paciente la ausencia de visitas o de expectativa de alta posiblemente contribuya a la apatía y al “aprendizaje de indefensión” del institucionalizado. Nuestros hallazgos refuerzan la importancia de trabajar en la sensibilización y educación familiar, así como en la construcción de redes de apoyo alternas (por ejemplo, programas de tutela social) para evitar que los pacientes queden relegados a la institución de por vida. La literatura indica que el soporte social deficiente se asocia con peor evolución funcional en trastornos mentales severos, lo cual es consistente con que nuestros pacientes más desamparados (mujeres sin familia) presentaran también mayor dependencia funcional. (37)

En términos de funcionalidad física, se utilizó la escala de Katz para medir la independencia de los pacientes, este estudio documenta objetivamente un marcado deterioro en los pacientes institucionalizados. Todos presentaron alguna dependencia, lo que era esperable dado el contexto de cronicidad y edad avanzada de parte de la muestra. Sin embargo, se observaron diferencias sistemáticas: las mujeres institucionalizadas fueron más dependientes que los hombres en casi todas las actividades evaluadas. Específicamente, las mujeres tuvieron índices de dependencia más altos en vestuario, uso de sanitario, movilidad, continencia y alimentación. La única excepción fue la actividad de bañarse, donde las mujeres mostraron mayor independencia que los hombres. Esto podría relacionarse con cuestiones culturales, las mujeres pueden mantener ciertos hábitos de aseo personal a pesar del entorno, o con que los hombres institucionalizados quizá presentan más barreras físicas para el baño, por ejemplo, más frecuentes secuelas de accidentes u otra comorbilidad. Por otro lado, en actividades como continencia y uso del retrete, la dependencia fue marcada en mujeres (cerca de la mitad con incontinencia), posiblemente reflejando mayor prevalencia de incontinencia urinaria en las mujeres mayores y también menos asistencia (p.ej. pañales adecuados, etc.). A la hora de realizar un análisis con valores absolutos utilizando frecuencias podemos observar que las mujeres adultas jóvenes son el grupo con mayor independencia total (83.3%) sin niveles intermedios de dependencia, en cambio los adultos jóvenes masculinos tienen mayor dispersión funcional y solo el 36.8% presentan independencia total. Al comparar el grupo de adultos mayores los hombres son más funcionales que las mujeres, con solo 18.75 % dependientes totales, dejando al sexo femenino de adultas mayores como el grupo más vulnerable.

En general, nuestros hallazgos de género concuerdan con estudios previos: por ejemplo, un estudio chileno reportó que a mayor edad existe deterioro funcional significativo, sobre todo en mujeres, tal como vimos en nuestro hospital (28). Esto sugiere que las pacientes psiquiátricas institucionalizadas de edad avanzada son doblemente vulnerables, por su condición mental y por factores asociados al género y envejecimiento (fragilidad física, osteoporosis, etc. que dificultan su movilidad y autocuidado).

La diferencia funcional por síndrome psiquiátrico es también digna de mención. Encontramos que los pacientes con síndrome paranoide mantienen mejores niveles funcionales, en especial las mujeres. Por el contrario, el grupo femenino con diagnóstico

orgánico presenta el mayor deterioro, con 40% de dependencia total y solo 20% de independencia completa. Esto sugiere que los cuadros orgánicos afectan en mayor medida las capacidades para la vida diaria.

Finalmente, se observa una heterogeneidad funcional entre los hombres con diagnóstico deficitario, distribuidos en todos los niveles de autonomía, lo que podría reflejar la variabilidad clínica del síndrome.

El síndrome paranoide presenta mejores niveles de funcionalidad, particularmente en mujeres, por tanto, este síndrome podría no comprometer de manera significativa la funcionalidad básica, en cambio en el síndrome deficitario es el asociado a mayor dependencia, particularmente en hombres donde se ve una pérdida significativa de la autonomía funcional. Al incluir un patrón intermedio se cataloga al síndrome orgánico donde se presentan niveles de independencia medios, en nuestro estudio el síndrome orgánico impacta más severamente la funcionalidad en mujeres que en hombres.

Esto indica que las intervenciones de rehabilitación deben adaptarse: por ejemplo, pacientes con síndrome deficitario crónicos podrían beneficiarse de terapia ocupacional enfocada en recuperar su funcionabilidad en actividades básicas de la vida cotidiana, dada su alta tasa de dependencia.

El deterioro cognitivo profundo observado en prácticamente todos los pacientes es uno de los hallazgos centrales de este estudio. Los puntajes MoCA registrados situarían a la mayoría en rangos equivalentes a deterioro cognitivo severo. Es importante notar que no todos estos pacientes tendrían un diagnóstico formal de demencia orgánica; muchos tienen esquizofrenia crónica con deterioro cognitivo asociado. La institucionalización prolongada sin estimulación cognitiva adecuada probablemente ha contribuido a agravar ese deterioro. Estudios en otros países han mostrado que pacientes institucionalizados de larga estancia presentan declive cognitivo en áreas ejecutivas y de memoria. Por ejemplo, un estudio cubano reportó disminución de flexibilidad mental y fluidez en pacientes internados, similar a la rigidez cognitiva y pobreza de pensamiento que vemos en nuestros resultados (38). Asimismo, nuestros datos de que los pacientes de mayor edad tenían puntajes globales algo inferiores concuerdan con la expectativa de edad como factor de riesgo de deterioro cognitivo (ej. en Chile encontraron peor cognición con mayor edad). Sin embargo, incluso los más jóvenes

exhibieron un deterioro sorprendente, lo que señala que no es solo la edad biológica sino la “edad institucional” y la enfermedad psiquiátrica las que pesan. (28)

En dominios específicos, la memoria fue prácticamente inexistente en todos. Esto sugiere daños severos en lóbulos temporales/hipocampo funcional, pero en esquizofrenia crónica también puede influir la falta de estrategias de codificación o la poca atención prestada. La función ejecutiva alterada (no poder trazar un reloj, etc.) refleja compromiso frontal, ya sea por el trastorno mental de base o por desuso. La casi nula capacidad de abstracción indica pensamiento concreto marcado; en pacientes con esquizofrenia es común la incapacidad para el pensamiento abstracto, exacerbada por la institucionalización. (39)

Un punto a subrayar: solo un paciente obtuvo un MoCA normal. Este individuo constituye la excepción que confirma la regla: podría tratarse de alguien cuya institucionalización fue más reciente o que a pesar de estar en el hospital conserva un alto nivel intelectual, tal vez un caso de ingreso prolongado por razones sociales más que cognitivas. Este caso nos muestra que no es inevitable perder la cognición en el hospital, pero ciertamente es lo prevalente. Ningún otro paciente joven logró un nivel normal, lo que refuerza la idea de que el entorno de institucionalización y la enfermedad crónica han llevado a la gran mayoría a un estado de deterioro cognitivo global severo.

Estos resultados cognitivos y funcionales concuerdan con la bibliografía en el sentido de que la institucionalización prolongada se asocia a disminución de funciones cognitivas y capacidad de desempeño cotidiano. Por ejemplo, en un estudio ecuatoriano mencionado, hallaron deterioro cognitivo y dependencia leve en las actividades básicas de la vida diaria, pero mucha necesidad en actividades instrumentales de la vida diaria (40). En nuestro caso, las actividades de la vida cotidiana mismas ya están muy afectadas, lo que sugiere que los pacientes sobrepasan incluso la categoría de “dependencia leve”: la mayoría son dependientes moderados a totales.

La hipótesis explicativa de estos hallazgos combina factores intrínsecos y extrínsecos. Intrínsecamente, los trastornos psiquiátricos severos (esquizofrenia, demencia) con el paso de años conllevan deterioro cognitivo progresivo. A esto se suman posibles efectos adversos de tratamientos, por ejemplo, antipsicóticos de primera generación en altas dosis pueden inducir síndrome extrapiramidal, enlentecimiento psicomotor y cognitivo. Extrínsecamente, la vida en la institución con baja estimulación mental, escasas demandas funcionales (pues el personal

realiza muchas tareas por el paciente), rutina monótona y aislamiento social, conduce al desuso de habilidades, a una especie de regresión en la que el paciente adopta un rol pasivo y dependiente. Estudios cualitativos refieren que los pacientes internados desarrollan una identidad institucional, con pérdida de iniciativa (4). Esto se refleja en nuestros hallazgos: la pasividad y dependencia aprendidas podrían explicar por qué incluso pacientes relativamente jóvenes no realizan actividades en las que tal vez, con entrenamiento, podrían ser independientes.

Otro factor es la fragilidad física producto de años de inactividad y cuidados asistencialistas. La inmovilidad prolongada en salas crónicas puede ocasionar pérdida de masa muscular, coordinación y equilibrio, aumentando la dependencia en movilidad y el riesgo de incontinencia, etc. Además, la desnutrición o cuidados médicos subóptimos pueden agravar el estado general. (24)

Los hallazgos de este estudio reafirman la necesidad de implementar intervenciones de rehabilitación en pacientes institucionalizados. Por ejemplo, programas de terapia ocupacional y ejercicio que mantengan o mejoren la independencia de los mismos (reentrenamiento en baño, vestido, etc.), talleres de estimulación cognitiva (memoria, orientación, actividades lúdicas) y actividades recreativas podrían, si no revertir, al menos ralentizar el deterioro funcional y cognitivo. Algunos esfuerzos internacionales han mostrado beneficios: en Chile, por ejemplo, se pilotó un programa de reminiscencia en adultos mayores institucionalizados con cierta mejoría en estado de ánimo y participación (41). En nuestro medio, es imperativo explorar iniciativas similares.

Nuestros resultados también tienen implicaciones en política sanitaria. El hecho de que solo 1 de 52 pacientes pueda considerarse cognitivamente intacto sugiere que mantener a las personas en instituciones psiquiátricas por años equivale, en muchos casos, a condenarlas a un deterioro profundo. Esto plantea una urgencia de fortalecer la red de cuidados comunitarios: casas de medio camino, centros de día, programas domiciliarios de atención en salud mental, etc., tal como lo preconiza la Ley de Salud Mental 2017 (34) y la Declaración de Caracas (14). Mientras los pacientes permanezcan enclaustrados sin estimulación ni integración, sus capacidades seguirán mermando y serán cada vez menos capaces de reintegrarse. En cierto modo, nuestros hallazgos cuantitativos proveen evidencia local para abogar ante las autoridades: la institucionalización prolongada está asociada a resultados

funcionales y cognitivos muy pobres, por lo que debe evitarse en lo posible, sustituyéndola por alternativas de atención continua más humanas y efectivas.

También es importante destacar que ningún estudio nacional previo había medido estas variables, por lo que nuestro trabajo llena un vacío de conocimiento. Estos datos pueden servir como línea base para futuras intervenciones, si tras implementar un programa de rehabilitación se repite la evaluación Katz/MoCA y se observa mejoría, se tendría evidencia del impacto de dichas intervenciones.

En resumen, la discusión de nuestros hallazgos señala que los pacientes psiquiátricos institucionalizados en El Salvador enfrentan un serio doble deterioro (físico y cognitivo) atribuible a la combinación de enfermedad mental crónica y vida institucional. Este deterioro es mayor en mujeres (funcionalmente) y homogéneamente severo en lo cognitivo en ambos sexos. La falta de apoyo familiar figura como un factor central en su destino. Coincidiendo con la bibliografía consultada, confirmamos que los pacientes institucionalizados suelen adoptar un rol pasivo y dependiente, requiriendo modelos asistenciales que van más allá de la custodia: necesitan programas de rehabilitación psicosocial intensivos y estrategias de desinstitucionalización seguras para mejorar su calidad de vida. Asimismo, se evidenció que algunos subgrupos (p. ej., pacientes deficitarios) tienen reservas funcionales aprovechables que podrían potenciarse para lograr reinserción si recibieran la oportunidad

## **11. Conclusiones**

Para este estudio se puede concluir que el perfil socio demográfico encontrado con mayor frecuencia fue: hombres, adultos jóvenes, con síndrome paranoide, analfabetas. La mayor frecuencia de afectación corresponde al rango de edad de adulto joven que comprende de los 18 a los 60 años de edad y la totalidad de la población femenina cuenta con un mal apoyo familiar.

Al valorar la independencia utilizando la escala de Katz se observó que las mujeres adultas jóvenes tienen una mayor independencia total sin necesidad de asistencia y de manera general sobre el resto de los grupos, sin embargo, entre los adultos mayores los hombres tienen una mayor independencia total respecto a las mujeres adultas.

Al realizar una valoración sindrómica y la independencia de los pacientes se puede concluir que es el síndrome paranoide, especialmente las mujeres, es en el que hay una mejor independencia total con mayor frecuencia y es el síndrome deficitario en el que se observa mayor dependencia en hombres, y el síndrome orgánico mayor dependencia en mujeres.

Al usar la escala de valoración cognitiva de Montreal se identificó que casi la mitad de pacientes adultos jóvenes y mayores tienen un deterioro cognitivo severo en todas las áreas evaluadas, ningún adulto joven logro cumplir el puntaje esperado de 26 y solo del 4.76% de los adultos mayores lograron la tarea dando como resultado que de la totalidad de los pacientes institucionalizados solo un 4.76% conserva sus funciones cognitivas integrales.

## **12. Recomendaciones**

Promover el apego a la ley de salud mental de El Salvador creada en el 2017 además de cumplir con las recomendaciones realizadas por la OMS en la declaración de caracas y sus posteriores actualizaciones a través de reuniones entre las autoridades competentes, para evitar la institucionalización en los pacientes debido a las consecuencias de la misma, además de fortalecer los servicios de atención primaria y hospitales periféricos para brindar un

tratamiento adecuado evitando así el mal apego terapéutico de los pacientes lo que ocasiona recaídas de su enfermedad y abandono por parte de sus encargados.

Implementar programas de rehabilitación psicosocial dentro y fuera de la institución dado el alto grado de dependencia identificado, se recomienda establecer actividades terapéuticas ocupacionales regulares en el hospital psiquiátrico, orientadas a mantener y recuperar la autonomía e independencia de los pacientes institucionalizados. Adicionalmente, se sugiere la creación de un centro de día vinculado al hospital con que ofrezca una variedad de servicios y asistencia médica a cargo de un equipo multidisciplinario que incluyan psiquiatras, psicólogos, enfermera, terapias ocupacionales y fisioterapia.

Ejecutar pruebas cuantitativas como las escalas de Katz y Moca, que permitan realizar una valoración global de la funcionabilidad y cognición de los pacientes previo, durante y posterior a hospitalizaciones prolongadas para contar con medidas fidedignas sobre los efectos de la hospitalización y las medidas aplicadas en los pacientes

Fortalecer la educación y sensibilización sobre salud mental en diferentes sectores. Es fundamental realizar campañas de educación continua dirigidas a familiares, personal de salud en general, instituciones judiciales y procuraduría de los derechos humanos, a fin de desestigmatizar a los pacientes con trastornos mentales y promover su reinserción social. Estas actividades educativas deben subrayar que las personas con enfermedad mental, con el apoyo adecuado pueden vivir en la comunidad y que el encierro indefinido vulnera sus derechos. Asimismo, se desarrollan protocolos para que en caso donde se evidencie poco o nulo apoyo familiar, el estado provea alternativas de tutela o acompañamiento, sino que se active una red de apoyo sustitutiva que vele por su bienestar en la comunidad

Finalmente, es pertinente recomendar que se dé continuidad a investigaciones en esta temática. Se sugiere realizar estudios longitudinales que evalúen la evolución de la funcionalidad y cognición de los pacientes tras implementar las medidas antes descritas, lo que permitirá medir su impacto. Asimismo, sería valioso explorar la perspectiva de los propios pacientes sobre su calidad de vida y necesidades, para incorporar sus voces en el diseño de intervenciones. Solo mediante un esfuerzo integral –legal, sanitario, familiar y comunitario– se podrá revertir progresivamente la situación actual de los pacientes psiquiátricos institucionalizados, devolviéndoles en lo posible su autonomía y dignidad

### 13. Bibliografía

- (1) Brorsson B, Asberg KH. Katz index of independence in ADL: reliability and validity in short-term care. *Scand J Rehabil Med.* 1984;16(3):125–32. PMID: 6494836.
- (2) Pedraza OL, Sánchez E, Plata SJ, Montalvo C, Galvis P, Chiquillo A, et al. Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá.
- (3) Pitman FQ. El primer hospital psiquiátrico de América 1567. *Gac Med Mex [Internet].* 2019;133(4): 351. Disponible en: <http://www.gacetamedicademexico.com/>
- (4) Sorquis Alarcón DJ, Hernández ORHLZE, editores. El encierro institucionalizado [Internet]. *Rev Electr Psicol.* 2010;12. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx> (Autores reorganizados; iniciales verificadas parcialmente.)
- (5) Martínez HRR. Desmanicomialización en Latinoamérica y España: avances y dificultades macro-institucionales, prácticas profesionales e individuales. [Soacha (CO)]: Universidad Regional de Cundinamarca; 2020
- (6) Palma Borrego MJ. La institucionalización de la psiquiatría española en las zonas republicana y fascista. *Crítica Republicana [Internet].* 2021;(5):42–6 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uam.es/crepublica/article/view/14530>
- (7) Organización Mundial de la Salud (OMS). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: Editorial Médica Panamericana; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es>
- (8) Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 2006 [citado 2024 abr 29]. Disponible en: [https://www.ohchr.org/es/instruments\\_mechanisms/instruments/conventionrights-persons-disabilities](https://www.ohchr.org/es/instruments_mechanisms/instruments/conventionrights-persons-disabilities)
- (9) Pinillos-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2021;14(3):438.

- (10) De León EA, Torres Hernández MGSD. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Rincón Científico Comunicaciones*. 2019;22(63):12–9
- (11) Romera IM. Calidad de vida, función motriz y obesidad en la valoración clínica del anciano [Internet] [tesis]. Madrid (ES): Universidad Autónoma de Madrid; 2020. Disponible en: <http://www.albacete.com>
- (12) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Atlas de Salud Mental de las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017
- (13) Pinillos-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionabilidad física de personas institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev Salud* [Internet]. 2012;14(3):438–47. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/>
- (14) Organización Mundial de la Salud (OMS). Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental [Internet]. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias; 1991. Disponible en: <http://www.mpba.gov.ar>
- (15) Organización de los Estados Americanos (OEA). Declaración de los derechos de los retrasados mentales [Internet]. 1971 dic. Disponible en: <https://www.oas.org>
- (16) Organización de los Estados Americanos (OEA). Declaración de los derechos de los impedidos [Internet]. 1975 dic. Disponible en: <https://www.oas.org>
- (17) Mental Disability Rights International. Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de Argentina [Internet]. Washington, D.C.: MDRI;
- (18) Escalante EVM. Reglamento de salud mental de El Salvador [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.asamblea.gob.sv>
- (19) Nieves Y, Schade V, Vásquez PC, Poblete GC, Cabaco AS. Aplicación piloto de un programa de reminiscencia positiva para personas mayores institucionalizadas. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2021 Sep;59(3):176–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300176>
- (20) Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas más frecuentes [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

(21) Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Barcelona: Meditor; 1996

(22) Institucionalización [Internet]. Psiquiatria.com [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/institucionalizacion>

(23) Libiano JE. Las capacidades cognitivas: qué son, tipos, funcionamiento y estimulación [Internet]. NeuronUP; 2021 [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://neuronup.com/estimulacion-y-rehabilitacioncognitiva/las-capacidades-cognitivas-que-son-tipos-funcionamiento-yestimulacion/>

(24) Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué es el envejecimiento saludable? [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/decadeof-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1es.pdf>

(25) Aguilar-Navarro SG, Mimenza-Alvarado AJ, Palacios-García AA, Samudio-Cruz A, Gutiérrez-Gutiérrez LA, Ávila-Funes JA. Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. Rev Colomb Psiquiatr [Internet].

2018;47(4):237–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>

(26) Rodríguez J, González R. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007.

(27) Ramallo ME. Los procesos de resocialización y de desmanicomialización en el Centro de Rehabilitación Psicosocial “Romero” [tesis de licenciatura]. La Plata (AR): Universidad Nacional de La Plata; 2009.

(28) Cardona EYB. Funcionamiento social y cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Rev Chil Neuropsicol. 2021; 12:18–24.

(29) Jiménez PV. El fin del manicomio en los tiempos del neoliberalismo: construcción y problematización de la desinstitucionalización psiquiátrica [tesis doctoral]. Barcelona (ES): Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.

(30) Zárate C, Ceballos ME, Contardo MV. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales: contacto cercano y educación en salud. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2010;48(3):205–14.

(31) Techera EYM. Intervenciones comunitarias en salud mental: aportes y reflexiones en torno al proceso de desmanicomialización y sus efectos sobre la institucionalización [Internet]. Montevideo (UY): Universidad de la República de Uruguay; 2022 [citado el 26 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.um.edu.uy.com>

(32) Palma Borrego MJ. La institucionalización de la psiquiatría española en las zonas republicana y fascista. Crítica Republicana [Internet]. 2021;(5):42–6 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uam.es/crepublica/article/view/14530>

(33) Borrego MJP. La institucionalización de personas con discapacidad intelectual en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires: sus visiones de la internación [Internet]. En: Tamburrino MC, editor. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología: actas académicas; 2009. Vol. 15. Disponible en: <https://www.aacademica.org>

(34) Asamblea Legislativa de El Salvador. Decreto sobre salud mental [Internet]. San Salvador: Gobierno de El Salvador; [fecha desconocida] [citado 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/7A4FBD85-7E1B-46BE-9408-6FC549E53E00.pdf>

(35) Muñoz-García JJ, Carpintero-Cruz AI, Verdugo-Martínez A, Gijón-Serrano JL, Hodann-Caudevilla RM. Perfiles clínicos en la hospitalización psiquiátrica prolongada: reflexiones para un nuevo enfoque en el abordaje del trastorno mental grave. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2023;43(143):117–39 [publicado 31 de julio de 2023]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000100007>

(36) Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Revista de Neuropsiquiatría Julio-Septiembre 2021 [Internet]. Santiago de Chile:

SONEPSYN; [sin fecha] [citado 9 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://sonepsyn.cl/revneuro/julio\\_septiembre\\_2021/julio\\_septiembre\\_2021.pdf](https://sonepsyn.cl/revneuro/julio_septiembre_2021/julio_septiembre_2021.pdf)

(37) Muñoz M, Pérez E, Panadero S. Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilit Psicosoc*. 2004;1(2):64–72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revistagenerica-272-articulo-intervencion-con-personas-sin-hogar-13073463>

(38) Jiménez-Puig E, Pausa-Hernández RM, Baute-Abreu AC, Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Pérez-Leiva BD. Exploración neuropsicológica de adultos mayores cubanos sanos institucionalizados. *Rev Neuropsicol Latinoam* [Internet]. 2022;14(1) [citado 9 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/article/view/764](https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/764)

(39) Barrera PÁ. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2006;44(3):215–21. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007>

(40) Quito S. El cuidado de personas mayores institucionalizadas [tesis de pregrado en Internet]. Quito (EC): Universidad Politécnica Salesiana; [sin fecha] [citado 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/29633/1/TTQ1936.pdf>

(41) Nieves Y, Schade P, Vásquez C, Poblete G, Cabaco A. Aplicación piloto de un programa de reminiscencia positiva para personas mayores institucionalizadas. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2021;59(3):176–84. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300176>

## 14. Anexos:

### Glosario de términos

Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (20)

Salud mental: La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad. (20)

Retraso mental: un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo, tales como las cognoscitivas, lenguaje, motrices y socialización (21)

Institucionalización: ingreso de una persona en una institución (hospital, residencia, etc.), donde residirá un tiempo determinado o de por vida (22)

Capacidades cognitivas: son un grupo de procesos mentales relacionados con el procesamiento de la información que nos permiten interactuar y relacionarnos de forma adaptativa en nuestra vida diaria. Disponemos de diversas capacidades como la memoria, la atención, el lenguaje, etc. Estas capacidades facultan la capacidad de responder ante estímulos y sobre ellas se puede intervenir potenciándolas y mejorándolas (23)

Capacidades funcionales: comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar (o restringir). Estas capacidades son: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad (24)

Índice de Katz: Se trata de un instrumento para evaluar la independencia de un enfermo en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En muchos casos, puede ser contestado por el propio enfermo, en otros deben ser los familiares, y en todo caso, deberá mediar una exploración adecuada (1)

Test de MoCa: Esta prueba evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación; con un tiempo de aplicación de cinco a 10 minutos, en versiones traducidas a más de 10 idiomas (25)

## Evaluación Cognitiva Montreal Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)

### Introducción.

El instrumento de evaluación cognitiva de Montreal, se diseñó para la detección de trastorno neurocognitivo leve y estadios tempranos de demencia. Evalúa los siguientes dominios cognitivos: atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación. Tiene varias versiones alternativas con la intención de disminuir los posibles efectos de aprendizaje cuando se utiliza de manera repetida en la misma persona. MoCA® ha sido probado en 14 idiomas y en personas de edades entre 40 y más de 85 años y con diversos grados de escolaridad.

MoCA® ha sido usado en diversos contextos desde atención comunitaria de la salud, establecimientos hospitalarios, hasta servicios de urgencias. Puede utilizarse en personas de distintas culturas, múltiples grupos de edad y diferentes niveles de escolaridad. Su aplicación toma aproximadamente 10 minutos.

### Material requerido.

Un formato de MoCA® (tamano carta), una pluma y un reloj o cronómetro para medir tiempo.

### Instrucciones:

#### 1. Evaluación visoespacial/ejecutiva.

A. Vea directamente a la persona, logre su atención, indíquelo el lugar correcto en el formato de MoCA® y dígame:

*"Me gustaría que dibuje una línea alternando entre cifras y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea hacia la letra A, y a continuación hacia el 2, etc. Termine aquí (señale la E)."*

B. Cuando la persona haya terminado el trazo alternado de números y letras, señalando el dibujo del cubo en el formato de MoCA®, dígame:

*"Me gustaría que copie este dibujo de la manera más precisa posible."*

C. Cuando la persona haya terminado la copia del dibujo del cubo; señalando el espacio adecuado en el formato de MoCA® dígame:

*"Ahora me gustaría que dibuje un reloj, que incluya todos los números, y que marque las 11 y 10."*

#### 2. Evaluación de identificación y nominación.

A continuación pídale a la persona que nombre cada uno de los animales mostrados en el formato de MoCA® de izquierda a derecha.

#### 3. Evaluación de memoria.

Dígame a la persona lo siguiente:

*"Esta es una prueba de memoria. Voy a leer una lista de palabras que debe recordar. Escúcheme con atención y, cuando yo termine, me gustaría que me diga todas las palabras que pueda recordar, en el orden que se lee."*

Ahora léale a la persona la lista de 5 palabras de la sección de memoria del formato de MoCA® a un ritmo de una palabra por segundo. Luego de leer la lista de palabras una primera vez, marque con una cruz (x), en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que la persona logre repetir. Cuando la persona haya terminado (se haya acordado de todas las palabras) o cuando no pueda acordarse de más palabras, dígame a la persona:

*"Ahora le voy a leer la misma lista de palabras una vez más, intente acordarse del mayor número posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera ronda."*



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



### **Test de MoCa, interpretación según puntaje**

Normal 26-30

Leve 11-25

Moderado 6-10

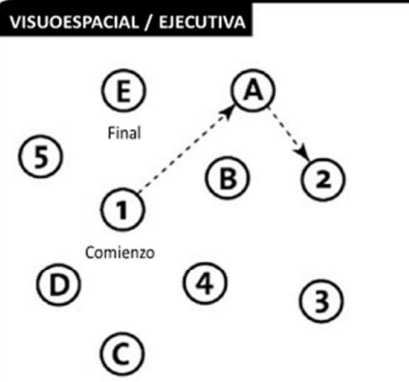
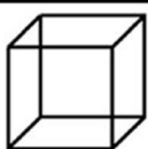
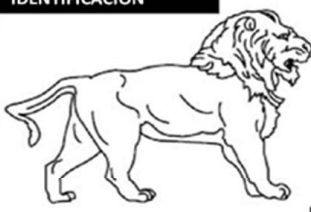
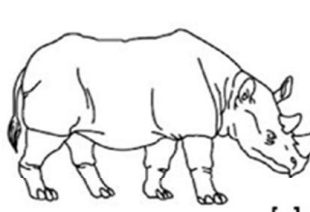
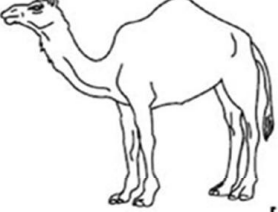
Severo 1- 5

El test de MoCA se puntúa sobre 30, pero se puede ajustar un punto para personas con menos de 12 años de educación formal.

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudios: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

<b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b>		 <p>Copiar el cubo</p>	<p><b>Dibujar un reloj (Once y diez)</b> (3 puntos)</p>	Puntos																	
	[ ]	[ ]	[ ] [ ] [ ]	___/5																	
	Contorno	Números	Agujas																		
<b>IDENTIFICACIÓN</b>				___/3																	
	[ ]	[ ]	[ ]																		
<b>MEMORIA</b>	<p>Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ROSTRO</td> <td style="text-align: center;">SEDA</td> <td style="text-align: center;">IGLESIA</td> <td style="text-align: center;">CLAVEL</td> <td style="text-align: center;">ROJO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1er intento</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2º intento</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> </tr> </table>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	1er intento	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	2º intento	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Sin puntos
	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO																
1er intento	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																
2º intento	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																
<b>ATENCIÓN</b>	<p>Lea la serie de números (1 número/seg.)</p>	<p>El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4</p> <p>El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2</p>		___/2																	
	<p>Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si <math>\geq 2</math> errores.</p>	<p>[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB</p>		___/1																	
	<p>Restar de 7 en 7 empezando desde 100.</p>	<p>[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65</p> <p>4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.</p>		___/3																	
<b>LENGUAJE</b>	<p>Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala.</p>	<p>[ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida.</p>		___/2																	
	<p>Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.</p>	<p>[ ] _____ (N <math>\geq</math> 11 palabras)</p>		___/1																	
<b>ABSTRACCIÓN</b>	<p>Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta</p>	<p>[ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla</p>		___/2																	
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>	<p>Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ROSTRO</td> <td style="text-align: center;">SEDA</td> <td style="text-align: center;">IGLESIA</td> <td style="text-align: center;">CLAVEL</td> <td style="text-align: center;">ROJO</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> </tr> </table>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	___/5					
	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO																
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																
	<p>Optativo</p>	<p>Pista de categoría</p> <p>Pista elección múltiple</p>																			
<b>ORIENTACIÓN</b>	<p>[ ] Día del mes (fecha) [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad</p>			___/6																	
<p>© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org</p>		<p>Normal <math>\geq</math> 26 / 30</p>	<p><b>TOTAL</b></p> <p>Añadir 1 punto si tiene <math>\leq</math> 12 años de estudios.</p>	___/30																	

## **Anexo 2.**

### **Índice de Katz**

Para la interpretación del índice pueden utilizarse los dos métodos: la escala numérica y la alfabética. Con esta última lograríamos una interpretación más descriptiva. En cualquier caso, el orden jerárquico de la escala de Katz establece una equivalencia entre ambos métodos para valorar los grados de dependencia en el adulto mayor, que resultaría así:

- A independiente en todo
- B independiente en 5/6
- C independiente en todo menos baño y otra función 4/6
- D independiente en todo menos baño, vestido y otra función 3/6
- E independiente en todo menos: baño, vestido, retrete y otra función 2/6
- F independiente en todo menos baño, vestido, retrete, movilidad y otra función 1/6
- G dependiente de todo 0/0

## Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

INDEPENDENCIA EN ABVD

### 1) Baño (Esponja, regadera o tina)

Si: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Si: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna).

No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.

### 2) Vestido

Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.

No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.

### 3) Uso del sanitario

Si: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Si: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por si mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por si mismo/a.

### 4) Transferencias

Si: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Si: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.

### 5) Continencia

Si: Control total de esfínteres.

Si: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.

### 6) Alimentación

Si: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna.

Si: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.

No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.

Sí (1 punto)	No (0 puntos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

/6 [ ]

### CALIFICACIÓN DE KATZ

- Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- Independencia en todas las actividades menos en una.
- Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.
- Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.
- Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.
- Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.
- Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.
- Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

## CRONOGRAMA

	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	F	A	M	
Elaboración de perfil de investigación de investigación	2023																		
Presentación de protocolo de investigación a Docencia para aprobación											2024	2024							
Presentación de protocolo y aprobación por comité de ética											2024								
Etapa de recolección de datos													2024	2024					
Análisis de resultados														2024	2024				
Presentación de trabajo final																2025	2025	2025	