

Comparación de habilidades de cognición social en adultos con demencias neurodegenerativas tipo Alzheimer, vascular y mixta

Comparison of social cognition skills in adults with Alzheimer's, vascular and mixed neurodegenerative dementias

Valentina Ospina Castro¹, Katherine Salazar Bermúdez², Jorge Emiro Restrepo^{3*}

RESUMEN

Las enfermedades neurodegenerativas se encuentran en aumento tanto a nivel mundial como en Colombia, específicamente en el departamento del Quindío, debido a su alta población de adultos mayores. Este tipo de enfermedades afectan su grado de funcionalidad y su calidad de vida. Por tal razón, se hace importante estudiar las habilidades de cognición social preservadas o deterioradas en los adultos mayores que padecen esta enfermedad. Así, la presente investigación tenía como objetivo comparar las diferencias en el funcionamiento de las

habilidades de cognición social en adultos mayores con demencia según su etiología, bien fuera de origen neurodegenerativo, vascular o mixto. En la investigación participaron 80 adultos con diagnóstico de demencia: 30 neurodegenerativa, 25 vascular y 25 mixta, a los cuales se les aplicó un protocolo que incluía dos escalas de medida de la cognición social la prueba Mini SEA y la prueba IRI. De lo cual se obtuvo como resultado que no existe una diferencia significativa entre los tres grupos evaluados. Se puede concluir, sin embargo, que todos, sin importar el tipo de demencia, presentan alteraciones para las medidas de la cognición social.

Palabras clave: Cognición social, adultos mayores, demencia neurodegenerativa, Alzheimer.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2024.132.2.12>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8640-4028>¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1071-9724>²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8790-7454>³

¹Magister en Neuropsicología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

²Magister en Neuropsicología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

³Doctor en Neuropsicología. Tecnológico de Antioquia, Medellín, Colombia.

*Autor para correspondencia: Jorge Emiro Restrepo. E-mail: jorge.restrepo67@tdea.edu.co

Recibido: 6 de junio 2023

Aceptado: 11 de abril 2024

SUMMARY

Neurodegenerative diseases are increasing both worldwide and in Colombia, specifically in the department of Quindío, due to its high population of older adults. These types of diseases affect their degree of functionality and their quality of life. For this reason, it is important to study the preserved or impaired social cognition skills in older adults who suffer from this disease. Thus, this research aimed to compare the differences in the functioning of social cognition skills in older adults with dementia according to their etiology, whether of neurodegenerative, vascular, or mixed origin. The research involved 80 adults diagnosed with dementia: 30 neurodegenerative, 25 vascular, and 25 mixed, to whom a protocol was

applied that included two scales for measuring social cognition: The Mini SEA test and the IRI test. It was obtained that there is no significant difference between the three groups evaluated; all are above 0.05. However, it can be concluded that all, regardless of the type of dementia, present alteration of the results for the measure overview of social cognition.

Keywords: *Social cognition, older adults, neurodegenerative dementia, Alzheimer's disease.*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurodegenerativas se encuentran en aumento tanto a nivel mundial como en Colombia, específicamente en el departamento del Quindío, debido a su alta población de adultos mayores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un informe sobre el envejecimiento en la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o mayor tendrá un crecimiento de más del 50 %, pasando de 901 millones a 1.4 billones. Calculan que, hacia el 2050, la población mundial de personas adultas mayores será más del doble en tamaño que en el 2015: cerca de 2.1 billones de personas. En Latinoamérica y el Caribe, en los próximos 15 años, la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores será mayor a 65 % siendo la más alta a nivel mundial (1). Por su parte, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) informó que, en Colombia, el departamento con mayor cantidad de adultos mayores es el Quindío, con un 19,2 % de la población total del país, seguido por Caldas 18,7 % y Risaralda 17,8 %. Según estos datos, en el eje cafetero se concentra la mayor cantidad de adultos mayores. En general, en Colombia existen aproximadamente 6 808 641 personas adultas, de ellas 3 066 140 (45 %) son hombres y 3 742 501 (55 %) son mujeres (2).

Los datos reportados por la OMS (2020) indican que la demencia afecta aproximadamente a cincuenta millones de personas, de las cuales cerca del 60 % son de escasos recursos, en países de bajo desarrollo y con ingresos mínimos o medios. Por año, se llegan a registrar alrededor de diez millones de nuevos casos, sin contar con aquellos que nunca llegan a ser diagnosticados. Se ha pronosticado que entre un 5 % y 8 % de

la población mundial sufrirá demencias en un determinado momento después de los 60 años. Incluso se considera que en el 2030 las personas con demencia alcanzarán los 82 millones y para el 2050 un número mayor a 152 millones de personas enfermas (3). Para Colombia, el Ministerio de Salud reportó que, al agrupar todos los diagnósticos vinculados a demencia, en el año 2015 se atendieron un total de 252 577 personas con demencia, de los cuales el 64,1 % fueron mujeres y el 35,9 %, hombres. El diagnóstico más frecuente fue la demencia no especificada con un total de 86 610 personas (4).

Las demencias son múltiples y varían en su origen. La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más común y alcanza entre el 60 % y 70 % de todos los casos. Le siguen la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y, por último, las demencias frontotemporales. Sin embargo, pueden presentarse de forma mixta, ya que una persona puede tener a su vez varios tipos de demencia (3). Las demencias neurodegenerativas (DN) son aquellas enfermedades del sistema nervioso que alteran las células nerviosas y se caracterizan por la pérdida progresiva de poblaciones neuronales vulnerables al proceso patológico subyacente (5). Arriagada clasifica las DN según el síntoma principal, fundamentalmente en las que predomina el deterioro cognitivo versus las que presentan problemas motores, entendiendo que el deterioro cognitivo se presentará en las distintas fases de la evolución de la enfermedad (5). Entre las enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia encontramos: Alzheimer, Parkinson, Huntington, Pick, entre otras. Además, es importante aclarar que quienes presentan mayor predisposición de padecerlas son adultos mayores a 50 años, en quienes se afectan áreas cerebrales como: hipocampo, áreas somatosensoriales, áreas primarias, sistema límbico, corteza parieto-temporal y frontal. Se ha estudiado la relación de la Enfermedad de Alzheimer (EA) con los cambios cerebrales, determinando que puede haber una lesión celular nerviosa, atrofia cerebral, inflamación, moléculas inestables y otras características (6).

La mayoría de los pacientes con EA llegan a presentar principalmente trastornos de memoria y otras deficiencias cognitivas como afasias, apraxias y agnosias (5). Esta demencia

requiere del cumplimiento de una serie de criterios específicos, como son: origen insidioso; empeoramiento cognitivo progresivo y muy evidente; y que dichos síntomas no solo sean reportados por el paciente sino evidenciados por su entorno familiar y que se acompañan por lo menos de otros dominios cognitivos afectados (lenguaje, percepción, función ejecutiva). Debe descartarse otra enfermedad de origen cerebrovascular o neurodegenerativa en todas sus variables, consumo de sustancias u otras (7).

Por su parte, la Demencia Vascular (DV) es la segunda causa de demencias en los adultos mayores de 65 años. La DV puede ser una enfermedad que se genera con posterioridad a un evento o accidente cerebrovascular, dependiendo de su gravedad y ubicación, lo que generaría el deterioro de las funciones cognitivas, por el bloqueo o reducción del flujo sanguíneo, limitando el flujo de nutrientes y oxígeno necesarios, en el tejido cerebral. En algunas partes del mundo, como China y Japón, llega a ser la primera causa de demencia (8). Existen múltiples factores de riesgo que pueden ocasionar un DV, como las enfermedades cardíacas, diabetes, problemas en la presión arterial, obesidad, consumo de cigarrillo, niveles elevados de grasa, aterosclerosis, disfgias, entre otras (9).

Según Castro y col. (8), las DV presentan una serie de síntomas y signos que pueden variar según su localización. Sin embargo, principalmente muestran afectación en la velocidad del procesamiento de la información y la resolución de problemas, a diferencia de la EA que presenta como principal síntoma la pérdida de memoria. Otros síntomas que se mencionan son: desorientación; dificultad para prestar atención y concentrarse; capacidad reducida para organizar pensamientos o acciones; deterioro en la capacidad para analizar una situación, desarrollar un plan eficaz y comunicar ese plan a otros; lentitud al razonar; dificultad con la organización; dificultad para decidir qué hacer a continuación; problemas con la memoria; intranquilidad y agitación; marcha inestable; deseo repentino y frecuente de orinar o incapacidad para controlar la micción; depresión o apatía.

Por su parte, el término Demencia Mixta (DMix) se utiliza para definir la combinación entre la demencia vascular (DV) y demencia tipo

Alzheimer (DA). Según Moreno y col. (10) esta combinación de la enfermedad representa entre el 13 % y el 17 % de los casos de demencia a nivel mundial. Además, las investigaciones han demostrado que cada vez es más frecuente su presentación combinada, impidiendo determinar demencias “puras”, por la variabilidad y combinación de su sintomatología. Sin embargo, es importante aclarar que la presentación mixta también podrá incluir otro tipo de demencias y no es exclusivo de las dos mencionadas. Lo único fundamental es la presencia sintomática de por lo menos dos tipos de demencia. Finalmente, debe decirse no existe en la actualidad ningún tratamiento que pueda curar los distintos tipos de demencia o revertir los síntomas, pero existen otras alternativas de tratamiento que favorecerán la evolución sintomática en las diferentes etapas, como son: la actividad física, intervención neuropsicológica, tratamiento psicológico y tratamientos farmacológicos (1).

La cognición social es entendida como la capacidad de integrar procesos que favorecen y permiten la interacción social de los sujetos, constituyéndose como uno de los procesos fundamentales para determinarnos como seres humanos al posibilitar la existencia de una realidad simultánea entre las personas (11). La cognición social está compuesta por una serie de habilidades que permiten intercambiar señales sociales para lograr involucrarse con el otro, su entorno y su conducta. Estas habilidades le permitirán al cerebro humano manipular la información para poder anticipar las conductas, dependiendo de los estímulos externos que ha recibido. En los casos en que la cognición social presenta fallos o deterioros, se alteran de manera inmediata sus capacidades: disminución de la empatía, alteración de la teoría de la mente y pobreza en la percepción social (11). Se define la cognición social como una integración de los procesos por los cuales los sujetos perciben señales sociales (percepción social), infieren estados psicológicos de otras personas (teoría de la mente) y finalmente generan respuestas emocionales para motivar y modular el comportamiento (empatía) (11).

El mismo autor define la empatía como la capacidad de responder emocionalmente ante situaciones que afectan a otros sujetos; la percepción social, como la capacidad de percibir estados mentales de otros, basándose

en su conducta; y la teoría de la mente, como el reconocimiento de las intenciones y/o pensamientos de otras personas. Por su parte Frith (12) describe la cognición social como la capacidad de integrar procesos que permiten la interacción inter-sujetos de la misma especie, comprendiendo dicha interacción como una necesidad de supervivencia, basado en el entorno y sus condiciones de vida, precisando que la cognición social permite la existencia de una realidad conjunta.

En modelos más actuales, Clark y col. (13) refiere que el cerebro humano funciona como un sistema de probabilidades jerárquicas, que, de manera anticipatoria y constante, intenta predecir las conductas posibles antes los diferentes estímulos del entorno. Entendiendo así, que el principal producto de la cognición social será la predicción del comportamiento. Pero como bien se ha definido previamente, la cognición social es mucho más compleja y es a partir de sus componentes que logra ser claramente comprendida. La Teoría de la Mente (ToM), según Baron-Cohen (14) permite representar la perspectiva psicológica de otro sujeto, o mentalización, lo que permitirá que se teorice sobre los pensamientos del otro y así se logre su comprensión y una socialización exitosa.

Leslie y col. (15) sostienen que la corteza prefrontal medial se asocia con el mecanismo de atribución de deseos y creencias, así como el surco temporal superior involucra la representación de acciones de otros. Según ellos, el desarrollo de la ToM en la cognición social se explica desde una perspectiva anatómica. Por su parte Williams y col. (16) refieren que la empatía es la generación de respuestas emocionales en el observador de una situación determinada que afecta a otros sujetos, produciendo emociones iguales o contrarias (resonancia afectiva), lo que se presenta como esencial en la experiencia emocional humana, ya que promueve reacciones cooperativas y prosociales o reacciones de rechazo. Estas emociones pueden llegar incluso a presentar no solo el reflejo de las emociones, sino también posturas corporales y movimientos por imitación (efecto camaleón). En el caso de que este último sea más fuerte, es un indicador de sujetos más empáticos en relación con los demás.

Ahora bien, desde el ámbito neuroanatómico se ha determinado que la empatía tiene su origen en las cortezas somatosensoriales, cingulada, visual e insular, así como la amígdala, quien ejerce una acción neuromoduladora de la conducta al involucrar una amplitud de recursos neuronales. Así mismo, la percepción social se define como la capacidad de percibir los estados mentales, a partir del comportamiento, entendiéndose que la observación de una acción en otro sujeto desencadenará una acción anticipada como respuesta (17). Este mismo autor explica neuroanatómicamente su relación con la amígdala y su participación en la representación neuronal de las emociones. Asimismo, se ha demostrado que la corteza orbitofrontal tiene participación en la percepción de pistas ambientales, planificación y modulación de la conducta humana.

Se han publicado diversas investigaciones que exploraron la relación entre la cognición social y las demencias. Carbajal (18) pudo determinar que las dimensiones de percepción social, teoría de la mente y conocimiento social presentan un declive funcional con este tipo de padecimientos. Serrani (19), por su parte, identificó que la cognición social está altamente alterada en los estados de deterioro cognitivo y, pese a que su investigación se enfoca en otro tipo de demencia, concluye que existe relación directa con demencias como DA, donde se evidencian patrones similares de alteraciones en teoría de la mente, juicio moral y reconocimiento de rostros. Dorado (20) concluyó que la DA es la que presenta mayor afectación en la ejecución de tareas de cognición social. Sin embargo, otras variaciones de las demencias también demostraron declive, incluso desde etapas más tempranas, como en el deterioro cognitivo leve, específicamente en reconocimiento emocional y teoría de la mente. Su estudio concluyó que la cognición social en la edad adulta mayor, y su proceso de envejecimiento normal o patológico, podría tener muchos cambios que ocasionarían una variación en su manifestación social y emocional que afectaría la forma como los adultos interactúan con su entorno, recomendando finalmente que se continúe con la investigación, ya que la alteración de la cognición social es una de las primeras causas de pérdida funcional de los adultos mayores.

Por su parte, Casado (21) concluyó que, independiente del tipo de demencia que presente, las personas normalmente tendrán alteraciones en las diferentes áreas de cognición social, aunque con variabilidad en estas alteraciones. Las personas con DA tendrán principalmente problemas en el reconocimiento de expresiones fáciles, mientras que aquellos con demencias frontotemporales mostrarán pérdida de empatía, desinhibición y falla en la regulación emocional. Otros autores, como Henry y col. (22), han encontrado que, aun en las etapas más tempranas de las demencias, se evidencian problemas de cognición social como parte de los primeros síntomas evidentes de la enfermedad. Asimismo, Bora (23) demostró cómo otros estudios han identificado que habrá diferencias entre las alteraciones de la cognición social dependiendo de la demencia, pero afirma que siempre se encontrarán alteraciones, sin importar si está en etapas tempranas o tardías.

Belfort y col. (24) mostraron cómo en la DA se evidencia de manera muy sutil o casi ausente el procesamiento de las emociones, demostrando que las personas con diagnósticos de demencia tienen resultados significativamente peores en medidas de procesamiento social y emocionales al compararlas con personas que no presentan este tipo de enfermedades. Ahora bien, Dourado y col. (25) identificaron cómo la relación del procesamiento social es completamente proporcional a la conciencia que se tiene sobre la enfermedad en la DA, ya que aquellos que son conscientes del padecimiento de la enfermedad lograron un mejor desarrollo en cognición social. Asimismo, Demordy y col. (26) explicaron que el comportamiento social, pese a la enfermedad, siempre estará intercedido por el contexto y cómo este se comporte, aunque el tipo de demencia siempre implica cambios importantes en el grado de dificultad social que el sujeto manifieste.

Henry y col. (27) demostraron en su investigación cómo en los últimos años se viene aumentando el interés por la cognición social en relación con el deterioro cognitivo, ya que se le da cada día mayor importancia al papel crítico que puede tener esta en caso de discapacidad funcional y cognitiva, o el aumento ya identificado de las demencias en la población mundial. Incluso todo esto llevó a que la Asociación Americana de Psiquiatría introdujera la cognición social

como uno de los seis dominios neurocognitivos fundamental en la última edición del DSM – 5, determinando la importancia de esta en la mayoría de los trastornos mentales (28). Cotter y col. (29), por su parte, encontraron que ciertas dimensiones de la cognición social, como la ToM, permitirían determinar el progreso de las demencias, específicamente la DA, ya que, ante el aumento del deterioro de la ToM, se puede clasificar el nivel de deterioro que está presentando el sujeto en su patología base, en este caso la DA. Los resultados de su investigación demuestran cómo las pruebas que miden ToM son más sensibles a la progresión de la demencia de este tipo y mucho más precisas para los diagnósticos iniciales.

Kessels y col. (30) aclararon que, aunque en la EA no se encuentra tan estudiada y suele darse mayor énfasis a la relación cognición social con la demencia frontotemporal, los hallazgos en EA han demostrado que la alteración de cognición social se ve eclipsada por síntomas de memoria y orientación, pero sí afecta de manera importante a estos sujetos llevándolos a un deterioro más acelerado. Se ha reportado, incluso, que los síntomas pueden ser mucho más perturbadores que los típicamente conocidos de las demencias ya que se asocian con peor calidad de vida, mayor carga para cuidadores y en general un costo mayor para su cuidado (31).

MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizó una investigación con diseño no experimental, ex post facto, de tipo cuantitativo, corte transversal y nivel descriptivo con el objetivo de efectuar una comparación del desempeño en ciertas habilidades de cognición social de adultos mayores con deterioro cognitivo leve de origen neurodegenerativo, vascular y mixto. La hipótesis de investigación fue que sí existían diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento de la cognición social al comparar los tres grupos.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados en una clínica privada de la ciudad de Armenia,

Departamento de Quindío, que tiene énfasis en atención de pacientes neurológicos y atiende todo tipo de población (edad, estrato social, tipo de seguridad social). Se seleccionaron, mediante un muestreo por conveniencia, 80 personas adultas mayores, entre los 60 y 80 años, de las cuales 30 fueron personas diagnosticadas con demencia neurodegenerativa de tipo Alzheimer, 25 con diagnóstico de demencia vascular y 25 con diagnóstico de demencia mixta (Alzheimer – vascular). Los criterios de inclusión para todos los grupos fueron: a) adultos mayores entre 60 y 80 años que hayan sido diagnosticados bajo los criterios del DSM-V, y b) escolaridad mínima de quinto grado de primaria. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: a) que presenten otros diagnósticos neurodegenerativos o psiquiátricos subyacentes; b) tener comorbilidad con otro tipo de enfermedad que pueda generar síntomas similares; c) problemas visuales o auditivos no corregidos; d) no saber leer ni escribir.

Instrumentos

Mini Sea

El MINISEA (*Social Cognition and Emotional Assessment*) es una evaluación cognitiva rápida y breve desarrollada para estudiar la cognición social y procesamiento emocional en enfermedades neurodegenerativas. Consiste en una versión abreviada y modificada de la Prueba del Falso Paso (PFP) y una Prueba de Reconocimiento de Emociones Basadas en las Caras (PREBC) de Ekman. La administración dura un promedio de 15 a 25 minutos y da como resultado una puntuación total compuesta (32). Esta prueba cuenta con baremos adaptados a la población hispana, que se dan a partir del estudio realizado por Clarens y col. (32). Cuenta con una validez y confiabilidad que permiten su uso de manera libre, además es importante establecer que este suele ser un instrumento actualmente muy utilizado.

Índice de Reactividad Interpersonal

El Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) es una herramienta que pretende evaluar la

empatía desde un aspecto multidimensional. Consta de cuatro subescalas con siete preguntas cada una. Hay dos escalas de medida de la empatía cognitiva y dos de medida de la empatía emocional o afectiva, divididas de la siguiente forma: toma de perspectiva, escala de fantasía, preocupación empática y angustia personal. Es un test de fácil y corta aplicación que tiene respuesta de tipo Likert entre poco y mucho. Dicha herramienta fue adaptada al español por Perez-Albenis y col. (33) y ha sido parte de diversas investigaciones que sustentan la solidez teórica del diseño del instrumento, el cual ha sido utilizado en algunas investigaciones colombianas. Bernal y col. (34), con población colombiana, lograron evidenciar la validez del constructo del instrumento, correlacionando significativamente los resultados con otros que evalúan atributos similares, logrando así un buen nivel de confiabilidad.

Procedimiento

Se solicitaron los permisos correspondientes en la clínica para acceder a la muestra. Se convocó a los participantes con el propósito de realizar la selección y verificación de los criterios de inclusión, descartando con esto la presencia de enfermedades neurodegenerativas. Se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado a cada uno de los que cumplió con el criterio de inclusión. Se procedió con la aplicación de los instrumentos Mini Sea e IRI. Los instrumentos fueron aplicados de forma individual por una psicóloga especialista en neuropsicología. Se calificaron los instrumentos y se creó una base de datos en Excel.

Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS. v. 28. Se realizaron análisis descriptivos a través de las medidas de resumen estadístico principales para cada grupo. Se comprobó el tipo de distribución de los datos y se realizó la prueba de Kruskal Wallis para la comparación de las medias.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó cumpliendo con lo establecido en la Ley 1090 de 2006 del Colegio Colombiano de Psicólogos que reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología y establece el correspondiente código deontológico y bioético, así como la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

El Cuadro 1 presenta los valores de la media para los tres grupos que participaron en el estudio y el valor de la media de acuerdo con los datos normativos para población colombiana. Salvo en la variable de malestar personal, del IRI, los tres grupos tuvieron niveles altos. En todas las demás variables, los niveles estuvieron por debajo del nivel de normalidad reportado por los datos normativos.

Cuadro 1

Clasificación del nivel de funcionamiento de la cognición social para los tres grupos de acuerdo con los datos normativos

Variables	Normativo	Mixto		Vascular		Neurodeg.	
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>Nivel</i>	<i>M</i>	<i>Nivel</i>	<i>M</i>	<i>Nivel</i>
PREBC							
Total Expresiones Faciales	11,5 – 13,7	7,4	Bajo	7,9	Bajo	7,8	Bajo
PFP							
Total Bruto	11,5 – 14,7	7,4	Bajo	9,0	Bajo	7,7	Bajo
IRI							
PT	16,7	13,2	Bajo	12,4	Bajo	13,1	Bajo
FS	15,7	11,9	Bajo	11,8	Bajo	11,9	Bajo
EC	19,4	15,9	Bajo	13,7	Bajo	16,3	Bajo
PD	9,5	13,2	Alto	12,2	Alto	13,5	Alto

Nota: Neurodeg. (Neurodegenerativo), PREBC (Prueba de Reconocimiento de Emociones Basadas en las Caras), PFP (Prueba del Falso Paso), IRI (Índice de Rectividad Emocional), PT (Adopción de otra perspectiva), FS (Fantasía), EC (Interés empático), PD (Malestar personal).

El Cuadro 2 contiene las medidas de resumen para las variables de acuerdo con los tres grupos y la prueba de comparación de medias Kruskal-Wallis. Se realizó esta prueba no paramétrica debido a que los resultados de la prueba Shapiro-Willks mostraron que ninguna de las variables tenía distribución normal. Como puede apreciarse en los valores de la significancia asintótica bilateral (p), ninguno de los valores fue inferior a 0,05. Así que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables al comparar los tres grupos.

DISCUSIÓN

Estos resultados pueden ser comparados con otras investigaciones como la de Ellison (35) quien explicó que siempre existirá deterioro de la cognición social, así como aparecen el deterioro de la mayoría de los procesos cognitivos del ser humano. También, argumentado por Carbajal (18), en su revisión sistemática, donde concluyó que la cognición social puede afectarse en distintos tipos de demencia. Situación que

COMPARACIÓN DE HABILIDADES DE COGNICIÓN SOCIAL EN ADULTOS CON DEMENCIAS

Cuadro 2

Medidas de resumen y prueba de comparación de medias para las variables en los grupos

Variables	Mixto		Grupo Vascular		Neurodeg.		H	p
	M	D	M	D	M	D		
PREBC								
Miedo	2,7	1,6	2,8	1,3	3,0	1,4	0,4	0,800
Asco	2,3	1,4	2,8	1,2	2,3	1,5	2,2	0,329
Enojo	2,3	0,9	1,8	1,3	2,5	1,3	3,0	0,221
Sorpresa	1,7	1,1	2,2	1,4	2,3	1,6	3,4	0,179
Tristeza	1,3	1,5	1,3	1,6	1,8	1,7	1,9	0,385
Neutro	2,5	1,9	3,2	2,2	2,6	1,9	2,3	0,321
Alegría	4,2	1,0	4,2	0,8	3,7	1,3	2,8	0,242
Total Expresiones Faciales	7,4	2,3	7,9	1,5	7,8	2,6	0,3	0,834
PFP								
ToM Cognitiva	2,2	1,6	2,6	1,2	2,2	1,4	1,3	0,514
ToM Afectiva	2,2	1,4	2,4	1,5	2,0	1,2	1,2	0,556
Total Hits	14,0	7,8	17,0	6,0	14,6	6,6	3,4	0,180
Total Rejects	5,9	2,3	7,1	1,9	6,1	2,2	4,0	0,135
Total Bruto	7,4	3,7	9,0	2,9	7,7	3,0	3,8	0,143
IRI								
PT	13,2	3,1	12,4	3,4	13,1	3,7	0,7	0,688
FS	11,9	3,0	11,8	2,7	11,9	2,3	0,2	0,898
EC	15,9	3,8	13,7	4,2	16,3	3,4	4,6	0,097
PD	13,2	3,0	12,2	2,4	13,5	3,3	1,6	0,432

Nota: Neurodeg. (Neurodegenerativo), PREBC (Prueba de Reconocimiento de Emociones Basadas en las Caras), PFP (Prueba del Falso Paso), IRI (Índice de Rectitud Emocional), M (Media), D (Desviación estándar), ToM (Teoría de la mente), PT (Adopción de otra perspectiva), FS (Fantasía), EC (Interés empático), PD (Malestar personal), H (H de Kruskal-Wallis), p (Sig. Asintótica).

neuroanatómicamente puede ser explicada, ya que la cognición social, tiene su origen en corteza prefrontal, la cual se activa en el procesamiento de la teoría de la mente y se ve igualmente implicada en el reconocimiento de las emociones fáciles (36), la amígdala que se encarga de la percepción de las emociones primarias y secundarias, emociones faciales y teoría de la mente (36) y el lóbulo temporal, que se activa igualmente en la teoría de la mente. Áreas que están directamente implicadas en el deterioro ocasionado por las demencias, principalmente neurodegenerativas y mixtas (37).

Castro (39) encontró, por su parte, que, al comparar las demencias de distintos tipos, las principales afecciones evidenciadas se ubican en la amígdala y la corteza prefrontal, lo que coincide

con la explicación del funcionamiento de la cognición social, lo que será una clara afirmación de que la afectación en dichas estructuras dará como resultados afectación directa en la cognición social en general. Ahora bien, pese a que los resultados comparativos no arrojan diferencias, si se puede establecer que en los tres tipos de demencia: neurodegenerativa, vascular y mixta, existen importantes alteraciones, ya que la mayoría de las puntuaciones se ubican por debajo de los rangos esperados, las medias obtenidas tanto para PREBC como para PFP, IRI, (PT, FS y EC), están por debajo de las puntuaciones normativas, evidenciando la alteración. Información que se puede equiparar con los resultados obtenidos por Casado (21), donde se determinó que los pacientes con demencia presentan mayor severidad en los

resultados de evaluación de la cognición social, versus aquellos que solo presentan deterioros cognitivos leves.

Se considera que el uso de estas herramientas de evaluación de la cognición social y el comportamiento social, aportan cada vez más al diagnóstico neurológico de los pacientes, por lo que debe integrarse en las evaluaciones neuropsicológicas, procurando ampliar dicha evaluación de cognición social a todos sus ámbitos, y no solo a la teoría de la mente, la cual es una de las más investigadas, sino incluir todos los dominios que la conforman, entendiendo que estas alteraciones disminuyen la calidad de vida y tienen un impacto no solo personal, sino social, familiar y profesional en el sujeto (40).

Clarens (32) concluyó en su investigación sobre los baremos de la prueba MiniSea para hispanos, que es una herramienta valiosa en la evaluación de los estadios prodrómicos de las enfermedades neurológicas, como las demencias, incluso obtiene resultados que indican que en los grupos de pacientes mayores de 70 años, existe menor rendimiento versus grupos de personas más jóvenes, lo que nos indicaría que la edad es un factor determinante para el desempeño de la cognición social, pero que además, la suma de demencias: neurodegenerativas, vasculares o mixtas, incrementaría el daño y disminuiría significativamente el desempeño del paciente. Por lo tanto, el MiniSea, se convierte en una herramienta valiosa para la práctica clínica.

Ahora bien, los resultados obtenidos en el Cuadro 1, donde se evidencia el nivel de desempeño obtenido para cada grupo de demencias, arroja que existe una importante diferencia en el índice PD (Malestar personal), de la prueba IRI, lo que nos indica que el nivel de insatisfacción que sienten las personas es superior a la media, y que en ellos se produce un alto nivel de malestar y sentimientos de ansiedad, principalmente cuando se observan las experiencias de los demás en su entorno. Es claro que esta medida lo que pretende es evaluar principalmente la empatía, en este caso la subescala pretende evaluar la empatía afectiva. Esto puede ser claramente argumentado con investigaciones como la de Dorado (20) y Castro y col. (39), quienes explican que las personas con diagnósticos de demencia suelen ser

aislados, perder su capacidad funcional, además de un importante conflicto con sus cuidadores (principalmente la familia).

Entendiendo las alteraciones presentadas, Rossetto y col. (41) identificaron que la rehabilitación de la cognición social podrá ser determinante en el avance del deterioro cognitivo, evitando que estos lleguen a presentarse en forma de demencias, y determinando que un proceso de rehabilitación adecuado evitará que la sintomatología de los sujetos diagnosticados empeore rápidamente y presente su conservación con el paso del tiempo. La presente investigación busca indagar si existen diferencias en el funcionamiento de ciertas habilidades de cognición social en adultos mayores con demencia al compararlos según su etiología, bien sea de origen neurodegenerativo, vascular o mixto. Su objetivo general fue comparar las diferencias en el funcionamiento de las habilidades de cognición social en adultos mayores con demencia según su etiología, bien fuera de origen neurodegenerativo, vascular o mixto. Como objetivos específicos se propuso conocer el nivel de funcionamiento de la cognición en los tres grupos de acuerdo con los datos normativos para población colombiana; determinar si existían diferencias en el funcionamiento de las habilidades de cognición social al comparar los grupos; y analizar el funcionamiento de las habilidades de cognición social.

La cognición social, como otros dominios cognitivos, tiene su declive en la edad adulta mayor. Sin embargo, no está establecido estadísticamente si existe una diferencia significativa dependiendo de la etiología de la demencia padecida, e incluso si no existe un declive significativo como se presupone (35). Por lo tanto, se considera que esta propuesta puede brindar grandes beneficios en campos de investigación como la neuropsicología, la psicología de la salud y la psiquiatría, ya que, si bien la problemática ha sido estudiada, no hay suficientes estudios de este tipo, menos aún aquellos específicos para la población colombiana. Adicionalmente, los resultados de este permitirían determinar la asociación del deterioro según la etiología de la demencia, y así mismo establecer alternativas terapéuticas que favorezcan la intervención (rehabilitación o estimulación) de los procesos de cognición

social, los cuales afectan de manera significativa las actividades de la vida diaria y el normal funcionamiento de los adultos mayores, ya que se ven reflejadas en problemas de autorregulación cognitiva, emocional y de conducta, lo que también deteriora sus funciones sociales.

Así pues, medir la cognición social permitirá determinar la capacidad que tienen las personas para emitir juicios sobre los comportamientos, actitudes y las emociones de los demás, lo que se convierte en una función mental vital para el ser humano en sociedad, por lo que establecer y comparar los deterioros presentados en la cognición social son fundamentales para las personas que presentan deterioros neurocognitivos, así como para su familia y/o cuidadores, ya que se podrá justificar o comprender la actuación y desempeño de estos en sociedad (35). Finalmente existen trabajos preliminares que refieren que la cognición social puede ser, al menos someramente, susceptible de intervención de rehabilitación (41). Por lo que esfuerzos adicionales y mayor atención a la cognición social en los procesos de evaluación clínica y diagnóstica podrían favorecer el desempeño de los pacientes diagnosticados, establecer un tratamiento y procurar un mejor desempeño que favorezca sus actividades de la vida diaria y su adaptación y comprensión en sociedad.

Finalmente es indispensable considerar que la evaluación de la cognición social y un adecuado diagnóstico permitirán un proceso de rehabilitación que, según Rossetto y col. (41), puede ser determinante e indispensable para el avance o no del deterioro cognitivo de los pacientes, e incluso favorezcan su adaptación al entorno social. Se podría decir que una de las barreras en la identificación de diferencias en el resultado de la evaluación de cognición social en los distintos tipos de demencias se basa en la variabilidad de la cognición social, ya que esta es muy amplia y establece distintos aspectos por evaluar, lo que dificultaría establecer un perfil completo. Por otro lado, se recomienda continuar investigando sobre el impacto de la cognición social en el adulto mayor y los deterioros cognitivos mayores (demencias), ya que se evidenció en otras investigaciones que estos pueden ser rehabilitados parcialmente y así evitar el aumento de la sintomatología.

Una limitación importante que debe mencionarse es no haber realizado una evaluación neuropsicológica general para conocer el estado del funcionamiento cognitivo de los participantes. Además, es cierto que la cognición social es un dominio muy amplio y que las funciones aquí evaluadas representan solo una parte. Así que una evaluación que incluya más funciones asociadas con este dominio será necesaria para mejorar la comprensión de este asunto. Por último, sería ideal contar con una muestra más grande y documentar el proceso de evolución de la enfermedad, para analizar cómo se van alterando los procesos conforme va avanzando el deterioro a través de una investigación longitudinal.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf
2. Departamento Administrativo Nacional de estadística. Adulto Mayor En Colombia. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Dementia. Who.int. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Ministerio de Salud y Protección de Colombia. Boletín de salud mental Demencia Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles S. Boletín de salud mental Demencia. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>
5. Arriagada BP. Neuropatología de las demencias neurodegenerativas. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2016;27(3):297-308.
6. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*. 2017;32(8):523-532.
7. Custodio N, Montesinos R, Alarcón JO. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019;81(4):235.
8. Castro Samur M, Caamaño B, Carvajal HHC, Bracho DG. Avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular. *Rev Méd UIS*. 2012;25(3).

9. Navarrete E, Prospero O, Hudson R, Guevara R. Enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. *Gac Méd Méx.* 2000;136(6):189-199.
10. Moreno Cervantes C, Mimenza Alvarado A, Aguilar Navarro S, Alvarado Ávila P, Gutiérrez Gutiérrez L, Juárez Arellano S, et al. *Neurología.* 2017;32(5):309-315.
11. Atenas TL, Ciampi Diaz E, Venegas Bustos J, Uribe San Martín R, Cárcamo Rodríguez C. Cognición Social: Conceptos y Bases Neurales. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2019;57(4):365-376.
12. Frith CD. The social brain? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2007;362(1480):671-678.
13. Clark A, Lappin S. Complexity in language acquisition. *Top Cogn Sci.* 2013;5(1):89-110.
14. Baron-Cohen S. Without a theory of mind, one cannot participate in a conversation. *Cognition.* 1988;29(1):83-84.
15. Leslie AM, Friedman O, German TP. Core mechanisms in "theory of mind." *Trends Cogn Sci.* 2004;8(12):528-533.
16. Williams JHG, Cameron IM, Ross E, Braadbaart L, Waiter GD. Perceiving and expressing feelings through actions in relation to individual differences in empathic traits: the Action and Feelings Questionnaire (AFQ). *Cogn Affect Behav Neurosci.* 2016;16(2):248-260.
17. Adolphs R. The social brain: neural basis of social knowledge. *Ann Rev Psychol.* 2009;60(1):693-716.
18. Carbajal Saborido L. Cognición social en las demencias: revisión bibliográfica. (Tesis). Universidad de Valladolid; 2021. Disponible: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48088/TFG-M-L2349.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Serrani D, Universidad Nacional de Rosario. Impairment of social cognition in fronto-temporal dementia. *PSIENCIA Rev Latinoam Cienc Psicol.* 2013;5(2):90-104.
20. Dorado Ramírez CA. Contextualización de los déficits en cognición social en la demencia tipo Alzheimer, la demencia vascular y el deterioro cognitivo leve. (Tesis Doctoral). Ediciones Universidad de Salamanca. 2017. Disponible: https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/133033/INCyL_DoradoRam%20adrezCA_Contextualizaciondeficits.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Casado Sánchez M. Alteraciones de la cognición social en adultos mayores con demencia y deterioro cognitivo leve. Tesis de Postgrado. 2020. Disponible: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/1287?show=full>
22. Henry JD, von Hippel W, Thompson C, Pulford P, Sachdev P, Brodaty H. Social behavior in mild cognitive impairment and early dementia. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2012;34(8):806-813.
23. Bora E, Yener GG. Meta-analysis of social cognition in mild cognitive impairment. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2017;30(4):206-213.
24. Belfort T, Simões P, de Sousa MFB, Santos RL, Barbeito I, Torres B, et al. The relationship between social cognition and awareness in Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2018;31(1):27-33.
25. Dourado MCN, Mograbi DC, Santos RL, Sousa MFB, Nogueira ML, Belfort T, et al. Awareness of disease in dementia: factor structure of the assessment scale of psychosocial impact of the diagnosis of dementia. *J Alzheimers Dis.* 2014;41(3):947-956.
26. Dermody N, Wong S, Ahmed R, Piguet O, Hodges JR, Irish M. Uncovering the neural bases of cognitive and affective empathy deficits in Alzheimer's disease and the behavioral-variant of frontotemporal dementia. *J Alzheimers Dis.* 2016;53(3):801-816.
27. Henry JD, von Hippel W, Molenberghs P, Lee T, Sachdev PS. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. *Nat Rev Neurol.* 2016;12(1):28-39.
28. Poletti M, Enrici I, Bonuccelli U, Adenzato M. Theory of Mind in Parkinson's disease. *Behav Brain Res.* 2011;219(2):342-350.
29. Cotter J, Granger K, Backx R, Hobbs M, Looi CY, Barnett JH. Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;84:92-99.
30. Kessels RPC, Waanders-Oude Elferink M, van Tilborg I. Social cognition and social functioning in patients with amnesic mild cognitive impairment or Alzheimer's dementia. *J Neuropsychol.* 2021;15(2):186-203.
31. Moore MJ, Zhu CW, Clipp EC. Informal costs of dementia care: Estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2001;56(4):S219-228.
32. Clarens MF, Crivelli L, Martín ME, Fernández R, Martínez Canyazo C, Arruabarrena M, et al. *Vertex.* 2021; XXXII(152):5-10.
33. Pérez-Albéniz A, de Paúl J, Etxeberria J, Montes MP, Torres E. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema.* 2003;13(2):267-272.
34. Bernal Álvarez EL, Cetina Ávila MJ, Romero Torroledo LF. Propiedades psicométricas del interpersonal reactivity index (IRI), diseñado por Davis, (1980) en una muestra de residentes de la ciudad de Bogotá. (Trabajo de Grado). Universidad Piloto de Colombia; 2016. Disponible: <http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/567/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Ellison JM. Getting interpersonal: Unmasking the value of social cognition assessment in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2021;29(7):643-644.

COMPARACIÓN DE HABILIDADES DE COGNICIÓN SOCIAL EN ADULTOS CON DEMENCIAS

36. Butman J. La cognición social y la corteza cerebral. *Rev Neurol Arg.* 2001;26(3):117-122.
37. Sosa R TJ, Touriño González R. Cognición social en la esquizofrenia: Una revisión del concepto. *Arch Psiq.* 2010;73:9.
39. Castro Muñoz JA, Farfán Díaz YP, Farfán Díaz YF, Ramírez Poveda A. Demencia y cognición social: su relación con las redes de apoyo social. *Inf Psicol.* 2019;19(2):143-161.
40. Duclos H, Desgranges B, Eustache F, Laisney M. Impairment of social cognition in neurological diseases. *Rev Neurol (Paris).* 2018;174(4):190-198.
41. Rossetto F, Baglio F, Massaro D, Alberoni M, Nemni R, Marchetti A, et al. Social cognition in rehabilitation context: Different evolution of affective and cognitive Theory of Mind in Mild Cognitive Impairment. *Behav Neurol.* 2020;2020:5204927.