

DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD MEXIQUENSE

COGNITIVE IMPAIRMENT IN OLDER
ADULTS IN A MEXICAN COMMUNITY

Lic. Sharon Deniss Durán Segundo

Licenciada en Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de México
ORCID: **0009-0003-5729-9314**

Dra. María Eugenia Alvarez Orozco

Doctora en Educación Permanente. Universidad Autónoma del Estado de México
ORCID: **0000-0001-5587-3528**
maru.orozco@hotmail.com

M.E. Vicenta Gómez Martínez

Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad Autónoma del Estado de México
ORCID: **0000-0003-3125-927X**

Mtra. Diana Jaimes Cortés

Maestra en Educación. Universidad Autónoma del Estado de México
ORCID: **0000-0002-4582-7330**
eleidj@yahoo.com

Mtra. Berenice Madín Juárez

Maestra en Gestión en Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de México
ORCID: **0000-0002-9155-7503**

RESUMEN

El número de adultos mayores en México ha incrementado de manera significativa por lo que es necesario vigilar su salud mental y bienestar general.

En la presente investigación se aborda el deterioro cognitivo en adultos mayores; se abordan los conceptos como el envejecimiento y los tipos de envejecimiento, adulto mayor y sus características, deterioro cognitivo, así como su diagnóstico y características, test Mini Mental de Folstein y su aplicación, finalmente se habla del papel del gerontólogo en la intervención con el deterioro cognitivo.

El objetivo de la investigación es determinar el nivel de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores pertenecientes a las casas de día del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Atlacomulco, con la finalidad de proponer una intervención gerontológica en base al diagnóstico de manera grupal e individual para quien lo requiera. Así poder favorecer un mejor estado de salud para el adulto mayor.

Palabras claves: Deterioro cognitivo, adulto mayor, gerontología.

ABSTRACT

The number of older adults in Mexico has increased significantly, making it necessary to monitor their mental health and general well-being.

This research addresses cognitive deterioration in older adults; Concepts such as aging and types of aging, older adults and their characteristics, cognitive impairment, as well as their diagnosis and characteristics, Folstein Mini Mental Test and its application are addressed. Finally, the role of the gerontologist in the intervention with the cognitive impairment.

The objective of the research is to determine the level of cognitive impairment presented by older adults belonging to the National System for Comprehensive Family Development (DIF), Atlacomulco day homes, with the purpose of proposing a gerontological intervention based on the group and individual diagnosis for those who require it. Thus, we can promote a better state of health for the elderly.

Key Words: Cognitive impairment, older adult, gerontology.

INTRODUCCIÓN

E

l deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. (Ross W, 2002).

Con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas.

La ENADID 2018 reporta que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total.

Según la Consejo Nacional de Población (CONAPO) se considera adulto mayor a las personas de 60 años y más de edad. Al año 2019 en el Estado de México, radican 1 millón 807 mil 74; 826 mil 125 hombres y

980 mil 949 mujeres. En términos porcentuales este grupo de población representa 10.48% del total de la población estatal.

En México existen alrededor de 800,000 personas afectadas con demencia, la prevalencia actual se sitúa entre el 7.9% y 9% considerándose como el quinto país con prevalencia alta en toda América Latina.

La presente investigación se enfocó en evaluar el deterioro cognitivo de los adultos mayores del municipio de Atlacomulco, Estado de México, pertenecientes a la Casa del Adulto Mayor del DIF, dado que, el deterioro cognitivo tiene severas repercusiones a nivel personal, familiar y social, con esta investigación se pretende determinar el nivel de deterioro cognitivo que pudiesen presentar y con ello brindar la atención requerida, oportuna y humanista para esta población, dando así, el inicio de una mejor calidad de vida frente a esta nueva etapa. Con ello, se podrá implementar un programa gerontológico en pro de los adultos mayores que lo requieran, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales.



MARCO TEÓRICO

ENVEJECIMIENTO

De acuerdo con lo que dice la Organización Mundial de la Salud, desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. (Salud OMDI. Envejecimiento y Salud. 2018).

En México, en la población de 30 a 59 años la cifra aumentó de 25.5% a 37.4% y para la de 60 años o más, pasó de 6.2% a 11.3%. Este incremento es un indicio de que el país está pasando por un proceso de envejecimiento demográfico.

VEJEZ

Con el término vejez se hace referencia a un estado biológico, psicológico y social irreversible y que varía según los lugares, las épocas e incluso los individuos: en la Edad Media se era viejo entre los 35 y 40 años y hoy incluso las personas de 70 años pueden dar una impresión de jovialidad.

Las definiciones de lo que es "vejez" no son idénticas en biología, demografía, empleo, jubilación y sociología. Se considera como "viejos" a las personas mayores de 60 o 65 años a efectos administrativos y estadísticos.

La vejez es una etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad.

En los países desarrollados se considera el inicio de la vejez a los 65 años, mientras que en los países en desarrollo como México se determina el inicio de la vejez a los 60 años. La vejez también se define como una construcción social individual y colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar.

Esta etapa es consecuencia de las etapas que le antecedieron y refleja la biología, el contexto social, la visión y la actitud ante la vida de cada persona.

En fechas recientes se introdujo el concepto de edad "prospectiva" para referirse a la vejez como la etapa en la cual la esperanza de vida remanente es de tan sólo 15 años (Sanderson y Scherbov, 2007). Este concepto nos replantea la perspectiva de lo que significa envejecer y a tener más conciencia de que las consecuencias de la vejez son adaptables por los determinantes económicos y sociales de la persona, pues es bien sabido que la esperanza de vida de las poblaciones guarda una estrecha relación con su PIB (World Health Report, 2008).

Se tienen las siguientes orientaciones políticas de envejecimiento en los acuerdos internacionales (Montes de Oca-Zavala, 2010):

- Envejecimiento activo.
- Envejecimiento exitoso.
- Envejecimiento saludable.
- Envejecimiento satisfactorio.
- Envejecimiento competente.

La OMS define al envejecimiento activo como "un proceso de oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales" (Montes de Oca-Zavala, 2010, p. 164; OMS, 2002).

FORMAS DE ENVEJECIMIENTO

- Envejecimiento ideal: son completamente capaces en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica, se perciben en muy buen estado físico, no hay deterioro cognitivo presente, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.

- Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica, presentan dificultad en alguna AIVD, consideran su estado de salud bueno, no tienen deterioro cognitivo y su factor de riesgo es bajo.
- Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica, perciben su estado de salud como regular, tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia, su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- Envejecimiento patológico: estas personas presentan una mala autoevaluación del estado de salud, tienen deterioro cognitivo y se les ha diagnosticado enfermedades crónicas, el estado de salud está afectado en varias dimensiones. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

Como parte de los supuestos sobre las diferencias en la forma y el ritmo de envejecimiento se incluyen las variables de edad, sexo y condición urbana o mixta.

Por sexo, el porcentaje de hombres que tiene un envejecimiento ideal o activo es 73.8%, mientras que el de las mujeres es 63%. Vivir en áreas urbanas o mixtas en este tipo de envejecimiento no representa diferencia significativa. De los que viven en áreas mixtas, 66.6% tiene tipo de envejecimiento ideal o activo, mientras que los que viven en áreas urbanas lo tienen de 69.4%; la diferencia es de 2.8%. Conforme se avanza en edad, menor es el porcentaje de población que tiene un envejecimiento ideal o activo. Del grupo de 50-64 años, tres de cada cuatro tienen esta característica; en el de 65-74, el porcentaje es 62.6%, y finalmente, en el de 75 y más, 44.9% tiene envejecimiento ideal o activo.

Las relaciones intergeneracionales, la solidaridad familiar y social con los adultos mayores, son parte clave para continuar con un envejecimiento activo, aquello permite la inclusión y participación del adulto mayor en la sociedad y en la familia y en el desarrollo de una sociedad participativa.

De acuerdo con lo que plantea Huenchuan (1998) la vejez se ha visto viciada por una serie de prejuicios que hacen ver a esta etapa de la vida como un proceso negativo y sin sentido, a la cual muchos se niegan a llegar y no se ve como una etapa valiosa del desarrollo del ser humano.

Estos prejuicios acerca de la vejez por una parte se deben a la falta de cultura del envejecimiento y a los estereotipos de belleza que vemos en los medios de comunicación y que impone la sociedad, siendo la vejez una etapa que debe disfrutarse y aceptarse con los cambios que conlleva como cualquiera de las etapas anteriores.

Es necesario aclarar el concepto de edad según lo planteado por Cepal 2011:

La edad cronológica se refiere a la edad en años. De acuerdo con este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años, normalmente es fijada por ley con denominaciones como "adulto mayor" o "persona adulta mayor". Desde esta perspectiva, el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición de la persona en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios sobre todo aquellos asociados al empleo dependen de la edad cronológica (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan (1998).

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan (1998)

La edad social, alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Arber y Ginn, 1995). Esto significa que la etapa de la vejez, al igual que el género, es una construcción social e histórica que posee el significado que la cultura otorga a los procesos biológicos que

la caracterizan. Se trata de una categoría social con un fundamento biológico, los años que los demás le atribuyen a la persona (Arber y Ginn, 1995 citado en Huenchuan (1998).

Por lo explicado anteriormente podemos observar que el concepto de edad casi siempre está determinado por la sociedad y los hechos históricos que esta ha vivido, otras veces respaldado por los hechos biológicos inevitables.

ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

Conforme se incrementa la supervivencia de la población mexicana y su población envejece, existe la necesidad de identificar los niveles y tendencias del cambio demográfico dentro del propio grupo de adultos mayores, identificados como las personas que tienen 60 años o más.

En algunas entidades federativas como el Estado de México y la Ciudad de México con una avanzada transición demográfica, el envejecimiento de su población es ya un tema prioritario que modifica las necesidades de la población.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Intercensal 2020, en nuestro país alrededor del 12% de la población corresponde a personas con 60 años o más, mientras que en el Estado de México nueve de cada 100 pertenecen a este grupo etario. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se espera que dichas cifras vayan en aumento; además de que la población envejecida femenina es mayor que la masculina. Es importante mencionar estos datos de la población en México con el fin de contextualizar el fenómeno del envejecimiento demográfico.

México aún se clasifica con una población joven, de acuerdo con las proyecciones de población que realiza la ONU. La edad mediana en el país para 2020 es de 29.2 años, la cual es menor si se compara con la de Estados Unidos de Norte América que es de 38.3 años. (15)

ESTADÍSTICAS

De acuerdo con el INEGI, en 2020 residían en México 15.1 millones de personas de 60 años o más, que representan 12% de la población total.

En el país, por cada 100 niños o niñas con menos de 15 años hay 48 adultos mayores.

Casi tres millones (2 993 653) de persona adultas mayores (20%) no están afiliadas a alguna institución de servicios de salud

En México existen alrededor de 800,000 personas afectadas con demencia, la prevalencia actual se sitúa entre el 7.9% y 9% considerándose como el quinto país con prevalencia alta en toda América Latina. La incidencia es de 23.7 casos nuevos por cada 1000 habitantes por año, se espera que para el 2050 se presenten hasta tres millones de personas afectadas por demencia en nuestro país.

DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. (Ross W, 2002).

Muchos autores utilizan la definición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (APA, 2002) y utilizan los siguientes criterios:

- Deterioro adquirido en la memoria
- Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
- Afasia (alteración del lenguaje).
- Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora este intacta).
- Agnosia (fallo en reconocimiento de objetos, a

pesar de que la función sensorial este intacta).

- Alteración de la función ejecutiva (pensamiento abstracto, juicio, razonamiento).
- Los deterioros en la cognición deberán ser lo suficiente severos para interferir en lo laboral, social y/o personal.
- Tienen un inicio gradual y un deterioro cognitivo progresivo.
- Las alteraciones cognitivas no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de delirium.

El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer (EA).

Casi el 60 % de las personas con demencia viven en países de ingresos bajos y medianos, y se prevé que este porcentaje aumente rápidamente en el próximo decenio.

La palabra cognición viene del latín "cognoscere" que significa "llegar a conocer". También puede incluir nociones de conciencia, criterio o producto del conocimiento'. La cognición está entrelazada con el aprendizaje de modo inextricable.

EPIDEMIOLOGÍA

Un estudio realizado en la Ciudad de México muestra que la prevalencia de demencia se acerca a 5% en los mayores de 65 años, incrementándose hasta 45% en los mayores de 80 años de edad. La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) encontró que 8% de pacientes entre los 60 a 74 años tuvieron una calificación del Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM) menor a 13; en el grupo de mayores de 75 años se encontró 20% con calificación de EMEM menor a 13.

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar al deterioro cognitivo como leve (DCL) que, a diferencia de las demencias, involucra un

déficit en la memoria que puede tener o no alteraciones en otras funciones mentales, pero que no afecta de manera importante el desempeño del paciente en su vida diaria, aunque este déficit leve puede evolucionar hacia la demencia; en algunos estudios se calcula que entre 8% y 15% de las personas con DCL evoluciona a la enfermedad de Alzheimer.

A diferencia del DCL, la demencia está caracterizada por deterioro cognitivo persistente que sí interfiere con las actividades del individuo; tanto personales como laborales y sociales.

Por lo descrito anteriormente, es importante tener un diagnóstico temprano e interferir en la evolución del deterioro cognitivo, logrando que el paciente conserve su independencia y autonomía en la medida de lo posible.

El deterioro cognitivo se clasifica según las siguientes determinaciones:

- Deterioro cognitivo leve: este tipo de deterioro no afecta gravemente la ejecución de funciones diarias por lo que se pueden realizar con cierta normalidad, así también hay presencia de funcionamiento cognitivo normal, hay un compromiso a nivel de la memoria para la edad y la educación, sin embargo, si podemos referir que hay ausencia de demencia.
- Deterioro cognitivo moderado: se caracteriza porque el paciente ejecuta sus labores diarias de manera alterada ya que solo puede realizar tareas sencillas, aún mantiene cierto grado de relación con su ambiente.
- Deterioro cognitivo severo: generalmente se diagnóstica empleando algún instrumento que valore la función cognitiva o prueba de ayuda diagnóstica.

Se caracteriza por un déficit cognitivo muy alterado que impide la ejecución de sus actividades diarias, también la pérdida del autocuidado, la dependencia funcional genera que la personas necesiten ayuda las 24 horas del día, se encuentra estrechamente relacionado con la demencia.

A nivel físico comienza un declive lento y gradual, perdiendo la capacidad para deambular, disminuye la masa muscular por lo que es más vulnerable a la presencia de síndromes.

Por ello es importante que el profesional que diagnostique el deterioro cognitivo informe a la familia de la ayuda y los cuidados que requiere el adulto mayor dependiendo de su clasificación, así como el cuidador principal deberá conocer la personalidad de la persona para poder informar a su profesional de la salud cualquier cambio.

La actividad física es bien conocida por tener beneficio sobre enfermedades crónicas como la diabetes, osteoporosis y la enfermedad coronaria, fue estudiada por Laurin y colaboradores con relación al déficit cognitivo y demencia y se encontró que niveles moderados o altos de actividad física fueron asociados con un riesgo significativamente menor de demencia de cualquier tipo, independiente del nivel educativo o del estado de salud.

El profesional de la salud deberá crear un plan de ejercicios adecuados para las condiciones físicas, psicológicas, económicas y culturales adecuadas para que el adulto mayor pueda realizar sin mayor riesgo o dificultad.

La disminución de las funciones cognitivas asociadas a la edad depende de factores como la situación socioeconómica, el estilo de vida, la presencia de enfermedades crónicas y el uso de fármacos. Existen indicios de que el deterioro cognitivo debido a la edad puede compensarse parcialmente con las habilidades prácticas y las experiencias adquiridas durante su vida, y moderar con actividad física y entrenamiento mental.

En las diversas investigaciones orientadas a identificar los síntomas o principales cambios que se generan a nivel cognitivo en personas con DCL, han encontrado que la alteración a nivel mnémico es el principal indicador de disfunción.

Petersen y Morris (2005) establecieron dos tipos de DCL: uno de tipo amnésico y otro no amnésico, categorización que es independiente de la cantidad de dominios cognitivos afectados por la enfermedad.

La investigación de Farías y su equipo (Farías et al, 2006), da cuenta que las personas con DCL presentan cierta dificultad para realizar de manera exitosa las actividades instrumentales de la vida cotidiana, como por ejemplo; cocinar, manejar sus finanzas o su medicación, estas son tareas que tienen cierta complejidad cognitiva. (Seelye et.al., 2013).

PREVALENCIA

Existen varios estudios epidemiológicos, por ejemplo, el Eurodem Consortium que documenta como la prevalencia de demencia se incrementa con la edad, en la población entre 60 y 65 años hay una prevalencia del 1%, en la población entre 80-85 años del 13% y en la población entre 90-95 años llega a 32%; a partir de lo cual, se obtiene una prevalencia global del 5% en adultos >65 años de edad, que se eleva al 20% en adultos >80 años (NICE, 2007).

En México la prevalencia general deterioro cognitivo es una condición importante en la población mayor de 65 años, se encuentra alrededor del 8% (ENASEM 2007). Las mujeres padecen tener una mayor incidencia (NICE, 2007).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo principalmente caen dentro de 3 categorías: Envejecimiento, genética y ambientales.

- Edad avanzada.
- Antecedentes familiares de demencia.
- Trauma craneoencefálico con pérdida de conciencia.
- Alteraciones en los vasos sanguíneos (hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis).
- Diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos.
- Depresión y otros trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, psicosis).

- Infecciones como meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis. VIH.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.
- Delirium postoperatorio o durante la hospitalización.
- Evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis.
- Algunos tipos de cáncer.
- Enfermedad de Parkinson.

Se ha demostrado que existe una relación causal entre la historia familiar de demencia, la edad y el genotipo APO-E-E4. Las personas con antecedentes familiares presentan un riesgo relativo 2.5 veces superior a desarrollar demencia.

FACTORES GENÉTICOS

El gen de la apolipoproteína E (APOE), es el único gen de susceptibilidad establecido para Enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo, en un estudio no se ha encontrado ninguna asociación en el caso del DCL en pacientes mayores de 65 años. En otro estudio encontraron que la frecuencia de APOE4 era 10 veces mayor en pacientes comparados con controles, aunque la frecuencia absoluta era solo del 20 %.

FACTORES CARDIOVASCULARES

Una importante cantidad de datos a nivel clínico, patológico y epidemiológico apoyan la asociación entre factores de riesgo cardiovascular y deterioro cognitivo. La mayoría de ellos pueden ser modificables.

Diabetes mellitus, altos niveles de glucemia y deficiencia o resistencia a la insulina se han asociado a un incremento en el riesgo.

En edades medias de la vida, la elevación de la tensión arterial incrementa el riesgo de deterioro cognitivo. El efecto de la hipertensión en el riesgo disminuye y puede incluso invertirse, con un efecto protector.

Los estudios epidemiológicos dan resultados controvertidos en cuanto a la asociación entre dislipemia y deterioro cognitivo. Algunos análisis indican cómo niveles elevados de colesterol pueden cambiar la relación con la presencia de alteración cognitiva en las edades avanzadas.

Se ha mostrado que tanto un peso corporal elevado como disminuido suponen un riesgo para deterioro cognitivo, sugiriendo que la relación entre funcionamiento cognitivo y peso corporal es una curva tipo U. Tampoco se ha establecido cómo la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso disminuye la frecuencia de deterioro cognitivo.

FACTORES SENSORIALES

El déficit auditivo se ha relacionado con la fragilidad física y cognitiva.

La asociación entre deterioro de la función olfatoria y deterioro cognitivo puede reflejar la vulnerabilidad del bulbo para el asentamiento de lesiones específicas, e incluso su relación con la mortalidad.

ESTILOS DE VIDA

Estudios prospectivos han mostrado que la actividad física, sobre todo la de intensidad moderada, se asocia a un riesgo bajo de declinar en la función cognitiva. La relación entre la actividad física y la incidencia de DCL sigue siendo tema de discusión y análisis.

Los estudios que analizan el impacto del consumo tabaco en la función cognitiva sugieren la asociación entre esas situaciones.

Algunos han investigado la relación entre la ingesta de alcohol y el riesgo de deterioro cognitivo. Un riesgo ligero de los consumidores leves versus los grandes consumidores.

Un bajo nivel educativo se ha asociado a un mayor riesgo de DCL. La actividad intelectual puede incrementar el volumen de la sustancia gris y una activación de sistemas de neurotransmisión.

Otro elemento para considerar es la actividad social; es posible que la calidad y el grado de satisfacción sea más importante que el número de contactos en su capacidad de prevenir el deterioro cognitivo.

El International Working Group Criteria for Mild Cognitive Impairment considera, como factor de riesgo independiente, el padecer depresión en edades medias.

La velocidad de la marcha es dependiente de múltiples sistemas físicos y neurológicos y es un buen marcador del estado de salud general. Algunos estudios indican la relación entre la lentitud de la deambulación en mediciones a 6 metros recorridos y el deterioro de las funciones cognitivas.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo con su temporalidad será de tipo transversal, dado que los usuarios que serán estudiados estarán dentro de un mismo tiempo.

Tendrá un enfoque cuantitativo porque se medirán variables, con ayuda de métodos estadísticos, probando así, las hipótesis establecidas.

Diseño metodológico: Es de tipo no experimental, ya que no existió una manipulación intencionada al grupo estudiado de adultos mayores.

Alcance de la investigación: es de tipo descriptivo ya que busca identificar el nivel de deterioro cognitivo que puedan llegar a tener los adultos mayores.

Línea de investigación: investigación educativa en enfermería y gerontología.

Universo: Dentro del municipio se encuentran trece grupos inscritos a los grupos de adultos mayores en Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con un total de 580 adultos mayores.

Población: 66 adultos mayores pertenecientes a la Casa del Adulto Mayor del DIF Atlacomulco, participan en actividades recreativas los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes en un horario de 10:00 a 16:00 horas, en el municipio de Atlacomulco, centro.

Muestra: 30 adultos mayores.

Muestreo no probabilístico: Se eligieron para participar en la investigación a las personas que cumplieran con los criterios establecidos.

Unidad de análisis: Casa del Adulto Mayor, Atlacomulco, Estado de México.

Selección de Muestra: Se revisarán las listas de los asistentes, con la finalidad de recabar información de los que cumplan con los criterios de inclusión, adultos mayores de 60 años de edad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Tener más de 60 años, sin un máximo de edad.
Pertenecer a la Casa del Adulto Mayor de Atlacomulco, centro.

Adultos mayores pertenecientes al municipio seleccionado.

Adultos mayores que aceptaron participar en la investigación de manera voluntaria.

Cuestionarios completos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Personas que no estén dentro del rango de edad establecida.

Adultos mayores que no pertenezcan a la comunidad seleccionada.

Adultos mayores que no pertenezcan a la Casa del Adulto Mayor

Adultos mayores que no aceptaron participar en la investigación de manera voluntaria.

Imposibilidad de comunicación con el paciente o estado de conciencia alterado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Cuestionarios incompletos.

Cuando el participante solicite abandonar el estudio.

VARIABLES

Dependiente

Deterioro cognitivo: Disminución de las funciones cognitivas, en los dominios conductuales y psicológicos presentes en los adultos mayores en estudio, será medido con el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein.

Independientes

Edad: En México, mediante el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2011) se considera a los adultos mayores a partir de los 60 años de edad.

Edad (cronológica) Tiempo vivido desde el nacimiento, medido por años, meses, o días (OMSS)

Instrumentos utilizados y métodos para el control de la calidad de datos

El instrumento utilizado fue el Mini Examen del Estado Mental (Minimental de Folstein).

Las puntuaciones son las siguientes: La línea de corte es 24; si el resultado total es igual o menor a 23 es probable que la persona presente deterioro cognitivo.

VALIDEZ:

La evaluación cognitiva o examen del estado mental de las personas, principalmente en ancianos, puede ser detectado a través de diferentes instrumentos de medición; entre los más utilizados se encuentra el Mini Mental (Mini Mental State Examination - MMSE) construido por Folstein y McHugh en 1975. El Examen del Estado Mental evalúa el comportamiento, orientación, actitud, percepción, juicio, abstracción y cognición del individuo (Bell & Hall, 1977).

El objetivo de este estudio es establecer la presencia de probable deterioro cognitivo mediante la entrevista a la persona adulta mayor. Dicho examen está integrado por 30 preguntas las cuales exploran diversos dominios cognitivos. La puntuación tiene un rango de 0 a 1; dependiendo de la respuesta, ésta se califica con 0 si la respuesta es incorrecta y con 1 si es correcta. Los ítems de esta escala se dividen en 5 funciones mentales superiores: 1ª orientación en tiempo y lugar, 2ª memoria a corto plazo, 3ª atención y cálculo, 4ª memoria diferida y 5ª lenguaje oral y escrito. Para su calificación se realiza la suma total de cada apartado correspondiente a la función mental superior explorada.

METODOLOGÍA

Mediante esta investigación se obtuvieron resultados que permitieron conocer el nivel de deterioro cognitivo dominante que se presenta en la mayoría de los adultos mayores de la Casa del Adulto Mayor, en el municipio de Atlacomulco.

En esta investigación la mayoría de los adultos mayores están entre los 70 y 79 años de edad, escolaridad promedio primaria terminada, el 60% de los participantes son viudos y el puntaje predominante es de 24-10 como se aprecia en la tabla 1, lo que significa que existe un deterioro de leve a moderado en la mayoría de los participantes.

Tabla 1

PUNTAJES		
RANGO DE PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Entre 30 y 27 puntos	5	17%
Entre 26 y 25 puntos	7	23%
Entre 24 y 10 puntos	18	60%
Entre 9 y 6 puntos	0	0%
Menos de 6 puntos	0	0%

Fuente: Instrumento aplicado " MMSE (Mini-Mental State. Examination) de Folstein."

METODOLOGÍA

Es importante para el Licenciado en Gerontología y los profesionales que atienden al adulto mayor, el poder detectar los problemas que manifiesta, para así poder intervenir de manera oportuna y pronta, logrando con ello el mejorar o mantener una buena calidad de vida para el adulto mayor y su entorno.

Se logró establecer que el nivel de deterioro cognitivo predominante en el grupo estudiado es de un deterioro leve a moderado, sin embargo, no hay ni un sujeto que presente un nivel severo.

Los resultados fueron gracias al método utilizado en esta investigación, el Mini Mental de Folstein, el cual nos ayudó a evaluar a los participantes de manera clara, rápida y eficaz.

Mediante estos resultados, se logró en esta investigación, no sólo el saber cuál es el nivel que predomina en el grupo, también el poder clasificar los resultados en los distintos niveles que maneja el Mini Mental de Folstein.

BIBLIOGRAFÍA

- Benavides-Caro, C. A. (2017b). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 108–109. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Castanedo Pfeiffer C, Tema 1, *Biología del Envejecimiento*, Universidad de Cantabria. <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25201%2520Biología%2520del%2520envejecimiento.pdf>
- COESPO con base en *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 del CONAPO*. Consultado el día 30 de agosto de 2021 tomado de: https://coespo.edomex.gob.mx/adultos_mayores
- Corujo Rodríguez E, et al, *Cambios Más Relevantes y Peculiaridades de Las Enfermedades en el Anciano*. Tratado de Geriátria para Residentes. Príncipe de Vergara, 1.º B. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG).file:///C:/Users/ACER%20PC/Downloads/S35-05%2003_1.pdf
- Corujo Rodríguez E, *Tratado De Geriátria para residentes*. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG). Príncipe de Vergara, 57-59, 1.º B. Cambios Más Relevantes Y Peculiaridades De Las Enfermedades En El Anciano
- Deterioro cognitivo leve En el adulto mayor*. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.p.18-19 <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- D'Hyver de las Deses, Carlos. (2017). Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(3), 38-54. Recuperado en 09 de febrero de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-1742201700030003&lng=es&tlng=es
- Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención* p.43. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf
- Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención* p. 10 CENETEC P. 8 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/lmss_144_08_grr_demencia_am.pdf
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOEN). Primer trimestre de 2021*. SNIEG. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Poblacion2020_Nal.pdf INEGI
- Montes de Oca-Zavala, 2010, p. 164; OMS, 2002.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] y La Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2014). *El analfabetismo funcional en América Latina y el Caribe*. Panorama y principales desafíos de política. Recuperado el 06 de septiembre de 2021, de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36781/1/S2014179_es.pdf.
- Salud OMDi. *Envejecimiento y Salud*. (2018). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-utilidad-del-minimental-de-folstein-para-diferenciar-simuladores-de-pacientes-con-cuadro-amnésico-de-causa-orgánica> P.2 http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/simulador2012_9_9-15.pdf