

Caracterización del estado cognitivo, funcional y anímico de la población adulta mayor de los Centros de Vida (CDV) de Cartagena de Indias e identificación de factores de riesgo para la presencia de patología.

Ortiz, Jeimer & Simancas, José

Universidad Tecnológica de Bolívar

Concepto de Aprobación

Jurado 1

Jurado 2

Agradecimientos

A Dios, nuestro guía en todo momento.

A nuestros padres y madres por el apoyo incondicional que nos han dado a lo largo de nuestra vida y de nuestra carrera.

A nuestra tutora Dr. **Rocío Del Carmen Bolaño García.**

Por su generosidad al brindarnos la oportunidad de encontrar en su capacidad y experiencia investigativa, un espacio de amistad y afecto y por estar disponible en cualquier momento; Gracias por el cariño y el empeño puesto en cada revisión de los estudios de este proyecto.

A todos nuestros amigos y profesores por ayudarnos a crecer como personas y por estar siempre presentes apoyándonos en todas las circunstancias.

Jeimer David Ortiz Marimón

José Darío Simancas Contreras

Tabla de contenido

Caracterización del estado cognitivo, funcional y estado anímico de la población adulta mayor de los Centros de Vida (CDV) de Cartagena de Indias e identificación de factores de riesgo para la presencia de patología.....6

 Envejecimiento, deterioro cognitivo leve y demencia6

 Instrumentos de evaluación del estado cognoscitivo, la demencia y el DCL..... 14

 Políticas públicas y envejecimiento 17

 Objetivo General 22

 Objetivos específicos..... 23

Metodología..... 24

 Participantes..... 24

 Instrumentos..... 24

 Operacionalización..... 26

 Procedimiento 27

Resultados 28

Conclusiones..... 36

Referencias 41

Índice de Tablas

<i>Tabla 1.</i> Medias de desviaciones de pruebas cognoscitivas, funcionales y del estado de ánimo.....	29
<i>Tabla 2.</i> Frecuencia y porcentaje de sujetos en función de los distintos niveles para cada una de las pruebas utilizadas	30
<i>Tabla 3.</i> Comparación de las medias las puntuaciones obtenidas por adultos mayores de los Centros de Vida de Cartagena en las pruebas cognitivas, funcionales y del estado de ánimo de acuerdo a la edad, el género y la escolaridad	31
<i>Tabla 4.</i> Correlación entre las pruebas cognitivas, funcionales y del estado de ánimo de los adultos mayores.....	32
<i>Tabla 5.</i> Correlación entre el minimental y la variable escolaridad	33
<i>Tabla 6.</i> Resultados del análisis de Regresión para el TRO y TRC	34
<i>Tabla 7.</i> Porcentajes de los adultos mayores según el nivel de escolaridad y el deterioro cognitivo.....	34
<i>Tabla 8.</i> Reclasificación de los niveles del MMSE versus categorías extremas de la variable escolaridad	35

Caracterización del estado cognitivo, funcional y estado anímico de la población adulta mayor de los Centros de Vida (CDV) de Cartagena de Indias e identificación de factores de riesgo para la presencia de patología.

Envejecimiento, deterioro cognitivo leve y demencia

El creciente aumento de la población adulta mayor ha despertado un interés por el estudio de todo lo que rodea el envejecimiento, dándole especial importancia a las diversos declives cognoscitivos y patologías, ya que son una de las primeras fuentes de incapacidad en la vejez (Mora-Simón, García-García, Perea-Bartolome, Ladera-Fernández, Unzueta-Arce, Patino-Alonso & Rodriguez-Sanchez, 2012), causando preocupación para los sistemas de salud. Se ha encontrado que en países desarrollados, el acelerado aumento de patologías en adultos mayores, ha llegado a constituirse como un problema de salud pública que amerita atención por parte de los gobiernos (Brookmeyer & Gray, 2000 en Fernández, Castro-Flores, Pérez -de las Heras, Mandaluniz-Lekumberri, Gordejuela & Zarranz, 2008).

El envejecimiento trae consigo modificaciones no solo físicas y fisiológicas, sino también cambios en los roles familiares, laborales y sociales; es el resultado de la interacción entre diversos factores externos e internos que condicionan a que este ocurra o no de manera exitosa (Fernández, Machado & León-Díaz, 2009). El adulto mayor pasa de ser muchas veces cabeza del hogar a ser un miembro de la familia que requiere de cuidado y supervisión, en especial cuando se presenta alguna patología durante el mismo.

Una serie de cambios físicos, son parte del proceso de envejecimiento normal, entre los más frecuentes se encuentran los cambios a nivel sensorial como por ejemplo pérdida de flexibilidad o de transparencia del cristalino, aumento de la presión intraocular lo que ocasiona un deterioro del nervio óptico, anormalidades en el campo visual, también se presenta una pérdida gradual de la audición, dificultad o incapacidad para escuchar frecuencias altas y medias; a nivel motor, se produce una pérdida de la masa muscular, debido a la atrofia de las fibras, lo que ocasiona disminución de la fuerza física (Brioso, Contreras, Corral, Delgado, Díaz, Giménez, Gómez, Oliva, & Sánchez, 2009).

En el aspecto fisiológico los cambios están dados principalmente por un enlentecimiento general del sistema nervioso, el cual puede estar relacionado con la pérdida de arborizaciones dendríticas en regiones corticales, el deterioro de axones mielínicos en las capas profundas de la corteza y en la sustancia blanca (Bernhardi, 2005).

Los estudios con imágenes funcionales han contribuido a la comprensión de los cambios en la activación cerebral que se presentan en esta etapa. Se ha encontrado por ejemplo que el área pre frontal tiene activación anormal durante el envejecimiento, explicando gran parte de los cambios cognoscitivos asociados al envejecimiento, y relacionándose a su vez con los cambios bioquímicos del sistema dopaminérgico y su proyección hacia el área pre frontal. (Bentosela M, & Mustaca A, 2005). Las técnicas de neuroimagen funcional han orientado además la investigación hacia modelos explicativos del envejecimiento cognitivo, identificándose que la activación del cerebro en el adulto joven durante la ejecución de tareas cognitivas es diferente a la que se

produce en el adulto mayor, ya que en este se activan regiones no usadas por el primero. Se encuentran además diferencia en la lateralización de la activación, siendo esta mayormente unilateral en el adulto joven, mientras que en el adulto mayor se presenta la activación de ambos hemisferios cerebrales cuando realiza una tarea cognitiva, es decir que la asimetría hemisférica estaría disminuida en el envejecimiento (Cecil, & DeFrates-Densch, 2009).

Por otro lado, también se presentan cambios en el componente cognoscitivo, los cuales pueden ser producto del envejecimiento normal, o por el contrario, ser consecuencia de la presencia de una patología. Por esta razón, diversos estudios han tratado de identificar las características de los cambios asociados a la edad y así diferenciarlos de las etapas iniciales de algunas demencias como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer (Mulet, Sánchez-Casas, Arrufat, Figuera, Labad & Rosich, 2005).

Las personas mayores presentan un declive en su funcionamiento cognoscitivo (Fernández, Et al. 2009); la investigación en este campo ha demostrado que el espectro es bastante amplio, por ejemplo, Libon y cols. (1994 en Moreno, Montañés, Cano, Plata & Gámez, 2005), reportaron que sujetos mayores de 80 años tienen un peor desempeño que las personas menores de 70 años en tareas visoespaciales integrativas como el test de organización visual de Hooper y ensamblaje de cubos, resultados similares fueron encontrados en tareas que involucraban un componente ejecutivo, como la tarea de interferencia de Stroop y el test de clasificación de Wisconsin. En contraste a lo anterior el lenguaje se ve menos afectado en comparación con otras áreas, sin embargo, aspectos como la comprensión, la segmentación sintáctica, los procesos de integración o la

asignación de papel temático ligados a la memoria de trabajo también se ven ligeramente afectados en personas mayores (López-Higes, Rubio & Martín-Aragoneses, 2010).

Uno de los problemas más frecuentes en el envejecimiento es la declinación de la memoria; las quejas subjetivas sobre la memoria aparecen en el 70% de las personas mayores (Laurent, Allegri & Thomas-Anterion, 1997 citado en Bentosela & Mustaca, 2005). A edades avanzadas se encuentra más afectado el recuerdo que el reconocimiento, este último en algunas condiciones incluso parece no verse alterado (Simón, Ruiz & Suengas, 2009; Bentosela & Mustaca, 2005). En un estudio dirigido por Simón, Ruiz & Suengas, (2009) se evaluó el desempeño de 44 adultos (22 jóvenes y 22 adultos mayores) en una prueba de recuerdo y reconocimiento de imágenes, encontrando que las personas con una edad de 65 años en adelante recuerdan menos elementos que los jóvenes, especialmente se les dificulta la evocación de los primeros elementos de la serie (efecto de primacía). Por otro lado los resultados en pruebas de fluencia verbal indican la presencia de un declive en la memoria semántica, (Laurent et al., 1997 en Bentosela & Mustaca, 2006), así como también déficits en pruebas que requieran el procesamiento simultáneo de varias informaciones, esto es debido a la mayor dificultad de la memoria de trabajo para suprimir la información irrelevante (Gontier, 2004), y por el contrario, se conserva la memoria procedural (Bentosela & Mustaca, 2005).

Por su parte, se ha planteado el concepto de envejecimiento exitoso, el cual argumenta que los cambios anteriormente descritos pueden no presentarse, este constructo no visualiza a la adultez mayor como un estado evolutivo lleno de limitaciones y disfunciones, por el contrario, enfatiza que este estadio también puede ser un periodo de desempeño óptimo en todas las esferas de la vida del individuo. Es

definido por Rowe y Khan (1987) como “baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, junto a un alto funcionamiento cognitivo, capacidad funcional y compromiso activo con la vida” (citado en Fernández, Et al. 2009 p. 3).

Pero hay una serie de cambios que van más allá de los esperados durante el curso del envejecimiento normal. Como primera instancia, se ha descrito el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) como un estadio intermedio entre la demencia y el envejecimiento no patológico, caracterizado por la afectación cognitiva por encima de lo que se espera en función del nivel cultural y académico del individuo (Petersen, 2003 en Sánchez & Torrellas, 2011). Petersen (1997) postuló las condiciones que debía cumplir una persona para considerarla con DCL, entre estos se encuentran “a) alteración subjetiva de la memoria, la cual debe ser corroborada por un informador fiable; b) alteración de la memoria objetiva, mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad; c) función cognitiva general normal; d) realización normal de las actividades de la vida diaria; e) no padecer demencia”(en Mulet, Sánchez-Casas, Arrufat, Figuera, Labad & Rosich, 2005 p. 251). Actualmente se clasifica el DCL en amnésico, de múltiple dominio y de dominio simple no amnésico, debido a que cada subtipo tiene una evolución totalmente diferente y por ende desencadenar en patologías distintas, por ejemplo, en el caso del DCL amnésico, se presenta la afectación subjetiva de la memoria, que debe ser corroborada con un informante; deterioro leve de la memoria en función de la edad y nivel educativo, con conservación de las demás funciones cognitivas y normalidad en las actividades de vida diaria (AVD). Con mucha frecuencia este tipo de DCL termina en Enfermedad de Alzheimer (Fernández, Et al. 2009).

Con respecto a las cifras de prevalencia de DCL, es posible que existan variaciones debido a que aun hay cierta imprecisión alrededor del concepto de deterioro cognitivo leve; se ha referido de una prevalencia de DCL de 8% en muestras de más de 65 años de edad (Di Carlo, Boldereschi, Amaducci, Maggi, Grigoletto, Scarlato, 2000 en Martín & Bulbena, 2007). Así mismo, investigaciones epidemiológicas puntualizan cifras de prevalencia de DCL en países desarrollados como Canadá de 16,8%, mientras que en Italia y Dinamarca fue de 10,5% y 2,8 % respectivamente (Graham, Rockwood, Beattie, Eastwood, Gauthier & Toukko, 1997; Ritchie, Artero & Touchon, 2001; Andersen, Lolk, Nielsen, Andersen, Olsen & Krongh-Sorensen, 1997 en Martín, et al. 2007).

La demencia, es un conjunto de cambios patológicos que puede presentarse durante el curso del envejecimiento, y esta caracterizada por un deterioro intelectual global respecto a un nivel cognitivo premórbido, lo suficientemente grave como para interferir en las actividades de la vida diaria (Brioso, Contreras, Corral, Delgado, Díaz, Giménez, Gómez, Oliva, & Sánchez, 2009). Debido a que son múltiples los factores que pueden llevar a el inicio y desarrollo de la demencia, son muchas las clasificaciones que surgen a partir de dicha diversidad, entre las mas frecuentes se encuentran: Enfermedad de Alzheimer, demencia Vascular, Enfermedad de pick y Demencia por Cuerpos de Lewy.

En relación a la demencia en Latinoamérica, son pocos los estudios poblacionales que se han preocupado por conocer la frecuencia de casos de demencia de manera general, no obstante las escasas investigaciones, han permitido establecer la prevalencia de demencia entre 4,03% y 8,2% en adultos mayores de 65 años; porcentaje

cercano al reportado por países desarrollados que tienen una prevalencia entre el 6% y el 9% de demencia (Custodio, García, Montesinos, Escobar & Bendezú, 2008). Cuando se habla de países en específico, como España, Fernández, et al. (2008) muestran cifras de prevalencia que oscilan entre el 5,2% y el 16,3%. La frecuencia es mayor en el género femenino, en sujetos no escolarizados y se extiende con la edad. Al igual que datos reportados en el Perú, donde existe una prevalencia de demencia de 6,85%, la demencia tipo Alzheimer (EA) es más frecuente y correlacionada con la edad, el género femenino y el bajo nivel educativo (Custodio, et al. 2008 & García-García, Sánchez-Ayala, Pérez-Martín, Martín-Correa, Marsal-Alonso & Rodríguez-Ferrer, 2001 en Fernández, et al. 2008).

En esta misma línea, en el 1997 en una muestra epidemiológica de una población de Montevideo, Uruguay Ketzioian, Rega & Caseres, reportan una prevalencia de demencia de 4,03%. Frente a los datos que arrojan investigaciones realizadas en México por Alanís-Niño, Garza-Marroquín & González-Arellano en 2008, donde se halló una prevalencia de demencia de 3,5% y de deterioro cognitivo leve de 30,5%, siendo mayor en mujeres que en hombres. Finalmente en Colombia, un estudio nacional realizado entre 1995 y 1996, concluye que hay una prevalencia de demencia de 30,4% y que es superior en mayores de 70 años (Pradilla, Vesga & León-Sarmiento, 2003). Otros estudios efectuados en poblaciones Colombianas muestran una incidencia de demencia de 26,3 por ciento (Gooding, Amaya, Parra & Ríos, 2006). A pesar de lo anterior siguen siendo pocos los estudios reportados que muestren un panorama epidemiológico de demencia y deterioro cognitivo actual en población adulta mayor (Gooding, et al. 2006).

Entre los criterios para determinar el diagnóstico de demencia es el componente funcional uno de los más críticos. Dentro del amplio campo de la acción humana, existen actividades que son comunes en los distintos contextos y que se enfocan por un lado en la supervivencia y por el otro en el cuidado personal, dichas actividades indican responsabilidades de cada persona y van relacionadas con la tarea o labor a realizar de acuerdo al rol que se tenga. Además dotan al adulto mayor un nivel considerable de independencia en cuanto a lo social y lo personal, contribuyendo a la formación de la identidad individual de cada persona e impactando en su círculo social.

Habitualmente este conjunto de acciones son llamadas, actividades de la vida diaria (AVD), estas son definidas por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, como “actividades encaminadas al cuidado de nuestro cuerpo y que se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo”, (Sánchez, 2010). Con el pasar del tiempo esta concepción de las AVD, se ha visto desarrollada, por así decirlo, agregando no solo las actividades vinculadas con la independencia personal, sino que también relacionado aquellas actividades que permiten tener independencia en otros aspectos de la vida, como en lo económico y lo social, (Romero, 2007); llegando así a la actual clasificación de actividades básicas, actividades instrumentales y actividades avanzadas de la vida diaria.

Las actividades básicas (ABVD), son el grupo de actividades primarias de la persona, enfocadas en el auto cuidado y movilidad, suponen un mínimo esfuerzo cognitivo, permitiendo entender y ejecutar órdenes y labores sencillas, que le proporcionan a la persona un nivel considerable de independencia y autonomía, lo que permite vivir sin precisar ayuda continua de otros (Jiménez-Caballero, López- Espuela,

Portilla-Cuenca, Pedrera-Zamorano, Jiménez-Gracia, Lavado-García & Casado-Naranjo, 2012); dentro de este grupo se incluyen acciones como la alimentación, la higiene y movilidad personal, sueño y descanso, (Romero, 2007). Por su parte las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), son entendidas como un nivel intermedio entre las actividades básicas y las avanzadas (Cano, Matallana, Reye & Montañés, 2010). Este grupo de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad, suponen una complejidad superior en lo cognitivo y lo motriz e implican un funcionamiento apropiado y conforme con la forma y condiciones de vida de la persona, que resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales (Romero, 2007). Hacen parte de este conjunto de actividades, utilizar los medios de transporte, administrar el dinero, utilizar adecuadamente los medicamentos, cuidar del hogar, entre otros.

Están además las actividades avanzadas, que son conductas un poco más procesadas, ya que propician a un mayor control del medio social y el contexto físico en el que se desenvuelve la persona, (Primo, Martínez & Castro, 2001). Las AAVD, encierran un conjunto de acciones que poseen un grado más alto de complejidad en comparación con las AIVD, puesto que le permiten a la persona desenvolver un rol activo dentro de su comunidad.

Instrumentos de evaluación del estado cognoscitivo, la demencia y el DCL

Para la evaluación y el diagnóstico de la demencia se han creado muchas pruebas como por ejemplo, el índice de deterioro de Wechsler, Miniexamen de estado mental, Test de acentuación de palabras, Miniexamen cognoscitivo, test del reloj, el CAMDEX,

Face-Hand Test, Cognitive capacity screening examination de Jacobs, short orientation memory concentration test de kaztman, geriatric interpersonal evaluation scale, dentro de las comúnmente utilizadas encontramos el CAMDEX o The Cambridge Examination for Mental Disorders for the Elderly (Roth, Huppert, Tym & Mountyoy, 1988), esta una entrevista diagnóstica, diseñada para evaluar objetivamente las funciones cognitivas. Donde se incluye una entrevista psiquiátrica, una tabla estandarizada para registrar las observaciones del estado mental, la apariencia y la conducta del individuo, además de un examen físico que a su vez incluye una valoración neurológica. Su principal objetivo es el diagnóstico y evaluación de la demencia, aunque también es útil para diagnósticos comunes en adultos mayores como la depresión, el delirium y estados paranoides. En cuanto a aspectos psicométricos de confiabilidad y validez el CAMDEX, es un test bastante compacto, en la versión española (Lopez-Póusa, Llinas, Amiel, Vdal, & Vilalta, 1990), presenta una confiabilidad test-retest de 0,86 y una alfa de 0,82.

Otro de los instrumentos bastante utilizados a la hora de evaluar el estado cognoscitivo en la población adulta mayor, es el MMSE (Mini Mental Status Examination, de Folstein), (Arrieta & Almudena, 2009; Fernández, et al. 2008 & Custodio, et al. 2008) debido quizás a su breve y fácil aplicación sumado a su objetividad y capacidad de identificar a personas con demencia (Folstein1982 en Ramírez, Moncada & Baptista, 2011) y deterioros cognitivos. Es esa capacidad de discriminación de demencia y DC, la que en ocasiones es cuestionada, por ejemplo Bargalló, Domènech, Argimon, Espinàs, Abos y Limón (2002) en un estudio interesado en la concordancia entre el MMSE y el MEC, concluyeron que aunque existe una buena correlación entre ambos instrumentos para la identificación de posibles deterioros, su

relación en la práctica esta sujeta a que, cada investigador o interesado lo interpreta dicotómicamente (con DC o sin DC). Son varios los estudios que señalan que el MMSE tiene una buena sensibilidad y especificidad para identificar el deterioro cognitivo (Alanís-Niño, et al. 2008). Sin embargo, El MMSE ha sido utilizado para diagnosticar la demencia, aunque es importante considerar la escolaridad del paciente (Fernández, et al. 2008). A pesar de esto, una reciente investigación interesada en conocer la validez y confiabilidad del Mini Examen del Estado Mental expone que la categoría de DCL no se evalúa correctamente mediante dicho instrumento y que más bien es “sub-diagnosticada” cuando se hace una categorización dicotómica entre individuos sanos y con demencia (Ramírez, et al. 2011). Así se comprueba, con valores para la sensibilidad y la especificidad de 42,0 por ciento y 96,3 por ciento respectivamente.

El MEC, Mini-Examen-Cognoscitivo, (Lobo, Ezquerra, Gómez, Sala & Seva, 1979). Es la traducción y adaptación española del Mini-Mental-State Examination (MMSE, Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Se le conoce como un instrumento de screening, útil para la detección y evaluación del deterioro cognitivo, característico de demencias neurodegenerativas, como la EA. Con el MEC, se explora de forma rápida un conjunto de funciones cognitivas que pueden estar afectadas en la vejez, como la orientación temporoespacial, la memoria inmediata y a largo plazo, la atención y el cálculo, el lenguaje, razonamiento abstracto y praxias.

Así mismo, encontramos el test del dibujo del reloj (TRO), este ha sido empleado para la detección de demencia, por su fácil y rápida administración (Custodio, García, Montesinos, Lira & Bendezú, 2011); y porque permite explorar un amplio

grupo de habilidades cognitivas como, comprensión auditiva, planeamiento, memoria visual, reconstrucción de una imagen gráfica, habilidades viso-espaciales, programación motora y ejecución, conocimiento numérico y concentración (Shulman, 2000; Toukko, Hadjistavropoulos, Miller & Beattie, 1992 en Custodio, et al. 2011); pero no permite detectar deterioro cognitivo mínimo (Ehreke, Luppá, König&RiedelHeller,2010).

Políticas públicas y envejecimiento

Se reporta que en Colombia el adulto mayor está desamparado e indefenso por condiciones políticas, sociales, económicas y ambientales (Cardona & Segura, 2011). No obstante el envejecimiento en Colombia, se ha intentado afrontar como una cuestión que amerita atención en todos los aspectos. Esto se evidencia al encontrar leyes dirigidas a la protección y el bienestar del adulto mayor por parte del Estado Colombiano, la sociedad civil y la familia. Así, cumpliendo con los estamentos internacionales sobre derechos humanos y la constitución colombiana, se busca que los adultos mayores “sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, (...) mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos. Igualmente, la legislación nacional se ha interesado por proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral a esta población” (Artículos 10 y 20 de la ley 1251 de 2008). Dentro de las principales políticas de desarrollo social relacionadas a la población mayor se han creado programas sociales de atención ligados con el cubrimiento mínimo de algunas necesidades económicas y sociales.

Entre tanto, con el objetivo de garantizar una mejor calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a bajos estratos socioeconómicos de la ciudad y en cumplimiento de los estatutos legales (Artículo 70 de la Ley 1276 de 2009), se han creado espacios sociales de personas mayores, llamados Centros De Vida (CDV), y son definidos por la ley como, el “Conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día a los adultos mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar”. Estos centros, además buscan favorecer hábitos saludables y actitudes positivas hacia el envejecimiento, impulsando la participación social activa y la integración de las personas mayores en la comunidad, así mismo se busca avanzar en la capacitación o/ y autodeterminación de estas personas, enfocándose en facilitar una ocupación diversificada y significativa del tiempo libre de los adultos mayores.

En Cartagena según datos de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social de la Alcaldía Mayor, existen 24 centros de vida que atienden una población aproximada a 1800 adultos mayores. Los CDV, cumplen con ciertos objetivos generales y específicos. Entre los objetivos generales están:

Atender de manera oportuna y con calidez a los adultos mayores, proporcionando condiciones y escenarios que favorezcan la integración y el diálogo con otras generaciones, la familia y la comunidad para dignificar y revalorar su rol en la sociedad.

Proporcionar el bienestar integral de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y pobreza mediante el fortalecimiento de su autonomía, de su integración a la familia y la comunidad.

Las principales áreas y programas de intervención de estos centros de vida son; la promoción de la salud, la creación de talleres ocupacionales, actividades de estimulación y mantenimiento físico y cognitivo. Estos programas entonces van enfocados en dos direcciones, en primera instancia se busca reforzar la participación social y la integración a la comunidad y en segundo lugar la sana recreación en actividades de ocio y cultura, (Conde, Ortega & Menéndez, 2007).

Según las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la expectativa de vida al nacer se ha incrementado considerablemente en las últimas dos décadas en la mayoría de los países alrededor del mundo (OMS, 2012), por esta razón las proyecciones indican que cada vez habrán más adultos mayores, por ejemplo, un total de 1.000 millones para el año 2020 y 1.200 para el año 2025, según la ONU se espera además, que a mediados del siglo XXI la cantidad de personas mayores superará al número de jóvenes. Por otro lado, según la proyección de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe, tendrán 112 habitantes de 60 años de edad o mayores por cada 100 de 15 años o menos (Peláez, 2005).

En el departamento de Bolívar, según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), la población adulta mayor para el año 2020 será casi el doble de la determinada en el censo de 2005, pasando de 70.352 adultos mayores de 60 años a 135.151. Cada vez es más necesario garantizar no solo mayor longevidad, sino también el bienestar y mejorar la calidad de vida de esta población en aumento, por esto, el paradigma de la intervención en la adultez mayor cambio su rumbo, estando actualmente dirigido a la prevención de enfermedades degenerativas propias de este periodo (OMS, 2002 en Fernández, Machado & León-Díaz, 2009). Para poder adoptar el cambio de

paradigma en la intervención de la población adulta mayor en Cartagena, es necesario en primer lugar, conocer ¿Cuál es el estado cognitivo, funcional y estado anímico de la población adulta mayor de los CDV de Cartagena de Indias y que factores de riesgo se pueden identificar a partir de la caracterización de los mismos?

Los objetivos y programas de intervención de los centros de vida están direccionados a mejorar el estado de vida de los adultos mayores que allí convergen, se diseñan estrategias, para cubrir necesidades en salud y a nivel social, como los programas de promoción de la salud, de envejecimiento saludable y positivo y formación de hábitos saludables, a su vez, con el fin de impactar en tres áreas básicas de funcionamiento: la esfera cognitiva, funcional y afectiva, se llevan a cabo actividades de estimulación y mantenimiento cognitivo, talleres ocupacionales, actividades de estimulación y mantenimiento físico que faciliten una ocupación diversificada y significativa del tiempo libre y talleres que impulsen y dinamicen las relaciones interpersonales e integren a los adultos mayores con la participación social activa y la comunidad. Sin embargo, los programas que allí se llevan a cabo, van encaminados a la realización de actividades lúdicas, muchas veces sin tener en cuenta el efecto que pueden tener en la calidad de vida de las personas de acuerdo a su condición actual, pudiendo entonces realizar actividades más efectivas que estimulen la función cognitiva. Así mismo, se desconoce el estado real de las personas mayores que asisten a estos centros en cuanto a su condición cognitiva, funcional y anímica, ya que no se han hecho estudios con este propósito y por tanto sus programas no parten de las necesidades de los adultos mayores. Además, en relación con la prevención y retardo del inicio de las enfermedades degenerativas en la adultez mayor, en nuestra ciudad, no se conocen

variables que puedan actuar como predictores de dichas patologías, entonces se hace necesario no solo conocer el estado actual de la población senil a nivel cognitivo, funcional y anímico, sino también la identificación de factores de riesgo que permitan la detección temprana de complicaciones en estas tres esferas.

Objetivo General

Caracterizar aspectos cognitivos, funcionales y anímicos en los adultos mayores beneficiarios de los programas que se desarrollan en los Centros de Vida de Cartagena, identificando factores de riesgo para la presencia de patologías propias de esta etapa evolutiva.

Objetivos específicos

Identificar el estado cognitivo, funcional y estado anímico de los adultos mayores de los CDV's estudiados.

Analizar las diferencias de edad, género y escolaridad con respecto al estado cognitivo, funcional y anímico.

Establecer correlaciones entre las pruebas cognitivas, funcionales y del estado de animo y de estas con las variables demográficas.

Identificar factores de riesgo para deterioros a partir del análisis de las variables estudiadas.

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo transversal y carácter descriptivo-correlacional del estado cognitivo, funcional y anímico de adultos mayores que asisten a 8 CDV de la ciudad de Cartagena.

Participantes

La muestra fue escogida por conveniencia y estuvo conformada por 379 adultos mayores que asisten a 8 centros de vida de la ciudad de Cartagena, con una media de edad de 75,7 (DE 7,9) años, conformada mayormente de mujeres (60,2 %) y principalmente con un nivel de escolaridad de máximo cinco años que corresponde al 56,5 %; el 35,9 no tenía ninguna escolaridad. Los adultos mayores que participaron en este estudio pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, especialmente estratos 1 y 2.

Instrumentos

Se aplicaron pruebas para la evaluación de la dimensión cognoscitiva, funcional y emocional. Para la evaluación de las funciones cognoscitivas se utilizó el Mini Examen del Estado Mental (MMSE)(Folstein,1975) y el Test del Reloj (TRO y TRC) (Thalman et al, 1996); la dimensión de funcionalidad fue explorada con la escala de Lawton y Brody (Trigás-Ferrin, Ferreira-González, Mejide-Migide-Míguez, 2011) y el índice de Barthel (Trigás-Ferrin y cols. 2011) que valoran las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) respectivamente. Finalmente la evaluación del estado anímico se examinó a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. (Yesavage, 1982).

El MMSE es una prueba de corta aplicación que evalúa orientación temporoespacial, memoria inmediata y diferida, atención y cálculo, lenguaje y capacidad visoconstructiva (Folstein, 1975). Se puede obtener una puntuación máxima de 30. Se ha reportado una validez de contenido de 0,89 es decir, buena. Lo que permite inferir que el instrumento evalúa de manera segura el espectro de síntomas y signos de demencia. De igual forma, se halló una confiabilidad interna con un alfa de 0,807, que también es considerada como adecuada

El Test del Reloj (Thalman et al, 1996); se utiliza para la evaluación de las funciones visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas, planificación y ejecución motoras. Consta de dos fases las cuales deben ser aplicadas siguiendo un orden establecido: El Test del Reloj a la Orden (TRO), y el Test del Reloj Copia (TRC). El TRO tiene una puntuación máxima de 10 puntos. Se considera que las puntuaciones menores de 6 indican la presencia de deterioro cognitivo mientras que las puntuaciones mayores o iguales a 6 señalan la ausencia de déficit cognitivo. En el TRC la puntuación máxima es de 10 con un punto de corte de 8; puntuaciones menores indican deterioro cognitivo.

La escala de Lawton y Brody, evalúa la competencia del adulto mayor en quehaceres habituales y relaciones sociales cotidianas, a través de ocho ítems: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, medicación y aspectos económicos (Peña-Casanova, 2005). Estudios reportan que la escala es bastante compacta, con un coeficiente de Pearson de fiabilidad interobservador del 0,85 y una validez concurrente con pruebas de exploración funcional y cognoscitiva. (Montorio, 1994 & Ezquerro, 1998

en Jiménez-Caballero, Et al. 2012). El Índice de Barthel evalúa la funcionalidad en cuanto a actividades básicas como alimentación, aseo, vestido entre otras. (Trigás-Ferrin y cols, 2011). La información recogida en las pruebas de la dimensión funcional fue suministrada por familiares cercanos de cada adulto mayor.

Con respecto a la Escala de depresión geriátrica de Yesavage se utilizó la versión abreviada de 15 ítems, con una puntuación de corte de 5 puntos, por encima de los cuales se evidencia algún grado de depresión (Martínez, Onís, Dueñas, Albert, Aguado & Luque, 2002).

Operacionalización

Variable	Niveles	Definición	Tipo	Tipo	Tipo
Nivel escolar	No escolarizado	Número de años de escolaridad cursados en el sistema educativo de Colombia	Independiente	Ordinal	Discreta
	Hasta 5 años				
	Más de 5 años				
Edad	Menor de 65	Cantidad de años cumplido al momento del estudio.	Independiente	Razón	Continua
	65 a 74				
	Más de 74				
Genero	Femenino	Condición sexual biológica del individuo.	Independiente	Nominal	Discreta
	Masculino				
Estado cognitivo		Resultado o puntuación de las pruebas: Mini examen del Estado Mental (MMSE); Test	Dependiente	Ordinal	Discreta

	del reloj (Copia y a la Orden)			
Estado funcional	Resultado o puntuación del Índice de Lawton y el Índice de Barthel	Dependiente	Ordinal	Discreta
Estado anímico	Resultado o puntuación de la escala de depresión de Yesavage	Dependiente	Ordinal	Discreta

Procedimiento

Se seleccionaron ocho centros de vida de la ciudad de Cartagena en los que se solicitó información con respecto a la ubicación y características del contexto socioeconómico, programas que se desarrollan con el grupo de adultos mayores y el número de personas inscritas. En un primer paso se recolectó información personal de cada participante (nombre completo, edad, nivel educativo, estructura familiar, antecedentes laborales y ocupacionales, ocupación y actividades actuales y antecedentes de salud importantes). Luego se aplicaron de forma individual las pruebas de evaluación de la función cognoscitiva (Mini mental, Test del Reloj) y la prueba de evaluación de estado de ánimo (Escala de depresión geriátrica), las cuales no fueron aplicadas a sujetos que presentaban déficits sensoriales, motores u otras condiciones que impidieran su adecuada ejecución; y por último las escalas de evaluación funcional de las ABVD y AIVD (Índice de Lawton y Brody e Índice de Barthel), fueron aplicadas únicamente a quienes asistieron con un familiar para su diligenciamiento. Estas

condiciones hacen que varíe el número de sujetos a los que a los que se les aplicó cada prueba.

Resultados

Los datos obtenidos fueron sistematizados y analizados con el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 18, obteniéndose estadísticos descriptivos de frecuencias y porcentajes para las variables demográficas y medidas de tendencia central para las puntuaciones de las pruebas. Se hicieron pruebas de normalidad y se encontró que la muestra no tenía una distribución normal, por esta razón se utilizaron pruebas no paramétricas. Para la comparación de medias se calcularon los estadísticos U de Mann-Whitney para la variable Género, y Kruskal-Wallis para las variables Escolaridad y Edad. Luego se realizó una correlación R de Spearman entre las pruebas utilizadas y por último se hizo una regresión binaria calculando el estadístico OR (Odds Ratio) y la prueba de Hosmer y Lemeshow en las variables dicotómicas. Posteriormente, las variables niveles de MMSE y nivel escolar fueron reagrupadas con el fin de realizar análisis más profundos.

Los datos obtenidos en las pruebas de la dimensión cognoscitiva, funcional y del estado de ánimo son analizados de forma general de acuerdo a las medias resultantes y luego se ha realizado un análisis del estado de la población adulta mayor según el género, nivel educativo y rango de edad.

La tabla 1 muestra que en cuanto a la función cognoscitiva las medias indican que en general se presenta algún grado de deterioro, que es clasificado como leve de

acuerdo al MMSE en el que la media fue de 23,2 (DE 4,5). En el TRO y TRC las medias fueron 5,5 (DE: 3,2) y 6,1 (DE: 3,2) respectivamente, indicando deterioro en funciones cognoscitivas como las visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas, planificación y ejecución motora. El 54,4% de los adultos mayores presentaron deterioro cognoscitivo en el MMSE (29,3% déficit leve, 23,7% déficit moderado y solo el 1,3% de déficit severo), y en el TRO y TRC el 61% presentaron puntuaciones que indican deterioro.

Tabla 1.

Medias de desviaciones de pruebas cognoscitivas, funcionales y del estado de ánimo

Área Evaluada	Prueba (N)	Media (DE)
Cognitivo	MMSE(379)	23.2 (4.5)
	TRO (313)	5.5 (3.2)
	TRC (321)	6.1 (3.2)
Funcional	Lawton (327)	5.5 (2.0)
	Barthel (330)	93.1 (9.7)
Estado de ánimo	Yesavage (378)	3.5 (2.7)

DE: Desviación estándar

En la evaluación de las capacidades funcionales se encuentran medias que indican algún grado de dependencia la cual es moderada para las AIVD (media de Escala de Lawton 5,5, DE: 2), y leve para las ABVD (media de Índice de Barthel 93,1 DE: 9,7). En la clasificación por niveles para la escala de Lawton muestra que solo el 20,2% tiene autonomía funcional, en contraste con el 3,7% que tiene un grado de dependencia total y el 76,2% tiene un grado de dependencia que oscila desde ligera

hasta severa. Por otro lado en cuanto a las ABVD tienen una distribución más simétrica ya que el 49,1% son independientes, mientras que el 50,9% presenta un grado de autonomía que va de leve (49,1%) a moderada (1,8%).

Por último en la evaluación del estado de ánimo se encontró una media de 3,5 y una DE: 2,7. La mayor parte los sujetos (78,8%) no presenta depresión y solo el 3,2% tiene una depresión establecida.

Tabla 2.

Frecuencia y porcentaje de sujetos en función de los distintos niveles para cada una de las pruebas utilizadas

Pruebas	Niveles	F	%
MMSE (n= 379)	Sin deterioro	173	45,6
	Deterioro leve	111	29,3
	Deterioro moderado	90	23,7
	Deterioro severo	5	1,3
TRO (n= 313)	Sin deterioro	122	39,0
	Con deterioro	191	61,0
TRC (n= 321)	Sin deterioro	128	39,9
	Con deterioro	193	60,1
LAWTON (n= 327)	Independencia total	66	20,2
	Dependencia ligera	108	33,0
	Dependencia moderada	46	29,1
	Dependencia severa	46	14,1
	Dependencia total	12	3,7
BARTHEL (n= 330)	Independiente	162	49,1
	Dependencia leve	162	49,1
	Dependencia moderada	6	1,8
	Dependencia grave	0	0,0
	Dependencia total	0	0,0
DEPRESION (n= 378)	Sin depresión	298	78,8
	Probable depresión	68	18,0
	Depresión establecida	12	3,2

Las comparaciones de medias que se presentan en la tabla 3 muestran significancia entre las pruebas cognitivas (MMSE, TRO y TRC) y la escolaridad; y en las pruebas funcionales solo se encontró diferencias significativas con respecto a la edad y el género en la prueba de AIVD (Escala de Lawton). En la escala de depresión de Yesavage las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 3.

Comparación de las medias las puntuaciones obtenidas por adultos mayores de los Centros de Vida de Cartagena en las pruebas cognitivas, funcionales y del estado de ánimo de acuerdo a la edad, el género y la escolaridad.

Área Evaluada	Media	Valor P		
		Edad++	Genero+	Escolaridad++
Cognitivo				
Minimental State	23.2	,683	,639	,045*
Test de Reloj (a la Orden)	5.5	,088	,319	,000*
Test del Reloj (Copia)	6.1	,750	,119	,000*
Funcional				
Escala de Lawton	5.5	,000*	,000*	,197
Índice de Barthel	93.1	,256	,249	,426
Estado de animo				
Escala de depresión de Yesavage	3.5	,744	,156	,580

*Significativo al 95%; + U de Mann-Whitney; ++ Kruskal-Wallis

El análisis de correlación en las pruebas cognitivas muestra asociación entre ellas, resultado similar se encuentra en las pruebas funcionales. La correlación entre MMSE y TRO y TRC es media y positiva, es decir a mayor puntuación en el MMSE, mejor desempeño en habilidades visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas. A su

vez, la fuerza de asociación entre TRO y TRC es considerable. Con respecto a las pruebas funcionales la correlación fue media y positiva entre las ABVD y AIVD.

Tabla 4.

Correlación entre las pruebas cognitivas, funcionales y del estado de ánimo de los adultos mayores.

			Punt. MMSE	Punt. TRO	Punt. TRC	Punt. EscDep	Total Ind. Barthel	Total Esc. Lawton
Rho de Spearman	Punt MMSE	Coeficiente de correlación	1,000	,406**	,347**	-184**	,152**	,197**
		Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,006	,000
		N	379	313	321	378	330	327
	Punt. TRO	Coeficiente de correlación		1,000	,650**	-,168**	,057	,103
		Sig. (bilateral)			,000	,003	,344	,090
		N		313	312	312	275	270
	Punt. TRC	Coeficiente de correlación			1,000	-,165	,030	,061
		Sig. (bilateral)				,003	,619	,308
		N			321	320	283	278
	Punt. EscDep	Coeficiente de correlación				1,000	-,171	-,052
		Sig. (bilateral)					,002	,345
		N				378	329	326
	Total Ind. Barthel	Coeficiente de correlación					1,000	,293**
		Sig. (bilateral)						,000
		N					330	313
	Total Esc.	Coeficiente de						1,000

Lawton	correlación	
	Sig.	
	(bilateral)	
	N	327

** Correlaciones significativas

Al hacer las correlaciones entre las variables demográficas y las puntuaciones obtenidas en las pruebas se logra establecer que la correlación entre el MMSE y nivel escolar es media y positiva ($r = 0.126$; $p = 0,01$), es decir que a mayor nivel escolar se obtienen mayores puntuaciones en el MMSE e indican ausencia de deterioro.

Tabla 5.

Correlación entre el minimal y la variable escolaridad

Correlaciones				
			Nivel escolar	Punt. MMSE
Rho de Spearman	Nivel escolar	Coefficiente de correlación	1,000	,126*
		Sig. (bilateral)	.	,015
		N	377	377
	Punt. MMSE	Coefficiente de correlación	,126*	1,000
		Sig. (bilateral)	,015	.
		N	377	379

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Con las pruebas cognitivas de TRC y TRO, las cuales no establecen niveles de deterioro, sino que lo clasifican de forma dicotómica (presencia o ausencia de deterioro), se realizó un análisis de regresión, para determinar factores de riesgo para el deterioro cognitivo. Los resultados de la prueba OR para el TRO, nos indica que las personas que no son escolarizadas tienen un riesgo mucho mayor de tener un funcionamiento

cognitivo por debajo de la media, en comparación con aquellos que tienen algún grado de educación. (Ver *tabla 6*).

Tabla 6.

Resultados del análisis de Regresión para el TRO y TRC

Regresión TRO	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Más de 5 años de escolaridad	0			
No escolarizado	0,001	5,236	1,963	13,964
Hasta 5 años de escolaridad	0,189	1,863	0,736	4,717
Constante	0,28	0,615		

Regresión TRC	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Más de 5 años de escolaridad	,003			
No escolarizado	,002	4,686	1,741	12,608
Hasta 5 años de escolaridad	,051	2,582	,995	6,701
Constante	,134	,500		

Por su parte, en el TRC no se evidencian resultados que nos permitan identificar los niveles de escolaridad como factores de riesgo para la presencia de deterioro, esto, debido a que ninguno de los niveles de la variable escolaridad puede discriminar en forma adecuada a las personas con mayor o menor tendencia a la presencia futura de déficit cognitivo (ver *tabla 6*).

Tabla 7.

Porcentajes de los adultos mayores según el nivel de escolaridad y el deterioro cognitivo

Escolaridad/MMSE	Sin deterioro	Leve	moderado	Severo
Sin escolaridad	52 (13.7%)	41 (10.8%)	40 (10.5%)	3 (0.7%)
1 a 5 años	104 (27.4%)	66 (17.4%)	43 (11.3%)	1 (0.2%)
Más de 5 años	16(4.2%)	3 (0.7%)	7 (1.8%)	1(0.2%)

Haciendo un análisis más profundo de los resultados y teniendo los antecedentes se reclasifican las variables estableciéndose 3 categorías en la puntuación de MMSE: sin deterioro, deterioro leve y demencia (agrupa las anteriores categorías de deterioro moderado y deterioro severo). Luego de esto son excluidos los sujetos de la categoría de deterioro leve quedando solo las categorías con y sin demencia. Con respecto a la escolaridad se toman en cuenta solo dos categorías: no escolarizados y escolarizados (conformado anteriormente por las categorías de escolarizados de 1 a 5 años de escolaridad y más de 5 años de escolaridad).

Se analizan entonces como variables dicotómicas teniendo en cuenta demencia/sin demencia y con - sin escolaridad.

Tabla 8.

Reclasificación de los niveles del MMSE versus categorías extremas de la variable escolaridad

Escolaridad/MMSE	Sin deterioro	Leve	demencia
Sin escolaridad	52 (13.7%)	41 (10.8%)	43 (11.2%)
1 a 5 años	120 (31.6%)	69(18.1%)	52 (13.5%)

Partiendo de esta reclasificación, se calcula el riesgo relativo utilizando el estadístico odds ratio (OR), con el fin de observar si la escolaridad es un factor de riesgo para padecer demencia. Se obtuvo que el OR para las personas no escolarizadas es de 1.5 con un intervalo de confianza del 95%: 1.097 – 2.068, es decir, las personas no

escolarizadas tienen 1.5 veces más riesgo de tener demencia que las personas con escolaridad

Conclusiones

La investigación hecha revela que los adultos mayores beneficiarios de los CDVs poseen deterioros significativos en el aspecto cognoscitivo y funcional, mientras que en lo referente al estado anímico se presenta menor afectación. Las tres esferas analizadas, tienen relación con algunas de las variables demográficas, permitiendo establecer factores de riesgo, para el padecimiento de patologías en el envejecimiento. Después del análisis hecho se ha logrado llegar a las siguientes conclusiones.

Las cifras obtenidas del análisis del estado cognitivo de los adultos mayores indica, que mas de la mitad del total de los adultos mayores tiene algún grado de deterioro en esta esfera, evidenciado en el resultado del MMSE, TRO y TRC, de los cuales, el 25% aproximadamente puede clasificarse como demencia; Al analizar la variable escolaridad, la baja escolaridad se muestra como un factor de riesgo con relación a la presencia de deterioro cognitivo. (Correlación media y positiva de MMSE y Escolaridad).

El tener más años de escolaridad si garantiza un buen desempeño en el MMSE, sin embargo, el no tener escolaridad no predice cual será el resultado en la prueba, porque personas sin escolaridad obtienen buenas puntuaciones al realizar la prueba. Estos resultados son contradictorios a los reportados por Anthony, LeRescheal, Niaza, Von Korffa & Folstein (1982) y Ramírez et al. (2011) los cuales afirman que el MMSE

no tiene una buena sensibilidad para identificar demencia en personas analfabetas, y que además no es un instrumento con buena sensibilidad para el diagnóstico de la demencia, sino que puede ser útil en el screening y para el diagnóstico, debe estar acompañado de otras pruebas. Esta afirmación explicaría el alto porcentaje de personas sin escolaridad que obtuvieron buenas puntuaciones en el mini examen mental, lo que sugeriría poca sensibilidad de dicho instrumento. De acuerdo a lo anterior, del 54,4% es el porcentaje de adultos mayores con puntuaciones de lo clasifican con deterioro cognitivo en el MMSE, de dicho porcentaje, el 22% no tiene escolaridad, se podrían excluir estos sujetos siendo el porcentaje final de deterioro según del MMSE el 32,4% de la muestra seleccionada.

Teniendo en cuenta que la prevalencia demencia en diversos países, no supera el 8%, (Alanís-Niño, Garza-Marroquín, González-Arellano, 2008; Custodio, García, Montesinos, Escobar, Bendezú, 2008; Vega, Bermejo, 2002), el porcentaje encontrado es bastante elevado en comparación con la prevalencia en otros países, por tanto, es posible que se estén clasificando con demencia a personas sanas, sin embargo los resultados del TRO reafirman lo observado en el MMSE ya que el 60% de los adultos mayores presenta deterioro cognitivo, cifra cercana al porcentaje de deterioro cognitivo según el MMSE. Este hallazgo debe ser explorado a mayor profundidad en futuras investigaciones.

Con respecto a la identificación de factores de riesgo, todas las pruebas cognoscitivas no permiten identificar predictores de deterioro, esto se debe posiblemente al nivel de exigencia, a pesar que el TRO discrimina en forma efectiva a los adultos

mayores, el TRC no es una buena prueba para distinguir el deterioro teniendo en cuenta el grado de escolaridad.

En relación al aspecto funcional, el análisis de datos permite evidenciar que la población adulta mayor, que se beneficia de los CDV, presenta un deterioro a nivel funcional; ya que, solo el 49,1% son independientes en actividades básicas, a su vez el 20,2% lo son en actividades instrumentales. Situación alarmante, teniendo como base, que una posible alteración funcional en el adulto mayor, se convierte en un indicador del efecto de una enfermedad o patología sistémica (Varela, Chávez, Gálvez & Méndez, 2005). Así mismo, es de considerar el hecho que la mayoría de los adultos mayores, conviven con familiares directos, que muchas veces contribuyen a que el adulto mayor sea menos funcional, en cuanto a la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; aunque en este estudio no se ha analizado la relación funcionalidad versus cuidadores, es un aspecto crucial a la hora de la evaluación funcional del anciano (Varela, Et al. 2005). De lo anterior se desprende que, si los adultos mayores pasan gran parte del día en los Centros de Vida, estos orienten sus programas para implementar acciones que fomenten a nivel familiar y comunitario mayor autonomía a los adultos mayores.

En concordancia a lo reportado por otros estudios (Varela, Et al. 2005; Sandoval & Varela, 1998; Arroyo, Lera, Sánchez, Bonout, Santos & Albalá, 2007), la edad y el género son variables que guardan relación significativa con la autonomía funcional del anciano. Por lo tanto, sería apropiado y recomendable que desde el estado Colombiano se apoye y fomente la formación y/o capacitación de los cuidadores de CDVs sobre la atención y prevención de declives o deterioros funcionales, esto apoyado por la idea de

estructurar cada una de las actividades que se desarrollan en los centros, buscando generar más impacto en lo funcional, de acuerdo a la condición del adulto mayor, es decir, que con las actividades se estimule la independencia funcional en grupos por rangos de edad y género, contribuyendo a una mejor calidad de vida de los ancianos .

En cuanto a la esfera anímica, se concluye que la población de los CDVs se encuentra mejor en este aspecto, pues solo el 3,2% de la población adulta mayor estudiada tiene una depresión establecida. Por una lado, cifras significativamente bajas en contraste con la prevalencia de esta enfermedad en los adultos mayores, ya que es clasificada como la enfermedad más común entre las personas que se encuentran en este periodo evolutivo con un porcentaje entre el 7% y 13% (Minardi & Blanchard, 2004), y por otro, datos que contrastados con las otras dos esferas analizadas, cognoscitiva con un alto porcentaje de deterioro en la población y funcional, con graves índices de dependencia, muestra menos deterioro, lo que sugiere que los programas que se imparten en los CDV están teniendo cierto impacto en esta área.

Se deben revisar los programas que se dirigen a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, de forma que impacten en las 3 dimensiones (cognitivo, funcional y anímica), especialmente aquellas en las que se evidencian mayor déficit en los beneficiarios de CDVs (cognoscitiva y funcional). Esto tendría viabilidad al ajustar los objetivos de estos centros o enfatizando algunos de esos objetivos.

Con el fin de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, es necesario fomentar la investigación de instrumentos sensibles para la identificación de

factores de riesgo del deterioro en adultos mayores, de este modo, trabajar antes de que empiecen a desarrollarse las patologías propias de este estadio evolutivo.

Igualmente, es conveniente que se promueva en la comunidad mayor aprecio hacia esta población y que la familia sea más proactiva en relación con un adulto mayor dentro de ella; este factor limitó en cierta forma la completa aplicación de algunos instrumentos de evaluación, sobre todo los de la esfera funcional.

Referencias

- Alanís-Niño, G., Garza-Marroquín, J. & González-Arellano, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Revista Mexicana del Instituto Mexicano de Seguro Social*. p. 27-32.
- Anthony J., LeResche L., Niaz U., von Korff M. & Folstein M. (1982). Limits of the 'Mini-Mental State' as a screening test for dementia and delirium among hospital patients.
- Arrieta, E. & Almudena, A. (2009). Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores. *Clínica y Salud*. ISSN: p. 1130-5274.
- Arroyo, P., Lera, L., Sánchez, H., Bunout, D., Santos, J. & Albalá, C. (2007). Indicadores antropométricos, composición corporal y limitaciones funcionales en ancianos. *Revista Médica de Chile*.
- Bargalló, E., Domènech, J., Argimon, J., Espinàs, J., Abos, T. & Limón, E. (2002). Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria*.
- Bentosela M. & Mustaca A (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*. p. 211-235.

- Bernhardi, R. (2005). Envejecimiento: Cambios bioquímicos y funcionales del Sistema Nervioso Central. *Rev ChilNeuro-Psiquiatp.* 297-304
- BrinK, T., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P. & Adey, M. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist.*1982 p. 37-43.
- Brioso, A., Contreras, A., Corral, A., Delgado, B., Díaz, M., Giménez, M., Gómez, I., Oliva, A. & Sánchez, I. (2009). Principales trastornos en la edad adulta y en la vejez (p. 199-212). En *Psicología del desarrollo: De la infancia a la vejez.* Mc GrawHill
- Cano, C., Matalona, D., Reye, P. & Montañés, P. (2010). Cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria en la Enfermedad de Alzheimer. *Acta Neurológica Colombiana.* Septiembre 2010.
- Cardona, D. & Segura, A. (2011). Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* vol.46. N° 02.
- Cecil M., & DeFrates-Densch N. (2009). What do we know about the aging brain? *Handbook of research on adult learning and development.*New York: Taylor & Francis Group.
- Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J. & Bendezú, L. (2008). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *Anales de Facultad medicina.* p. 233-8.
- Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Lira, D. & Bendezú, L. (2011). Validación de la prueba de dibujo del reloj - versión de Manos - como prueba de cribado para

detectar demencia en una población adulta mayor de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. p. 29-34. Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). (2005). Censo

Nacional 2005. Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005 - 2020). Obtenido en

http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72

Ehreke, L., Luppá, M., König, H. & Riedel-Heller, S. (2010). Is the Clock Drawing Test a screening tool for the diagnosis of mild cognitive impairment? A systematic review. *IntPsychogeriatr*. p. 56-63.

Fernández C., Machado M. & León-Díaz M. (2009). Deterioro cognitivo ligero como predictor de envejecimiento exitoso. *GEROINFO*.

Fernández, M., Castro-Flores, J. & Pérez -de las Heras, S., Mandaluniz-Lekumberri, A., Gordejuela, M. & Zarranz, J. (2008). Prevalencia de la demencia en mayores de 65 años en una comarca del País Vasco. *Revista de Neurología*.

Folstein, M., Folstein, E. & McHugh, P. (1975). Minimal State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, p. 189-198.

Gontier, J. (2004). Memoria de trabajo y envejecimiento. *Revista de Psicología*. Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile.

- Gooding, M., Amaya, E., Parra, M. & Ríos, A. (2006). Prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva 2003-2005. *Acta Neurológica Colombiana*. p. 243-248.
- Jiménez-Caballero P., López- Espuela F., Portilla-Cuenca, J., Pedrera-Zamorano, J., Jiménez-Gracia, M., Lavado-García, J. & Casado-Naranjo, I. (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Revista de Neurología*. p. 337-42.
- Ketzoian C., Rega I. & Caseres, R. (1997). Estudio de prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población del Uruguay. *La Prensa Médica Uruguaya*. p. 9-26.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J. & Seva, A. (1979). El “Mini-Examen Cognoscitivo”: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, p. 189-202.
- López- Higes, R., Rubio, S. & Martín-Aragoneses, M. (2010). Comprensión gramatical en adultos mayores y con deterioro cognitivo: un estudio comparativo basado en el análisis discriminante y el escalamiento multidimensional. *Psicothema*. ISSN 0214 – 9915.
- López- Pousa, S., Llinas, J., Amiel, J., Vdal, C. & Vilalta, J. (1990). CAMDEX: una nueva entrevista psicogeriatrica. *Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiatría*. Vol. 18. (5), 290-295.

Martín, M. & Bulbena, A. (2007). Deterioro cognitivo ligero ¿una entidad necesaria?

Revista Colombiana de Psiquiatría. Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Bogotá, Colombia.

Martínez, J., Onís, C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. & Luque, R. (2002). Versión

española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de

depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*: p. 620-630

Menéndez, M., Conde, J. & Ortega, M. (2007). Contextos y cambios evolutivos en la

adolescencia, madurez y senectud: Necesidades e intervenciones educativas.

(pp.12). Barcelona: Publications Editions de la Universitat de Barcelona.

Obtenido en Julio de 2011 en el sitio web

http://books.google.com.co/books?id=l_7ZboJTc20C&pg=PA9&dq=adultez+mayor&hl=es&ei=05p2TN3jO8SBIAeCIZzxCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEYQ6AEwBTgK#v=onepage&q=adultez%20mayor&f=false

Minardi, H. & Blanchard, M. (2004). Older people with depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*. p. 23–32

Mora-Simón, M., García-García, R., Perea-Bartolome, M., Ladera-Fernández, V.,

Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, M. & Rodriguez-Sanchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detención temprana y nuevas perspectivas. *Revista de neurología*.

p. 303-10.

Moreno, A., Montañés, P., Cano, C., Plata, S. & Gámez, A. (2005). Comparación de

perfiles neuropsicológicos del viejo-joven (vj) y el viejo-viejo (vv):

envejecimiento normal y enfermedad de Alzheimer (EA). *Revista Asociación Colombiana De Gerontología y Geriatria.*

Mulet, B., Sánchez-casas, M. Arrufat, T., Figuera, L., Labad, A. & Rosich, R. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema.* ISSN 0214 – 9915.

Normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, Artículos 10 y 20 de la ley 1251 de 2008.

Nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros de Vida. Artículo 70 de la Ley 12 de 2009.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Recuperado en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf

Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la Buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica.*

Pradilla, G., Vesga, B., León- Sarmiento, F. & Geneco. (2003). Estudio neuroepidemiológico nacional Colombiano (EPINEURO). *Revista Panamericana de Salud Publica.* p. 104-11.

Primo, F., Martínez, C. & Castro, J. (2001). Las actividades de la vida diaria y el paciente psicogeriatrico. *Informaciones Psiquiátricas.* p. 164-165.

- Ramírez, C., Moncada, C. & Baptista, T. (2011). Validez y confiabilidad del mini mental State Examination (MMSE) y del MMSE modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en Mérida, Venezuela. *Revista de Facultad de Medicina*, Universidad de Los Andes
- Romero, D. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*. Universidad de Murcia, Murcia, España. p. 274-271
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C. Huppert, F. Hendrie, H. & Verma, S. (1988). CAMDEX. A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br Journal Psychiatry*. p. 698-709.
- Sánchez, A. (2010). Terapia ocupacional en geriatría y gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Ergon Ed. Madrid, España.
- Sánchez-Rodríguez, J. & Torrellas-Morales, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Revista de Neurología*.
- Sandoval, L. & Varela, L. (1998). Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. *Revista Medica Herediana*.
- Secretaría de Participación y Desarrollo social. Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias. Recuperado en Julio de 2011 desde el sitio web <http://sigob.cartagena.gov.co/SecParticipacion/componentes/ReenvioMetas.aspx?CODIGO=95>

Simón, T., Ruiz, T. & Suengas, A. (2009). Memoria y envejecimiento: recuerdo, reconocimiento y sesgo positivo. *Psicothema*. Universidad de Oviedo, España.

Thalman, B., Mansch, A. & Ermini-Fiinschilling, D. (1996). Test del dibujo del reloj. Conferencia presentada en: "The 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium. Nice, 10-14 Abril.

Trigas- Ferrin, M., Ferreira- González, L. & Mejjide-Miguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*. p. 11-16.

Vega, S. & Bermejo, P. (2002). Prevalencia de Demencia en mayores de 60 años en el medio rural: Estudio puerta a puerta. *Medicina General*, p. 794-805.

Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M. & Méndez, F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Medica Herediana*.