

Percepción cognitiva del adulto mayor

María M. García Pérez¹ y Silveria Alcántara Manzueta²

^{1,2}Maestría en Salud Pública, Mención Epidemiología. Universidad Central del Este. San Pedro de Macorís, República Dominicana.

¹maria6id@gmail.com

²dra21samm@gmail.com

Recibido: 5 mayo. 2020

Aceptado: 11 agosto 2020

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, no experimental, de corte transversal, con el propósito de analizar la percepción cognitiva del adulto mayor que acude a la consulta del Hospital Municipal Ángel Ponce Pineda Consuelo, Julio 2019-Julio 2020. De 365 pacientes mayores de 60 años, de los cuales 155 fueron objeto de estudio igual a un (42.4%) representan un (11.2%) de la población general atendida. Criterios de inclusión; no padecer ninguna enfermedad degenerativa, demencia senil, no haber padecido accidentes cerebrovasculares y por supuesto sea una persona capacitada en lecto-escritura y dejarse guiar por el entrevistador. (56.77%) fueron femeninas. Intervalos entre 60 y 99 años; de 60 a 69 años fue la mayor cantidad de pacientes atendidos. La percepción cognitiva basada en los resultados del Mini Mental Test, en su mayoría adecuados o sin deterioro para la edad (57.42%); con posible deterioro (17.42%); con deterioro leve (12.26%); con deterioro moderado (8.39%) y deterioro severo (4.52%). El nivel de formación escolar influye en la percepción cognitiva del adulto mayor, que conlleva a una conservación de habilidades. A mayor edad mayor es el riesgo de padecimiento de deterioro cognitivo. En cuanto a la distribución de casos entre nivel cognitivo y el sexo se encontró que el mayor número de casos es femenino, pero cabe resaltar que en los pacientes que llevaban probable deterioro hay una similitud tanto en femenino como en masculino. Deterioro leve hay más riesgo en el lado femenino y el deterioro severo es más frecuente en el masculino.

PALABRAS CLAVE: Percepción; Cognitivo; Deterioro; Adulto mayor

ABSTRACT

Cognitive perception of the elderly. This is a descriptive, observational, non-experimental, cross-sectional study, with the purpose of analyzing the cognitive perception of the elderly who comes to the consultation of the Ángel Ponce Pineda Consuelo Municipal Hospital, July 2019-July 2020. Of 365 patients who are older than 60 years, which 155 were object of study (42.4%), represents (11.2%) of the general population served. Inclusion criteria: not having any degenerative disease, senile dementia, not having suffered strokes and, of course, being a person trained in reading and writing and allowing yourself to be guided by the interviewer. (56.77%) were female. Intervals between 60 and 99 years; from 60 to 69 years, was the largest number of patients attended. Cognitive perception based on the results of the Mini mental test, mostly adequate or without deterioration for age (57.42%); with possible deterioration (17.42%); with slight deterioration (12.26%); with moderate deterioration (8.39%) and severe deterioration (4.52%). The level of school education influences the cognitive perception of the older adult, which leads to a conservation of skills. The older you are, the greater the risk of suffering cognitive decline. Regarding the distribution of cases between cognitive level and sex, it was found that the largest number of cases is female, but it should be noted that in patients with probably deterioration there is a similarity in both female and male. Mild deterioration, there is more risk on the female side and severe impairment is more frequent in the male.

KEYWORDS: Perception; Cognitive; Deterioration; Elderly

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento determina una declinación general de las funciones fisiológicas y cognitivas. Las habilidades que se ven afectadas con mayor intensidad en los mayores con cognición normal son la velocidad de procesamiento de la información, la memoria, las relaciones visuoespaciales y el cálculo. En cambio, las habilidades más conservadas son el lenguaje, el razonamiento lógico, la resolución de problemas y las funciones ejecutivas. (Sanz, 2016).

La organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual que está en proceso de cambio permanente. En esta definición se basa el primer elemento que respalda el desarrollo del proyecto de investigación que se expone a continuación (Silva, 2005).

Se considera muy importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente. (Gil & Martínez, 2008).

La percepción es la capacidad mental que nos permite integrar y/o reconocer aquello que nos llega a través de nuestros sentidos. Nos permite reconocer aquellos objetos a los que prestamos atención y/o crear patrones propios de conocimiento, por lo tanto, debe producirse un encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, dando paso a la percepción o interpretación de la realidad. En los procesos demenciales la atención no le permite al paciente guardar la información, por lo tanto, la atención comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida en que la enfermedad avanza, se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza. La capacidad para seleccionar los estímulos adecuados para la realización de cada tarea se va alterando progresivamente hasta el ensimismamiento en etapas de deterioro avanzado. (Gil & Martínez, 2008)

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, no experimental, de corte transversal, con el propósito de analizar la percepción cognitiva del adulto mayor que acude a la consulta del Hospital Municipal Ángel Ponce Pineda Consuelo, Julio 2019-Julio 2020.

Unidad de análisis, población y muestra

Universo: Comprende por 1,312 pacientes asistidos en el servicio de consulta externa del Hospital Municipal Ángel Ponce Pineda, consuelo. San Pedro de Macorís.

Muestra: fue constituida por 365 (27.8%) adultos mayores de 60 años, de los cuales 155 (42.4%) aceptaron ser parte del estudio en la consulta externa del Hospital Municipal Ángel Ponce Pineda, durante el periodo de estudio.

La Unidad de análisis: todo adulto mayor de 60 años, que acude a la consulta externa, que acepte ser parte del estudio.

Fuente de datos: Primaria y secundaria con evaluación, intervención directa, observación y de los datos contenidos en la encuesta a aplicar. Los datos obtenidos estudiados en frecuencia absoluta y relativa.

Criterios de inclusión

1. Adulto mayor de 60 años que acepten participar del estudio
2. Con grado escolar que le permita leer y escribir
3. De ambos sexos
4. Sin enfermedad degenerativa o accidentes cerebro vasculares
5. Adultos sin historial de demencia senil diagnosticada

Criterios de exclusión

1. Adulto menor de 60 años
2. Que no desee participar del estudio
3. Adultos diagnosticados con demencia, u otra enfermedad degenerativa

RESULTADOS



Figura 1. Distribución de casos. Percepción cognitiva del adulto mayor que acude a la consulta del Hospital Municipal Ángel Ponce Pineda Consuelo, Julio 2019-Julio 2020. Fuente: instrumento de recolección de datos

Edad/sexo	Femenino		Masculino		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
60-69	47	30.32%	37	23.87%	84	54.19%
70-79	25	16.13%	12	7.74%	37	23.87%
80-89	14	9.03%	15	9.68%	29	18.71%
90-99	2	1.29%	3	1.94%	5	3.23%
Total	88	56.77%	67	43.23%	155	100.00%

Tabla 1: Edad/Genero. Percepción cognitiva del adulto mayor. Fuente: instrumento de recolección de datos

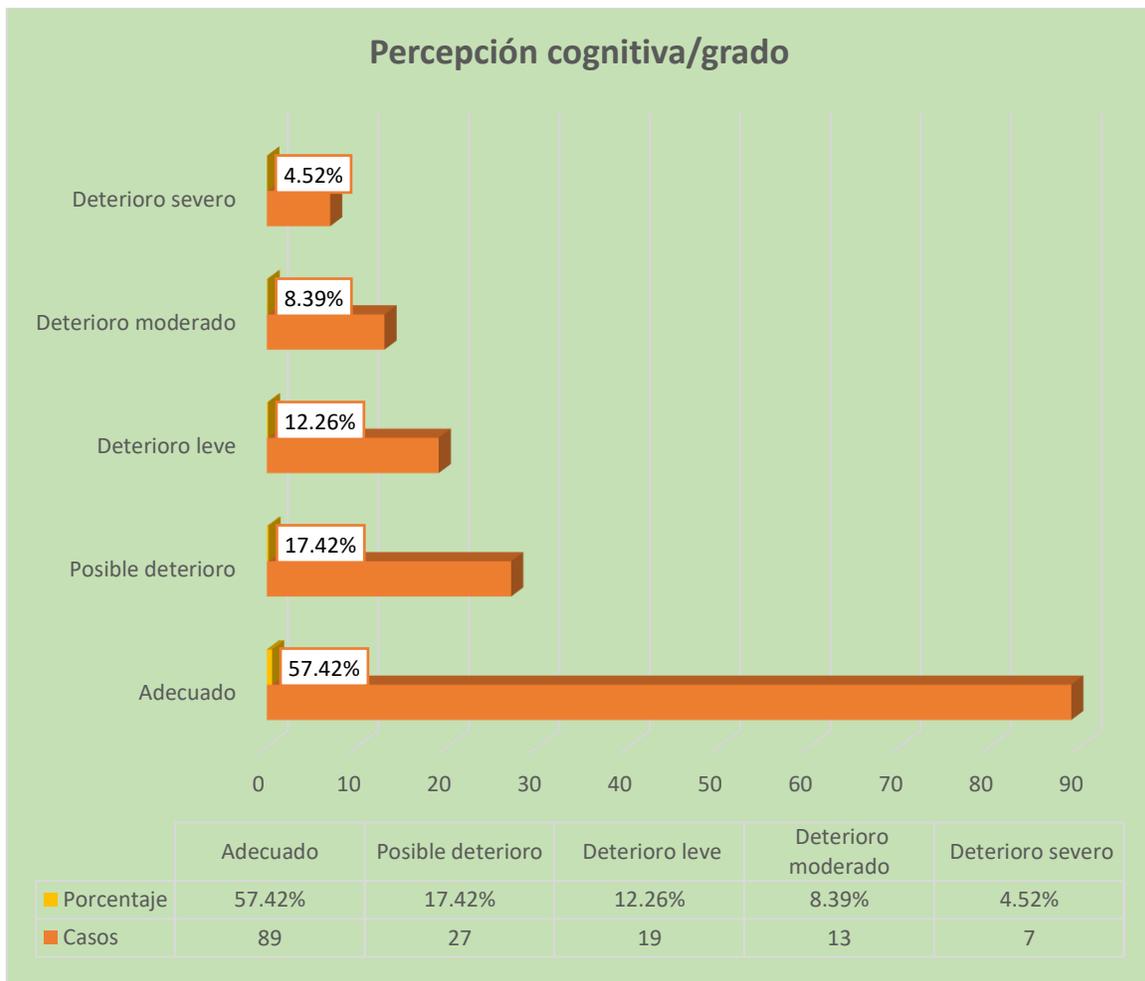


Figura 2. Percepción cognitiva Fuente: instrumento de recolección de datos

Percepción cognitiva	Básica		Secundaria		Educación superior	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Escolaridad						
Adecuado	56	36.13	26	16.77%	7	4.52%
Posible deterioro	17	11.0	10	6.45%	0	0.00%
Deterioro leve	4	2.58%	12	7.74%	3	1.94%
Deterioro moderado	4	2.58%	9	5.81%	0	0.00%
Deterioro severo	7	4.52%	0	0.00%	0	0.00%
Total	88	56.77%	57	36.77%	10	6.45%

Tabla 2: Escolaridad/nivel cognitivo Fuente: instrumento de recolección de datos

Tipo de deterioro	Adecuado		Posible deterioro		Deterioro leve		Deterioro moderado		Deterioro severo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
60-69	64	41.29%	16	10.32%	2	1.29%	1	0.65%	1	0.65%
70-79	18	11.61%	6	3.87%	6	3.87%	5	3.23%	2	1.29%
80-89	7	4.52%	5	3.23%	11	7.10%	3	1.94%	3	1.94%
90-99	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	4	2.58%	1	0.65%
Total	89	57.42%	27	17.42%	19	12.26%	13	8.39%	7	4.52%

Tabla 3: Nivel cognitivo/edad. Adulto mayor. Fuente: instrumento de recolección de datos

Nivel cognitivo/sexo.	Femenino		Masculino	
	Casos	%	Casos	%
Adecuado	56	36.13%	35	22.58%
Posible deterioro	14	9.03%	13	8.39%
Deterioro leve	11	7.10%	8	5.16%
Deterioro moderado	5	3.23%	8	5.16%
Deterioro severo	2	1.29%	3	1.94%
Total	88	56.77%	67	43.23%

Tabla 4: Nivel cognitivo/sexo. Fuente: Instrumento de recolección de datos

DISCUSIÓN

Uno de los temores de cualquier adulto es la pérdida de la percepción cognitiva que puede conllevar el envejecimiento, por lo que es interesante saber y tener en cuenta los factores que la desencadenan. El ser adulto mayor, no es más que el resultado de una serie de procesos de crecimiento y desarrollo que pueden estar influidos desde antes del nacimiento. De ahí la importancia de cultivar un buen mantenimiento del desarrollo cognitivo ya que todos de una manera u otra queremos llegar a una edad de ancianidad conservando la mayor cantidad posible de capacidades que nos permitan valernos por sí mismo, es por esto que ésta se transforma no sólo en un problema de comunidad sino también un problema de salud pública porque naturalmente mientras más deterioro conlleva un adulto, mayor es la cantidad de recursos que hay que invertir en el mantenimiento.

De ahí la importancia de la constante evaluación del estado cognitivo, de manera que permita una intervención oportuna, tanto a prevenir como a detener su desarrollo. Bien se sabe que la salud del adulto mayor está influenciada con la pérdida de la capacidad cognitiva, de ahí que este estudio se encaminó a aplicar el mini mental test, la cual es una herramienta para evaluar brevemente el estado mental del paciente. Es la prueba más utilizada para la evaluación cognitiva estandarizada en el entorno clínico, especialmente en el caso de los ancianos. Esta posee los datos suficientes para detección, estratificación y monitoreo de demencias. Por lo que la población diana en este caso fueron los adultos mayores de 60 años, con grado escolar que le permita leer y escribir, sin distinción de sexos, sin enfermedad degenerativa o accidentes cerebro vasculares y sin historial de demencia senil diagnosticada y así en realidad identificar los casos no tomados en cuenta hasta el momento. Fueron citados estudios como antecedentes, para resaltar la utilidad de la escala, independientemente de que se utilice para valorar el grado de deterioro cognitivo en adultos incluso con menos de 60 años que tienen patologías de base que producen dicho deterioro. A continuación, se desglosan los resultados según cada variable propuesta.

La realización de este estudio fue a través de una población de 1,312 pacientes que fueron asistidos en el servicio de consulta externa del hospital municipal Ángel Ponce Pineda, Consuelo, San Pedro de Macorís, de estos hubo

365 correspondiente al (27.8%) pacientes que eran mayores de 60 años, de los cuales 155 igual a un (42.4%) aceptaron ser parte del estudio, y representan el (11.2%); resaltando el hecho de que en los criterios de inclusión está la edad, no padecer ninguna enfermedad degenerativa, demencia senil, no haber padecido accidentes cerebrovasculares y por supuesto sea una persona capacitada en lecto-escritura y dejarse guiar por el entrevistador.

Del total de 155 pacientes (56.77%) fueron femeninos y el resto masculinos oscilando en intervalos entre 60 y 99 años; de 60 a 69 años femeninas encontramos un (30.32%); de 70-79 años (16.13%); 80 a 89 años (9.3%) y de 90 a 99 años (1.29%). En el grupo del sexo masculino encontramos de 60 a 69 años un (23.87%); de 70 a 79 años (7.74%) de 80-89 años (9.68%) y de 90 a 99 años (1.94%) tomando en cuenta que la mayor cantidad de pacientes fueron entre 60 y 69 años, en su mayoría del grupo femenino.

Los resultados arrojados por el Mini mental test, en la valoración cognitiva del adulto mayor, nos indican que estaban adecuados o sin deterioro para la edad el (57.42%); con posible deterioro (17.42%); con deterioro leve (12.26%); con deterioro moderado (8.39%) y deterioro severo (4.52%).

En la descripción de casos según el nivel de escolaridad y nivel cognitivo se encontró que los que estaban adecuados a la evaluación fueron un total de 89 casos igual a (57.42%); habían asistido a la escuela básica (36%); nivel secundario (16.7%) y educación superior (4.52%). Adultos con posible deterioro 27 (17.41%); de estos habían asistido a la escuela básica (11%); nivel secundario (6.45%) y educación superior ninguno. Con deterioro leve (12.26%); de estos habían asistido a la escuela básica (2.58%); nivel secundario (7.74%) y educación superior (1.94%). Casos con deterioro moderado (8.39%); de estos habían asistido a la escuela básica (2.58%); nivel secundario (5.81%) y educación superior ninguno. Deterioro severo solo 7 casos y todos solo cursaron escuela básica (4.52%). Dada los resultados el nivel de formación escolar influye en la percepción cognitiva del adulto mayor, que conlleva a una conservación de habilidades.

En la parte de la evaluación del nivel cognitivo del adulto mayor con relación a la edad, los datos sugieren que a mayor edad mayor es el riesgo de padecimiento de deterioro cognitivo. Cabe destacar que dentro de los casos estudiados el 57.42% resultó de manera adecuada independientemente del grupo de edad. En lo que tiene que ver con la distribución individual de 60 a 69 años con posible deterioro encontramos sólo un (10.32%) con deterioro leve, (1.29%) deterioro moderado (0.65%) e igualmente para deterioro severo; los casos de 70-79 años con posible deterioro (3.87%), deterioro leve (3.87%), moderado (3.23%) y severo (1.29%); de los 80-89 años posible deterioro (3.23%), deterioro leve (7.10%), deterioro moderado y severo (1.94%); en los de 90-99 años sólo hubo casos de deterioro moderado (2.58%) y deterioro severo (0.65%). Aquí señalamos que independientemente de la edad aunque los textos sugieren que a mayor edad mayor riesgo de deterioro, tuvimos casos de deterioro incluso severos en los grupos de 70-89 años.

En cuanto a la distribución de casos entre nivel cognitivo y el sexo se encontró que el mayor número de casos es femenino, pero cabe resaltar que en los pacientes que llevaban probable deterioro hay una similitud tanto femenino como masculino, deterioro leve hay más riesgo en el lado femenino y el deterioro severo es más frecuente en el masculino.

El estudio de la doctora García Pascual PA; en que aplicó el Mini- Mental test en pacientes con deterioro cognitivo por infarto cerebral múltiple. De 362 pacientes en el periodo del estudio, a 31 pacientes se les aplicó el instrumento de recolección de datos, resultando sólo 18 pacientes con deterioro cognitivo. El sexo femenino presentó la mayor prevalencia con un (66.6%). Los pacientes con pareja sentimental representan el mayor número de afectados, (pacientes casados (44%), (en unión libre (22%)). El Deterioro Cognitivo moderado fue el trastorno más frecuente en esta investigación con un (50%). Con esta investigación se determinó que el número de infartos no es proporcional a la severidad del deterioro cognitivo. (García Pascual, 2018). Este estudio se relaciona en el aspecto del deterioro cognitivo afectando más al sexo femenino.

En el caso de Lazo-Porras M, et al; para la detección del deterioro cognitivo en personas con hipertensión, utilizaron además del mini mental test, otras pruebas complementarias. Las tres herramientas de detección para el deterioro cognitivo se aplicaron en tres días consecutivos. La prevalencia de deterioro cognitivo se calculó para

cada prueba. Evaluamos a 139 participantes, edad media 76,5 años (DE±6,9), (56,1%) mujeres. Se encontró deterioro cognitivo en el (28.1%) de las personas que usan evaluación de lesión cerebral traumática (LCT), el (63.3%) que usa mini mental test y el (100%) que usa Escala de la evaluación cognitiva de Montreal MoCA (Lazo-Porras, 2016).

El doctor Ramírez Rodríguez, KC y colaboradores; muestran la realización de un estudio sobre deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores. Con técnica empleada de entrevista al adulto mayor, que incluía tres test, dentro de ellos el Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE-30), Escala de Katz y Escala de Lawton y Brody. De 160 adultos mayores el (56.25%) fueron del sexo femenino y el (43.75%) masculino. Se halló una frecuencia de deterioro cognitivo 20 por ciento y de demencia del 12 por ciento. Los pacientes con mayor deterioro cognitivo y demencia fueron los de 81 a 90 años (33.33%) y (38%) respectivamente, la afectación del deterioro cognitivo fue más frecuente en el sexo masculino (34.29%) y la demencia fue más frecuente en el sexo femenino (14.4%). En ambas afectaciones predominó el nivel de escolaridad primario (74.5%) en deterioro cognitivo y (80.96%) en demencia. (Ramírez Rodríguez, Rivera Zepeda, y Sánchez Flores, 2018). Los datos de este estudio se corresponden con el sexo, aunque no con las características de los antecedentes personales patológicos y de que utilizaron tres escalas, pues además buscaban datos de demencia.

Velasco-Rodríguez y otros, (2012) muestran en su estudio que también existen otras herramientas para valorar e identificar el efecto del envejecimiento sobre el estado actual de las capacidades funcionales, mentales y sociales de adultos mayores residentes en cuatro instituciones del estado de Colima. Transversal descriptivo, se utilizaron tres escalas validadas. De total 149, más del (50%) presentan algún grado de deterioro de las capacidades estudiadas. La escala de Barthes reportó, 16 adultos con independencia, el resto presenta algún grado de dependencia funcional. La edad que se corresponde con el adulto mayor no debe convertirse en un obstáculo para tener un desenvolvimiento independiente y con plena capacidad, de ahí que se debe prestar atención al adulto mayor a fin de rescatar, motivar y una vez en el centro de salud asistido por cualquier afección sea captado para seguimiento.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio concluyen en que el adulto mayor es un poco más del diez por ciento de la población general, regularmente asistida en los centros de salud.

Que el mayor número de casos fue femenino, en su mayoría entre 60-79 años, la mayor cantidad de pacientes fueron entre 60 y 69 años, en su mayoría del grupo femenino.

Según los resultados arrojados por el Mini Mental Test, en la valoración cognitiva del adulto mayor, indican que no había deterioro para la edad el (57.42%); con posible deterioro (17.42%); con algún grado de deterioro en cerca del veinte por ciento.

En la descripción de casos según el nivel de escolaridad y nivel cognitivo se encontró que estaban adecuados a la evaluación en más del cincuenta por ciento, más el nivel de formación escolar influye en la percepción cognitiva del adulto mayor, que conlleva a una conservación de habilidades.

Como había de esperarse, a mayor edad, mayor es el riesgo de padecimiento de deterioro cognitivo, y aun con los pocos casos en mayores de 90 años fue imperante el deterioro en algún grado, aunque la alteración de la percepción cognitiva puede ocurrir en cualquier rango de edad.

En cuanto a la distribución de casos entre nivel cognitivo y el sexo se encontró que el mayor número de casos es femenino, pero cabe resaltar que en los pacientes que llevaban probable deterioro hay una similitud tanto en

femenino como en masculino, deterioro leve hay más riesgo en el lado femenino y el deterioro severo es más frecuente en el masculino.

RECOMENDACIONES

- Seguimiento por terapia ocupacional
- Evaluación continua del adulto mayor de forma multidisciplinaria en cada visita sanitaria.
- Control de las enfermedades en el adulto mayor, a fin de reducir riesgos de deterioro cognitivo
- Alimentación regular y balanceada, para que reciba las vitaminas y minerales necesario para mantener integras las funciones
- Procurar un esquema regular de ejercicios físicos para activar sistemas
- Implementar visitas domiciliarias regulares para valoración de funciones
- Involucrar con clubes recreativos y juegos de mesa con estimulantes neuro- cognitivos
- Control y eliminación de hábitos tóxicos
- Recrear en lugares abiertos como parques y zonas de playa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondocyt, C. (2018). Manual de Normas de bioseguridad y riesgos asociados. Santiago, Chile. Recuperado el 07 de febrero de 2020
2. García Pascual, P. (2018). Eficacia de la aplicación del Mini- Mental test en pacientes con deterioro cognitivo por infarto cerebral. Santo Domingo Este.
3. García R, A., Santabárbara S, J., López A, R., Tomás A, C., & Marcos A, G. (2017). Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo libre de demencia en una muestra de sujetos mayores de 55 años de Zaragoza. Rev Esp Geriatr Geront.
4. García, A. J., & García, M. Á. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: calidad de vida y actividad física desde una perspectiva psicosocial. Recuperado el 13 de 6 de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1989-38092013000200001
5. Gil, I. Y., & Martínez, V. T. (2008). The cognitive functioning in the elderly: attention and perception in the older adult. Recuperado el 17 de 3 de 2020, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi11208.pdf>
6. Hernández, S. (2014). Intervención del terapeuta ocupacional en el área de estimulación cognitiva. Recuperado el 17 de 3 de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6843555>
7. Lazo-Porras, M. P.-O. (2016). Evaluation of cognitive impairment in elderly population with hypertension from a low-resource setting: Agreement and bias between screening tools. 1(5), 35-40. doi: 10.1016/j.ensci.2016.11.012.
8. Ministerio de Salud Pública. (2008). Manual de Bioseguridad para Servicios Estomatológicos. MINSAP.
9. Mohammadpour A, S. L. (2018). Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. Clin Interv Aging, 15(13), 405-410. doi:10.2147/CIA.S150697.
10. OMS. (2017). Demencia. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
11. Ramírez Rodríguez, K., Rivera Zepeda, J. E., & Sánchez Flores, A. (Feb de 2018). Deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores, UCSFE Dulce Nombre de María, Chalatenango, de Mayo a Julio de 2015. Repositorio Institucional de La Universidad del Salvador. Recuperado el 3 de 2020

12. Sanz, M. E. (2016). Intervención a través de la estimulación cognitiva en personas mayores sanas con necesidades especiales en atención primaria. Recuperado el 17 de 3 de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137664>
13. Silva, J. (2005). Evaluación funcional adulto mayor EFAM-Chile. Medwave, 5(01). Recuperado el 13 de 6 de 2020, de <https://medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/congresos/667>
14. Velasco-Rodríguez, R., Godinez-Gomez, R., Mendoza-Pérez, R. C., Torres-López, M. M., Moreno-Gutiérrez, I., & Hilerio-Lopez, Á. G. (2012). Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. Recuperado el 13 de 6 de 2020, de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?idrevista=71&idarticulo=36023&idpublicacion=3827>
15. Viladrich, C. M. (2019). Trastorno neurocognitivo inducido por consumo de alcohol. Recuperado el 14 de 6 de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/>