

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"NGUYEN-VAN-TROI"
CIEGO DE ÁVILA

Intervención educativa para identificar y controlar deterioro cognitivo en adultos mayores de Ciego de Ávila

Educational intervention to identify and control cognitive impairment in elderly of Ciego de Avila

Ana Isis Ocaña Leal (1), Carmen Maldonado Álvarez (2), León Mármol Sóñora (3), Yanet Angulo Ledón (4), León Mármol Ocaña (5).

RESUMEN

El deterioro cognitivo menoscaba las funciones intelectuales del adulto mayor, constituye una entidad que aumenta a nivel mundial, en la cual se pierden habilidades mentales. En el presente trabajo se implementa una intervención educativa con el objetivo de identificar trastornos cognoscitivos en gerontes del área "Belkis Sotomayor" de Ciego de Ávila, para someterlos a un régimen de rehabilitación basado en la incorporación a actividades que mejoren sus intercambios sociales; se evaluó la evolución después de un año. A partir de un diseño pre experimental y observacional comparativo antes-después, de 100 sujetos mayores de 60 años, que constituyeron la población, a quienes se les administró el instrumento Folstein-Folstein, para discriminar los individuos con deterioro, quienes resultaron 25, que se compararon con igual número de un grupo control homogéneo; la muestra resultó de 50 personas. Las características más relevantes de los afectados fueron: la edad de más de 80 años, mayor frecuencia en mujeres, pocas motivaciones y recreación; carencias de responsabilidades; a estas personas se les aplicó una intervención educativa basada en actividades instructivas, recreativas en los Centros Comunitarios de Salud Mental; se evaluaron los sujetos de estudio que en su mayoría estuvieron estables, después de 12 meses de la intervención.

Palabras clave: DETERIORO COGNITIVO, ADULTO MAYOR, ESTUDIOS DE INTERVENCION.

1. Especialista de 2do Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente.
3. Especialista de 2do. Grado en Psiquiatría. Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Titular.
4. Especialista de 1er Grado en Psiquiatría. Profesora Instructora.
5. Estudiante de 2do Año de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La población mayor de sesenta años crece debido al aumento de la esperanza de vida producido por los adelantos científico-técnicos que promueven la salud y evitan la enfermedad (1-2). No obstante, la situación planteada con anterioridad posibilita el aumento de enfermedades y trastornos típicos de las edades avanzadas, dentro de las cuales se encuentra el sufrimiento de las células del sistema nervioso con el respectivo menoscabo de las funciones elementales del cerebro (3). Es necesario distinguir el deterioro cognitivo (DC) de la pérdida de habilidades cognoscitivas y de orientación inherentes a la mayoría de edad (4-5), como parte del envejecimiento normal, identificado en la literatura como deterioro benigno del adulto mayor (6-8). En la actualidad existen varias teorías que tratan de explicar la presencia de DC en personas mayores, se ha otorgado a la cultura un rol esencial en la conservación de la inteligencia del ser humano y de la preservación de la cognición más allá de los sesenta años (9). Los conocimientos que acumulan los individuos, a lo largo de su existencia, constituyen la reserva cultural que incluye las instrucciones recibidas, habilidades educativas, capacidad para la lectura y escritura e interpretación del arte y otras manifestaciones formativas. El uso de estas facultades ayuda a

mantener las funciones cerebrales, estimulan la creatividad, y sobre todo contribuyen a impedir la pérdida de posibilidades para la comprensión del entorno circundante (10). En distintos países del mundo se estudian las características de la población senescente y las medidas principales para lograr una longevidad satisfactoria. En Cuba existe un programa para la atención a las personas adultas mayores y en Ciego de Ávila se aplican acciones de salud para prevenir el DC que incluye la inserción de estos temas en los medios de comunicación social, así como estrategias de intervención en las cuales se inscribe la prevención de los problemas relacionados con el alcohol en estas etapas de la vida (11-13).

La memoria es la primera propiedad que debe de evaluarse para el diagnóstico de deterioro, para esto se propone el uso del instrumento Folstein-Folstein (FF), de la Asociación Psiquiátrica Americana, con el cual se puede conocer precozmente el grado de deterioro de la cognición de un sujeto (12).

Las medidas de rehabilitación han sido eficaces para las personas con DC, la presente intervención permite conocer el grado de deterioro en los adultos mayores y además planificar acciones de salud específicas para evitar la posterior evolución hacia formas de demencias. Para la investigación del tema se propuso como objetivo aplicar una intervención para identificar deterioro cognitivo en adultos mayores y evitar complicaciones mediante un régimen de rehabilitación comunitaria, además de identificar las personas con deterioro cognitivo para incorporarlas a un régimen de rehabilitación psicoeducativa; comparar las características socio demográficas y socioculturales entre un grupo de gerentes con deterioro y un grupo control (sin alteraciones mentales); valorar la presencia de los intercambios interpersonales y de la influencia social (cultura, recreación) en la conservación de los aspectos cognitivos y comparar la evolución de los sujetos con deterioro después de un año de aplicadas las técnicas de rehabilitación.

MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental comparativo antes-después, para determinar deterioro precoz en gerentes de cuatro consultorios del policlínico "Belkis Sotomayor" de Ciego de Ávila. La población estuvo constituida por los 100 adultos mayores inscritos en las fichas familiares y la muestra de 50 unidades, distribuidas en dos grupos con igual cantidad de miembros; en el primero que fue el Grupo de Estudio (GE) estuvieron incluidos los que presentaron DC después de la aplicación del Folstein- Folstein, quienes fueron comparados con un grupo control (GC), que presentaba características homogéneas en cuanto a edad y sexo, pertenecientes a la misma población.

Variables evaluadas: Grupo de edades, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, convivencia, motivaciones, se utilizó el SPSS, Se trabajó en un ambiente de Windows 2005, las pruebas estadísticas empleadas fueron: Ji cuadrado de Pearson, para valorar la dependencia entre variables inter relacionadas, pruebas de significación, con un valor de alfa de 0,05; se empleó la prueba con rangos de Wilcoxon, para determinar si resultaban significativos los cambios ocurridos después de un año de implementadas las medidas de rehabilitación, los cuales se midieron por la aplicación del mismo instrumento diagnóstico. Se emplearon también los porcentajes para conocer la frecuencia de aparición de las distintas variables del estudio.

Instrumento Folstein-Folstein, mediante el cual se clasifica a las personas con inteligencia normal o en deterioro cognitivo. Se conoce sobre la memoria reciente mediante el ejercicio de reproducción de tres objetos a recordar después de 10 minutos de haberlos mencionados. Estos datos pueden ser aportados por familiares cuidadores que aporten información. Se aplicó el consentimiento informado.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Después de aplicado el instrumento diagnóstico FF, 25 participantes fueron identificados con DC (25% de la muestra). Se pudo identificar que esta afección de las funciones intelectuales fue más común entre personas que sobrepasaron los ochenta años (64). El sexo femenino fue el más afectado por el DC con 18 (72%), solo siete personas del sexo masculino se afectaron (28%), existió diferencia significativa entre la frecuencia de aparición en ambos sexos ($p < 0,05$).

Según criterios de autores norteamericanos, las mujeres tienen mayor predisposición para presentar deterioro que los hombres, en este sentido sugieren causas relacionadas con los cambios propios del climaterio (14-15).

El nivel de escolaridad se comportó de forma muy similar tanto en el GE como en el GC, fue mayoritaria la presencia de grado de primaria en ambos grupos, con 12 y 10 respectivamente (Tabla No. 1), estos datos coinciden con distintos estudios acerca de estos temas (15-16).

Los desocupados estuvieron más representados entre las personas con deterioro (Tabla No.2), 18 sujetos (72%) no tenían vínculos laborales previos. Este dato fue significativo ($p < 0,05$). Según estudios realizados, la mayoría de las personas que se deterioran no tienen vínculos laborales (17-18).

Predominaron los solteros en el GE, sólo estaban casadas cinco personas (20%); en el grupo control 15 (60%) eran casadas, esta diferencia resultó significativa desde el punto de vista estadístico ($p < 0,05$), (Tabla No. 3). La convivencia en pareja puede evitar el déficit cognitivo, según el criterio de varios autores (3, 5, 14).

En relación con el apoyo familiar en el GE predominaron los que vivían solos. En el GC 18 (72%) eran atendidos por su familia (Tabla No. 4), esta diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p < 0,05$). La participación en las tareas del hogar trasciende favorablemente en la salud del geronte (17-18).

La recreación y participación en actividades culturales fue nula en 19 (76%) de las personas con DC, en el GC 15 personas (60%) manifestaban un interés adecuado por la recreación (Tabla No. 5). Esta diferencia fue significativa ($p < 0,05$).

Evaluación de la estrategia educativa aplicada a los gerontes con deterioro cognitivo.

Después de un año de aplicada la intervención se evaluaron los cambios ocurridos en los pacientes que presentaban DC, mediante la aplicación nuevamente del instrumento FF; resultó significativo que sólo una persona evolucionó hacia la demencia de Alzheimer y dos aumentaron el grado de deterioro ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La cuarta parte de la población estudiada presentó deterioro cognitivo, el cual exhibió una tendencia al aumento con el progreso de la edad; la mayoría de los gerentes con deterioro vivían solos, sin vínculo matrimonial; las motivaciones culturales, recreativas, los intercambios interpersonales estaban ausentes en la mayor parte de los sujetos con deterioro. Después de un año en régimen de rehabilitación comunitaria, la mayoría de las personas en deterioro no evolucionaron hacia formas clínicas complicadas.

Las personas con demencia fueron enviadas a recibir tratamiento especializado, aquellos con deterioro recibieron la atención de un programa creado para el control de esta entidad.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un entrenamiento a los especialistas, sobre el modo de empleo del instrumento diagnóstico FF y generalizar el uso del mismo, para que puedan conocer precozmente cómo afecta el deterioro cognitivo a la población de adultos mayores y evitar en lo posible la evolución hacia formas de demencia en estas edades.

ABSTRACT

Cognitive decline reduce intellectual functions of the elderly, is an entity that is increasing globally, in which mental abilities are lost. In this research an educational intervention is implemented with the aim of identifying cognitive disorders in the elderly from Belkis Sotomayor area of Ciego de Ávila, to undergo a rehabilitation regimen based on the joining activities that will improve their social exchanges; the evolution after a year was evaluated. From a comparative pre-experimental and observational before-after design, from 100 subjects older than 60 years, which constituted the population, who were administered the Folstein, Folstein instrument to discriminate individuals with impairment, who were 25, that were compared with an equal number of a homogeneous control group; the sample was 50 people. The most relevant characteristics of the affected population were: age over 80 years, most frequency in women, a few motivation and

recreation; lack of responsibilities; an educational intervention was applied to these people based on instructional, recreation activities in Community Mental Health Centers; Study subjects were evaluated who mostly were stable after 12 months of surgery.

Key words: COGNITIVE IMPAIRMENT, ELDERLY, INTERVENTION STUDIES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez M. Cuando el camino no se ve. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2005.
2. De la Vega R, Zambrano, A. Deterioro cognitivo leve. La Circunvalación del hipocampo [Internet]. 2008 [citado 29 Dic 2008] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/mci.asp>
3. Andersen BC. Change mechanism. New York: Guilford Press; 2006.
4. Zimmerman ST, Dido DS. Coping skills interventions. Am J of Psychol. 2010; 32(6):1105-1118.
5. Wilson JM, Levis JO, Cooper FC. Change on old age. J Educ. 2011; 47(3):34-50.
6. Zweben JE. Treating problems from old age in psychotherapy practice. New York: Guilford Press; 2012.
7. Collins GY. Mental problems on old age. J Am Med Assoc. 2012; 290(22): 2926-2999.
8. Goldman D. Age and brain. J Abnorm Psychol. 2012; 113(32):541-555.
9. Lam LT. Age and problems Am J Psychol. 2012; 48(4):686-689.
10. Ocaña AI. Mármol L. Intervención focal educativa preventiva en el área Norte de Ciego de Ávila. MediCiego [Internet]. 2007 [citado 6 May 2007]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a3_v13_0107.htm
11. Ocaña AI. Mármol L. Uso abusivo de bebidas alcohólicas en el adulto mayor. A propósito de un caso. MediCiego [Internet]. 2007 [citado 8 May 2007]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/casos/c1_v13_0107.htm
12. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de trabajo para atender al adulto mayor. Madrid: Editorial Meditor; 2012.
13. Gill JS. Life quality. J Educ. 2008; 64(4):109-120.
14. Smith EM. Can you avoid distress and misuse on old age persons? Am J Psychol. 2011; 48(2):282-295.
15. Wilson TA. Prevalence of posttraumatic stress disorder old age citizens in German. Am J Psychol. 2011; 48(2):298-299.
16. Ocaña AI, Mármol L. Estrategias educativas para controlar el déficit cognitivo en adultos mayores. La Habana: CEDRO; 2008.
17. Ocaña AI, Mármol L. La cátedra del adulto mayor. La Habana: CEDRO; 2008.
18. Ocaña AI. Deterioro en la tercera edad [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas; 1991.

ANEXOS

Tabla No. 1. Comparación de la escolaridad entre el GE y el GC.

Escolaridad	GE	%	GC	%
Primaria	12	48	10	40
Secundaria	10	40	11	44
Pre Universitaria	2	8	3	12
Superior	1	4	1	4
Total	25	100	25	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 2. Comparación de la ocupación entre el GE y el GC.

Ocupación	GE	%	GC	%
Desocupados	18	72	4	16
Trabajadores	-	-	8	32
Ama de casa	2	8	8	32
Jubilado	5	20	5	20

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3. Comparación del estado civil entre el GE y el GC.

Estado Civil	GE	%	GC	%
Soltero	4	16	2	8
Viudo	6	24	4	16
Divorciado	10	40	4	16
Casado	5	20	15	60
Total	25	100	25	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 4. Comparación del grado de apoyo familiar entre el GE y el GC.

Apoyo Familiar	GE	%	GC	%
Familia	8	32	18	
Soledad	6	24	4	16
Asistidos	10	40	4	16

Fuente: Encuesta

Tabla No. 5. Comparación del grado de motivación entre el GE y el GC.

Motivación	GE	%	GC	%
Nula	19	76	2	8
Ligera	2	8	8	32
Adecuada	4	16	15	60
Total	25	100	25	100

Fuente: Encuesta