

Artículo original

Prevalencia de la situación social y su asociación con el deterioro cognitivo en ancianos residentes de asilos y casas de cuidados

Robles-Ahumada C. M. (1), Bureau-Chávez M. (2), Haro-Cruz J. (3), Ruiz-Guerrero L. (3), Gastelum-Varela G. (3), Gutiérrez-Caballero T. (3), Guerrero-Acosta J. (3), Maza-Gutiérrez F. (4), Díaz-Ramos J. A. (5).

(1) Unidad de Atención Geriátrica de Alta Especialidad, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México; (2) Médico Geriatra, Dirección de Servicios Médicos Municipales; (3) Médico interno de pregrado, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey; (4) Licenciada en Nutrición y Bienestar Integral, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey; (5) Médico Geriatra, Unidad de Atención Geriátrica de Alta Especialidad, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia del deterioro cognitivo y su asociación con la situación social y el estado de salud en adultos de 60 años o más asilados. **Métodos:** Estudio transversal con participantes de 60 años o más reclutados entre febrero y abril de 2015. Los pacientes se sometieron a una evaluación geriátrica integral (EGI) con la cual se obtuvieron datos detallados sobre la situación sociodemográfica, situación social y deterioro cognitivo. **Resultados:** Se incluyeron 48 sujetos, la edad media fue de 73 años (DE= ± 6), el porcentaje de mujeres fue de 60%. La prevalencia del deterioro cognitivo fue de 23%. La prevalencia de mala situación social fue de 54%. Después de ajustar por edad, sexo y alfabetización, el análisis de regresión logística no ajustado mostro una asociación significativa entre la situación social y el deterioro cognitivo. Así la presencia de mala situación social aumentó 13 veces la probabilidad de deterioro cognitivo. **Conclusiones:** Este estudio muestra que la prevalencia de mala situación social es alta entre los ancianos mexicanos. Estos resultados sugieren la importancia de la monitorización de la situación social, que parece conferir un impacto negativo en el deterioro cognitivo de los ancianos; y la evaluación de la situación social debería estar incluida en la evaluación geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo.

Palabras clave: Situación social, deterioro cognitivo, ancianos, asilos.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of cognitive impairment and its association with social situation and health status in adults aged 60 or older, nursing home residents. **Methods:** Cross-sectional study in participants aged 60 or older, recruited between February and April 2015. Participants underwent a comprehensive geriatric assessment (CGA), with which detailed data about sociodemographic, social situation and cognitive impairment was obtained. **Results:** We included 48 subjects; mean age was 73 years (SD= ± 6), women accounted for 60%. The prevalence of cognitive impairment was 23%. The prevalence of bad social situation was 54%. After adjusted by age, sex, and literacy, the unadjusted logistic regression analysis showed a significant association between social situation and CI. Thus, the presence of bad social situation ups 13 times the probability of cognitive impairment. **Conclusions:** This study showed that the prevalence of bad social situation is higher in Mexican elders. These results suggest the importance of monitoring social situation as they seem to confer a negative impact on cognitive impairment of the elderly, and that social situation evaluation should be included in the geriatric assessment to prevent cognitive impairment.

Key Word: Social situation, cognitive impairment, elderly, nursing home residents.

Introducción

El envejecimiento de la población mundial está aumentando, y se prevé que en 2050, una de cada cinco personas tendrá 60 años o más en países en desarrollo.^{1,2} Esta evolución demográfica puede estar asociada con un aumento en la prevalencia de los síndromes geriátricos (SG).³⁻⁵ Este término se ha usado comúnmente para indicar el “efecto acumulado de las deficiencias en múltiples dominios” que resulta en un desenlace adverso particular en las personas mayores.⁶ Las caídas, la depresión, la discapacidad, la inmovilidad, la malnutrición y el deterioro cognitivo son algunos de los SG más frecuentes.

Otro desenlace negativo asociado con el envejecimiento es la alta prevalencia de un nivel socioeconómico bajo o muy bajo y su relación con la falta de servicios básicos de salud, a pesar de la existencia de programas de apoyo social. En México, se estima que más del 60% de la población de adultos de 60 años y más viven en una situación social desprotegida determinada por el estado económico y el apoyo de las redes sociales.⁷ De acuerdo con el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2 de cada 10 adultos mayores pueden pagar sus gastos; los ocho restantes viven en la pobreza, es decir 3.5 millones (46%), mientras que 37% (2.7 millones) se encuentran en una situación de pobreza moderada y 10% (800 mil) viven en pobreza extrema, con 3.7 tipos de privación en promedio.⁸ Uno de los subgrupos de adultos más vulnerable son los ancianos residentes en asilos y casas de cuidados crónicos. Solo el 50% de los ancianos en México residen en hogares familiares, ya sean nucleares o ampliados. El resto parece estar distribuido en diferentes tipos de instituciones de atención.⁹

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de la Situación Social (SS) y su asociación entre el deterioro cognitivo (DC) entre los adultos de 60 años o más, residentes en asilos y casas de cuidados crónicos en el occidente de México.

Material y Métodos

Población de estudio

Estudio transversal que incluyó participantes de 60 años o más, que fueron reclutados consecutivamente de tres asilos o casas de cuidados crónicos, en el área metropolitana del estado de Jalisco en el occidente de México entre febrero y abril de 2015. Se invitó a los sujetos a participar voluntariamente en el estudio durante una consulta médica en el asilo y/o casa de cuidados crónicos. Una vez que los participantes estuvieron de acuerdo, se

sometieron a una evaluación geriátrica integral (EGI) exhaustiva por personal capacitado utilizando métodos estandarizados.

También se obtuvo de forma detallada información sociodemográfica, de la SS y de la presencia de DC. Se excluyeron los sujetos que no completaron las respuestas del cuestionario o que no autorizaron el consentimiento informado para evitar la inclusión de variables incompletas. Además, se excluyeron los sujetos con depresión y delirium para evitar sesgos en los resultados. Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando la versión validada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 15 ítems. Un corte de >5 indicó la presencia de depresión.¹⁰ El cuestionario Pfeiffer se utilizó para excluir a los sujetos con posible delirium.^{11,12} Los Comités de ética de cada asilo o casa de cuidados crónicos revisaron y aprobaron el protocolo de estudio.

Evaluaciones

Variables Dependientes

El deterioro cognitivo fue investigado como desenlace:

Deterioro Cognitivo Leve

La función cognitiva fue evaluada por la versión validada en la población mexicana del Mini-Mental State Examination (MMSE). El puntaje más bajo se determinó con un punto de corte de <23, ajustado por edad y educación.¹³

Situación Social

La Situación Social (SS) se evaluó a través de la Escala de Evaluación de Guijón (versión corta). La escala de SS de Guijón ha demostrado eficacia en la predicción de la institucionalización de personas mayores relacionada con su situación social. Los puntos de corte de <7 indicaron la presencia de una buena situación social, y ≥ 8 puntos fueron considerados para mala situación social.^{14,15}

Co-variables

Las variables sociodemográficas incluyeron edad, sexo, escolaridad, estado civil y variables de morbilidad. La educación fue registrada en años. Un médico capacitado determinó las enfermedades según los criterios y algoritmos estandarizados, bien conocidos y preestablecidos que combinan información de diagnósticos auto informados, historias clínicas, tratamientos farmacológicos actuales y exámenes clínicos. Se preguntó a todos los participantes si tenían un diagnóstico de alguna enfermedad crónica según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).¹⁶

La alteración en las actividades básicas (ABVD) e instrumentadas de la vida diaria (AIVD) se utilizó para identificar la discapacidad.^{17, 18} Para cada dominio, si los participantes indicaron que no podían llevar a cabo al menos una de las actividades sin asistencia, se consideraron como discapacitados.

Análisis Estadísticos

Los datos descriptivos del estado basal para la muestra final se presentan como medias y desviaciones estándar para variables continuas y frecuencias para variables categóricas. La prueba X^2 o la prueba exacta de Fisher se usaron según correspondió. La regresión logística y Razón de Momios se utilizaron para determinar la fuerza de asociación entre variables dependientes (deterioro cognitivo) e independientes (situación social).

Todos los análisis se evaluaron utilizando intervalos de confianza del 95% y un valor P de <0.05 se consideró estadísticamente significativo. Los análisis estadísticos se realizaron en el software Stata para Windows® (Stata Corp., Texas, IL, versión 14) obtenido por la pertenencia al Programa Nacional de Posgrados de calidad de CONACYT.

Resultados

La muestra final fue conformada por 48 personas de 60 años o más; las mujeres representaron el 60% y la media de edad fue de 73 ($DE \pm 6$). Del total, el 64% de la muestra estaba casado y el 28% era viudo. En cuanto al nivel educativo, solo el 5% eran analfabetos. Del total, el 18% de la muestra tenía depresión, el 8.5% presentó delirium y el 4% tuvo ambos diagnósticos. La prevalencia de deterioro cognitivo fue de 23%. La prevalencia de mala situación social fue del 54%.

El 38% de los sujetos que presentan una mala situación social también presentaron deterioro cognitivo. El grupo de sujetos con buena situación social tuvo una baja prevalencia de deterioro cognitivo (4%).

Análisis Univariado

La asociación entre las variables de situación social y el deterioro cognitivo se presentan en la Tabla 1. El análisis de regresión logística no ajustado mostró una asociación significativa entre la situación social y el DC. La presencia de mala situación social mostró significancia para DC (RM = 13, IC 95% 1.5-113, $P = 0.01$). Por lo tanto, la presencia de una mala situación social aumentó 13 veces la probabilidad de deterioro cognitivo.

Tabla 1.
Distribución de la situación social de acuerdo al deterioro cognitivo

	Deterioro Cognitivo		
	Si (11) n, %	No (37) n, %	
Situación Social			X^2
Bueno (22)	1 (4.5)	21 (95)	0.5
Malo (26)	10(38)	16(62)	

Discusión

Los resultados mostraron una asociación entre la situación social y la prevalencia del deterioro cognitivo en ancianos mexicanos residentes de asilos y casas de cuidados crónicos. Por otro lado, según nuestro conocimiento, este es el primer estudio sobre la situación social y su asociación con DC en ancianos mexicanos. Estos resultados mostraron que la situación social negativa es alta en los ancianos mexicanos y que su presencia podría aumentar la probabilidad de tener DC. Este resultado es consistente con el de trabajos internacionales previos, en el que la presencia de una SS mala puede aumentar las posibilidades de desarrollo de desenlaces negativos en ancianos.¹⁹⁻²¹

En un estudio similar, en el que se relacionó la actividad social y la salud (estado físico y cognitivo) se demostró que a mayor interacción social, mejores desempeños cognitivos. La regresión lineal se utilizó para examinar la asociación entre el compromiso social, las puntuaciones de memoria, el estado mental y la percepción de salud. Sólo la asociación entre las interacciones sociales y el estado mental continuó significativa después de ajustar a las variables de confusión.²²

La teoría que puede explicar estos resultados es que una mayor interacción entre las personas puede estimular funcionalmente las capacidades cognitivas debido al aumento de la actividad mental necesaria para mantener la integridad de esas interacciones.²³ Por lo tanto, la disminución del deterioro cognitivo puede producir un efecto recíproco en la calidad de las interacciones sociales, alejando al sujeto de un círculo vicioso que conlleva el desarrollo posterior de factores de riesgo de deterioro físico y mental.

En nuestro análisis, a pesar de que el porcentaje de ancianos con deterioro cognitivo no fue mayor al esperado (23%), más de un tercio tuvieron también

una mala situación social en comparación con el 4% de ancianos con deterioro cognitivo y buena situación social. Este resultado sugiere que la situación social puede desempeñar un papel importante en el mantenimiento de un rendimiento cognitivo adecuado.²⁴

Diversos trabajos han desarrollado la hipótesis de que tener relaciones sociales pueden influir positivamente en los comportamientos de salud y los procesos psicológicos individuales. Otro estudio evaluó el deterioro cognitivo leve asociado al mantenimiento de las relaciones sociales.

El estudio encontró una asociación entre la pertenencia al grupo de viudas que viven solas y la prevalencia de deterioro cognitivo. Sin embargo el riesgo de deterioro cognitivo no difirió entre los participantes divorciados/separados y nunca casados, con lo que se concluyó que no fue relevante el estado social de los participantes que estaban en riesgo de deterioro cognitivo y que no existía una asociación clara entre la relación social y el deterioro cognitivo leve.²⁵ Aún así, la prevalencia de deterioro cognitivo en el grupo con depresión y sin apoyo social (que viven solos y viudos) es similar a la encontrada en nuestro estudio (22%-39% vs. 18% -38%). Aunque varios estudios previos no han encontrado pruebas suficientes para establecer una asociación entre la situación social y el funcionamiento cognitivo.^{26 - 29} Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, la información sobre SS fue auto informada, y los hallazgos deben interpretarse con precaución. Se deben desarrollar estudios longitudinales adicionales que incluyan medidas objetivas de SS (p. ej. Evaluación de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, estudio socioeconómico elaborado por un trabajador social, etc.) para confirmar o refutar estos hallazgos. Otra limitación fue la pérdida de seguimiento; esto podría limitar la generalización de los hallazgos. La posibilidad de causalidad inversa en la dirección de la asociación entre SS e IC no debe ignorarse. Finalmente, no se utilizaron otros cuestionarios validados para evaluar la Situación Social (por ejemplo, OARS,

Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional de Servicios y Recursos para Mayores Americanos y Apgar Familiar) porque el personal no estaba entrenado para su correcto desempeño, y debe ser tomado en cuenta al interpretar las recomendaciones.

Sin embargo, las principales fortalezas de este estudio incluyen la detección de SG, que se realizó con pruebas estandarizadas. Nuestro análisis sí consideró otras variables de confusión (depresión y delirium); factores bien conocidos por su influencia en el desarrollo de DC.

Conclusión

Este estudio es consistente con las afirmaciones iniciales ya que la falta de relaciones sociales en los ancianos parece tener un impacto negativo sobre el desempeño cognitivo. La situación social de los sujetos podría ayudar a mejorar sus habilidades cognitivas o prevenir el deterioro del estado basal. Los resultados sugieren la importancia de monitorear las relaciones sociales, ya que parecen tener un impacto en el estado de salud de los ancianos. Consideramos apropiado fortalecer las relaciones sociales mediante la organización de actividades grupales, la inclusión social familiar y la promoción de una situación social adecuada. Creemos que EGI, que incluya una evaluación de la situación social, podría ser una herramienta para promover cambios positivos a nivel individual y tener el potencial de establecer estrategias terapéuticas en múltiples niveles para prevenir el deterioro cognitivo en los ancianos mexicanos residentes de asilos y casas de cuidados crónicos. Sin embargo, estos resultados se deben replicar en una cohorte más extensa con un enfoque longitudinal.

Correspondencia: Díaz-Ramos Julio Alberto

Correo electrónico: julio.alberto.diaz.ramos.geriatra@gmail.com

Teléfono: (+052) 33 1761 1928

Dirección: Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Calle Coronel Calderón 777, Guadalajara, Jalisco, México. C.P. 44280

Referencias bibliográficas

1. Esser DE, Ward PS. *Ageing as a global public health challenge: from complexity reduction to aid effectiveness*. *Glob Public Health*. 2013; 8(7): 745-68.
2. Alshamsam R, Lee JT, Rana S, Areabi H, Millet. *Comparative health system performance in six middle-income countries: cross-sectional analysis using World Health Organization study of global ageing and health*. *J R Soc Med*. 2017 Sep; 110(9): 365-375.
3. World Health Organization. *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*. First edition ed. WHO, editor. Geneva: WHO press; 2005.

4. Veterano D, Foebel A, Marengoni A, Brandi V, Collamati A, Heckman G, et al. *Chronic diseases and geriatric syndromes: The different weight of comorbidity*. Eur J Intern Med. 2016 Jan; 27: 62-7.
5. Fried L, Tangen C, Watson J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56(3): M146-56.
6. Tinetti M, Inouye S, Gill T, Doucette J. *Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence*. Unifying the approach to geriatric syndromes. JAMA. 1995 May 3; 273(17): 1348-53.
7. Gutierrez-Robledo LM, Ávila-Fematt FM, Montaña-Álvarez M. *La geriatría en México*. El Residente. 2010 Mayo-Agosto; 5(2): 43-48.
8. CONEVAL. Evolución de la Pobreza 2010-2016. *Comunicado de Prensa*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Dirección de Información y Comunicación Social; 2017.
9. Instituto Nacional de las Mujeres. *Situación de las personas adultas mayores en México*. Boletín. Ciudad de México: INMUJERES, Dirección de Estadística; 2015.
10. Baker FM, Espino DV. *A Spanish version of the Geriatric Depression Scale in Mexican-American elders*. Int J Geriatr Psychiatry. 1997; 12: 21-5
11. Martínez de la Iglesia J, Dueñas-Herrerob R, Onís-Vilches MC, Aguado-Tabernéa C, Albert-Colomerc C, Luque-Luquec R. *Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años*. Med Clin. 2001 Enero; 117(4): 129-34.
12. Fillenbaum G, Heyman A, Williams K, Prosnitz B, Burchett B. *Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elderly black and white community residents*. Journal of clinical Epidemiology. 1990; 43(7): 651-60.
13. Mungas D, Marshall SC, Weldon M. *Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish-speaking elderly*. Neurology. 1996;(46): 700-706.
14. Cabrera-González D, Menéndez-Caicoya A, Fernández-Sánchez A, Acebal V, García-González JV, Díaz-Palacios E, et al. *Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano*. Aten Primaria. 1999 abril; 23(7): 434-40.
15. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, et al. *Development and Validation of an Instrument to Predict Probability of Home Discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain*. Journal of the American Geriatrics Society. 2003 February; 51(2):252-257.
16. Revisión ICoDaRHP1. ICD-10 Version: 2016. [Online]; 2016 [cited 2016-17 Jan 1-30. Available from: app.who.int/classifications/icd/browse/2016/en.
17. Barrero Solis C, García Arrijoja S, Ojeda Manzano A. *Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación*. Plast & Rest Neurol. 2005 Jan-Jun; 4(1-2): 81-85.
18. Lawton M, Brody E. *Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist. 1969 Autumn; 9(3): 179-86.
19. Fratiglioni L, Wang H, Ericsson K. *Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study*. Lancet. 2000; 355: 1315-1319.
20. Hakansson K, Rovio S, Helkaka E. *Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study*. BMJ. 2009; 339: b2462.
21. Roberts R, Geda Y, Knopman D. *The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men*. Neurology. 2012 Jan; 78(5): 342-351.
22. Sinclair A, Morley JE, Vellas B. *PATHY'S Principles and Practice of Geriatric Medicine*. In Sinclair A, Morley JE, Vellas B, editors. *PATHY'S Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Nueva Jersey: Wiley-Blackwell; April 2012. 912-914.
23. Karlamangla A, Miller-Martinez D, Aneshensel C. *Trajectories of cognitive function in late life in the United States: demographic and socioeconomic predictors*. Am J Epidemiol. 2009; 170: 331-342.
24. Van Gelder B, Tijhuis M, Kalmijn S. *Marital status and living situation during a 5-year period are associated with a subsequent 10-year cognitive decline in older men*. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006; 61: 213-219.
25. Brenowitz W, Kukull W, Beresford AA, Monsell S, Williams E. *Social Relationships and Risk of Incident Mild Cognitive Impairment in US Alzheimer's Disease Centers*. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2014 July-september; 28(3): 253-260.
26. Seeman T, Lusignolo T, Albert M. *Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults*. Heal Psychol. 2001; 20: 243-55.
27. Gleit D, Landau D, Goldman N. *Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly*. Int J Epidemiol. 2005; 34: 864-871.
28. Green A, Rebok G, Lyketsos C. *Influence of social network characteristics on cognition and functional status with aging*. Int J Psychiatry. 2008; 23: 972-978.
29. Eisele M, Zimmermann T, Kohler M. *Influence of social support on cognitive change and mortality in old age: results from the prospective multicentre cohort study AgeCoDe*. BMC. Geriatr. 2012; 12(9).