

TRABAJO DE GRADO
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
TRABAJO FINAL



DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE
CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER.

AUTORAS

INGRID TATIANA MARTINEZ RODRIGUEZ

LINA YANETH PEREZ TRIGOS

CÚCUTA, COLOMBIA; 2020.

TRABAJO DE GRADO
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
TRABAJO FINAL



DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE
CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER.

DIRECTORA

PS. MG. YIJADD DALAD ORDOÑEZ YABER

AUTORAS

INGRID TATIANA MARTINEZ RODRIGUEZ

LINA YANETH PEREZ TRIGOS

CÚCUTA, COLOMBIA; 2020.

Agradecimientos

A mis papás Milcíades Pérez y Carmen Trigos por brindarme la oportunidad de estudiar y prepararme para ser una mejor persona, a mi hermana Marcela Pérez quien día a día se esfuerza por darme lo mejor, a ellos quienes han sido mi guía e impulso en este camino que estoy pronto a culminar, por ser un apoyo incondicional y su comprensión en los momentos difíciles para que yo tuviera la fuerza suficiente para cumplir una meta más en mi vida.

A Dios por darme la oportunidad de darme los mejores padres, por forjarme en valores, hacerme una mejor persona, y a la paciencia que me han tenido durante toda mi etapa en la Universidad.

A todos los profesores que me formaron en el transcurso de mi carrera y me ayudaron a prepararme para ser lo que siempre he soñado. Y por último a la Universidad de Pamplona, por darme la oportunidad de ser parte de ella y por la calidad humana con la que nos educan para ser el futuro del país.

Lina Yaneth Pérez Trigos

Agradezco profundamente a mis padres Luz Dary Rodriguez y Juan Martinez quienes me dieron la vida y me han convertido en la mujer que hoy soy, con su esfuerzo y dedicación brindándome el apoyo y la oportunidad de llevar a cabo mi carrera universitaria, a mi hermana Leidy Martinez quien ha estado en los mejores y peores momentos, a ellos, mi familia, por ser el pilar más importante y el impulso en este recorrido pronto a culminar, por ser un apoyo incondicional y brindarme siempre lo mejor de cada uno ellos, siendo mi fortaleza y resistencia en los momentos difíciles.

A Dios por obsequiarme la oportunidad de vida cada día y de vivir experiencias significativas que han enriquecido mi proceso como persona, por brindarme la maravillosa familia que tengo quienes me han formado en valores y permitirme seguir compartiendo con ellos cada uno de mis logros, por hacerme cada día una mejor persona y demostrarme que cada paso dado siempre ha sido por un propósito.

A todos los docentes que han contribuido en mi formación durante el transcurso de la carrera y han ayudado a prepararme para culminar una de mis mayores metas, como lo es obtener mi título universitario. A la Universidad de Pamplona, por darme la oportunidad de ser parte de ella y por la calidad humana con la que nos educan para ser el futuro del país. Finalmente, a mí, por tener la valentía de superar cada obstáculo presentado en el proceso, por el esfuerzo, constancia y perseverancia que me permitió llegar hasta este momento.

Ingrid Tatiana Martinez Rodriguez

Tabla de contenido

Deterioro Cognitivo En Los Adultos Mayores De La Ciudad De Cúcuta.	8
Resumen	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
Problema De Investigación.....	12
Formulación del Problema.....	12
Planteamiento del Problema	12
Descripción del Problema.....	14
Justificación	17
Objetivos.....	18
Objetivo General.....	18
Objetivos Específicos	18
Estado del Arte	19
Internacional	19
Nacional	25
Regional/Local.....	28
Marco Teórico	30
Capítulo I Adulto Mayor.....	30
Cambios biopsicosociales del envejecimiento.	31
Cambios biológicos asociados al envejecimiento.	33
Capítulo II Deterioro Cognitivo.....	34
Orientación.....	36
Atención y concentración.....	36
Razonamiento.....	37

Memoria.....	38
Lenguaje.....	40
Tipos de deterioro cognitivo.....	41
Capitulo III Estrategias Para La Disminución y/o Prevención Del Deterioro Cognitivo En Los Adultos Mayores.....	42
Marco contextual.....	45
Marco legal.....	45
Metodología.....	48
Diseño.....	48
Población.....	49
Muestra.....	49
Hipótesis.....	50
Proceso de Intervención.....	50
Contextualización de problema.....	50
Ingreso a la población.....	51
Aplicación de las técnicas.....	51
Análisis y discusión de los resultados.....	52
Instrumento.....	52
Ficha técnica.....	53
Calificación.....	53
Confiabilidad y validez.....	54
Componentes.....	55
Definición de Variables.....	55
Orientación.....	55
Fijación - Recuerdo Inmediato.....	55

Concentración y Cálculo.....	56
Memoria.....	56
Nominación.....	57
Repetición.....	57
Comprensión.....	57
Lectura.....	57
Escritura.....	57
Dibujo.....	58
Como Se Analizará La Información Recolectada.....	58
Resultados.....	59
Discusión.....	68
Conclusiones.....	71
Recomendaciones.....	72
Referencias.....	73

Lista de tablas

Tabla 1. Interpretación de los puntajes	54
Tabla 2. Rango y Distribución de Edad	59
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje del nivel de deterioro	60
Tabla 4. Frecuencia de los resultados obtenidos en Orientación	61
Tabla 5. Frecuencia de los resultados obtenidos en Fijación	62
Tabla 6. Frecuencia de los resultados obtenidos en Concentración y Cálculo	63
Tabla 7. Frecuencia de los resultados obtenidos en Memoria	65
Tabla 8. Frecuencia de los resultados obtenidos en Lenguaje y Construcción	66

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Ficha técnica mini-mental	53
--	----

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje del Nivel de Deterioro	61
Gráfico 2. Porcentaje de los resultados obtenidos en Orientación	62
Gráfico 3. Porcentaje de los resultados obtenidos en Fijación	63
Gráfico 4. Porcentaje de los resultados obtenidos en Concentración y Cálculo	64
Gráfico 5. Porcentaje de los resultados obtenidos en Memoria	65
Gráfico 6. Porcentaje de los resultados obtenidos en Lenguaje y Construcción	67

Deterioro Cognitivo En Los Adultos Mayores De La Ciudad De Cúcuta.

Resumen

Uno de los principales problemas que se presenta con mayor frecuencia dentro de la población adulta mayor es el deterioro cognitivo y esto se da como consecuencia del proceso de envejecimiento ya que este hace parte del ciclo de vida de cada persona, el objetivo de esta investigación fue identificar el estado de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta, a través de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo (MEC), para que por medio de este se obtenga conocimiento de cual subescala se encuentra más afectada en ellos. El marco metodológico contempla un estudio cuantitativo con diseño transeccional-descriptivo con una población de 60 adultos mayores seleccionados por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, y cuyos criterios de inclusión fueron: edad entre 55 y 96 y más, y se aplicó el instrumento: mini examen cognoscitivo (MEC). En cuanto a los resultados se pudo evidenciar con los datos obtenidos que el 10% de la población tiene un deterioro cognitivo grave, un 40% presenta deterioro cognitivo leve, y el 50% de la población no evidencia deterioro cognitivo, las áreas que se encuentran más afectada son concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción. Por ende se puede concluir que, se da por cumplido el objetivo general el cual era conocer el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores, asimismo, se logró llevar a cabo la aplicación de la prueba mini examen cognoscitivo, por medio de la cual se dio cumplimiento a los primeros tres objetivos específicos, finalmente, se desarrolló la guía didáctica para el fortalecer y prevenir mediante ejercicios de estimulación cognitiva el deterioro en adultos mayores, dando así cumplimiento al último objetivo específico.

Palabras clave: Adulto mayor, deterioro cognitivo, estimulación cognitiva.

Abstract

One of the main problems that is presented with greater frequency within the older adult population is the cognitive deterioration and this occurs as a consequence of the aging process since this makes part of the life cycle of each person, the objective of this investigation was to identify the state of cognitive deterioration in the older adults of the city of Cúcuta, through the standardized mini cognitive test (MEC), so that by means of this one obtains knowledge of which subscale is more affected in them. The methodological framework contemplates a quantitative study with a transectional-descriptive design with a population of 60 older adults selected by means of non-probabilistic sampling for convenience, and whose inclusion criteria were: age between 55 and 96 and more, and the instrument was applied: mini-cognitive test (MEC). As for the results, it was possible to demonstrate with the obtained data that 10% of the population has a serious cognitive deterioration, 40% presents slight cognitive deterioration, and 50% of the population does not evidence cognitive deterioration; the areas that are more affected are concentration and calculation, memory, language and construction. Therefore, it can be concluded that, it is given as fulfilled the general objective which was to know the degree of cognitive deterioration in older adults, also, it was achieved to carry out the application of the cognitive mini test, through which it was fulfilled the first three specific objectives, finally, it was developed the didactic guide for the strengthening and prevention of the deterioration in older adults by means of exercises of cognitive stimulation, giving this way fulfillment to the last specific objective.

Key words: Older adult, cognitive deterioration, cognitive stimulation.

Introducción

Cada ser humano pasa por una serie de etapas en el transcurso de su vida, que hacen parte del ciclo de vida de cada persona, el deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presenta con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento, la cual es considerada por Arango y Ruiz (2004), como “el último escalón del ciclo vital”. Actualmente se considera que los adultos mayores, son personas con edades superiores a los 60 años; según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2014), la población adulta mayor ha tenido un incremento rápido y significativo en todo el mundo, se estimó que entre los años 2015 y 2050, los adultos mayores podrían pasar de un 12 a un 22%, es decir casi el doble de la población actual.

Para D`Hyver, (2009). “El envejecimiento visto desde la perspectiva psicológica, es un proceso en el que se producen alteraciones en la capacidad de pensar y aprender, así como en la personalidad y el afecto, y éstas, generan un impacto en las distintas áreas de la vida de la persona”. Debido a esto, el rol del adulto tanto en la sociedad como en la familia se ve modificado al entrar en la adultez tardía, ya que las funciones y actividades que éste ejerce comienzan a reajustarse a sus capacidades físicas y mentales.

Así mismo, Ostrosky, Solís, (2003), refieren que la disminución de las capacidades cognitivas no necesariamente representa una enfermedad, dado que pueden ser producto del proceso de envejecimiento cerebral normal, sin embargo, cuando la disminución es severa se producen limitaciones en la vida del adulto, que pueden llegar a impactar actividades relacionadas con su higiene personal, movilidad física, etc., como es el caso de la demencia, que se caracteriza por la pérdida de habilidades cognoscitivas de suficiente severidad, para interferir con el funcionamiento social y ocupacional de una persona.

De acuerdo a lo anterior, se realiza el trabajo de grado que lleva por nombre” deterioro cognitivo en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta, norte de Santander.” el cual dentro de su objetivo principal es poder conocer el deterioro cognitivo que presentan adultos mayores de la población en general, para brindar aportes que ayuden al fortalecimiento de las funciones cognitivas que se encuentren más afectadas.

Problema De Investigación

Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores?

Planteamiento del Problema

El envejecimiento normal trae consigo una serie de cambios notables, como lo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información. Este es, el deterioro cognitivo del cerebro, el cual depende tanto de factores fisiológicos como ambientales. El concepto de envejecimiento con deterioro cognitivo se refiere a los cambios cognitivos en la última parte de la vida: 55 años en adelante.

Dentro de sus causas se encuentran los cambios en la relación con la sociedad, siendo uno de los principales factores que inciden en la pérdida de facultades el aislarse del mundo que les rodea y no tener contacto con otras personas, otra causa son los cambios psicológicos el cual incide directamente en las facultades mentales de la persona. Por una parte, los trastornos de estrés o la depresión pueden hacer que el desgaste de neuronas sea mayor, propiciando así, las pérdidas de memoria, y por último los cambios en el organismo, hay cambios propios del organismo que propician el hecho de sufrir una degeneración cognitiva más grave. La pérdida de neuronas y la no regeneración rápida de éstas, la pérdida de la vista con la imposibilidad de reconocer objetos correctamente... son algunos de los cambios en el organismo que pueden afectar al deterioro cognitivo de una persona.

A continuación, se dará a conocer algunas definiciones según autores de la prueba mini examen cognoscitivo (MEC), la cual ayudará a detectar el nivel de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores; para Mann (1997) la prevalencia de demencias, “como se puede suponer es considerablemente mayor en entornos especiales de población geriátrica, como las residencias de ancianos o los entornos de geriatría”. Así mismo Lobo y Hofman (2000), Refieren que a veces “las demencias, no son detectadas sobre todo entre los más ancianos, siempre ha sido cuestionable el considerar que el problema era poco relevante porque no existía tratamiento”, para las demencias más frecuentes sobre todo las de tipo degenerativas. El tema de la detención precoz adquiere relevancia al conocerse la cifra de incidencia de enfermedades de demencia.

Mencionando a otros autores, Fustinoni (2002), afirma que “el deterioro cognitivo comprende la pérdida, modificación, déficit o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada”. Explica el autor, que el deterioro cognitivo y demencia son conceptos similares, diferenciándose sólo por el grado de la alteración. Por otra parte, como se menciona anteriormente los adultos mayores presentan una gran disminución funcional lo cual hace que se le dificulte en mayor medida su traslado, lo que los lleva a tener una mayor dependencia ya sea de sus familiares o de agentes externos como enfermeras, también necesitando asistencia de bastones o sillas de ruedas.

Según la OMS (2015), “Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso”. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos

con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Colombia es un país en vía de desarrollo; factor que se debe tener en cuenta al momento de realizar un estudio acerca del deterioro cognitivo. Según Díaz, (2003); afirma que en Colombia ha habido muy pocos estudios que se han realizado con relación al deterioro cognitivo, siendo estos, basados en enfermedades neurológicas las cuales representan un 1.3% y 5.4%.

Por lo tanto, es importante prestar atención ante las quejas subjetivas tanto de los adultos mayores como sus familiares en cuanto a problemas de concentración, ya que muchas veces es considerado un proceso normal del envejecimiento, impidiendo de ésta manera la valoración correcta del adulto mayor por lo que, según Montenegro (2007), “se hace necesario implementar el uso de pruebas cognitivas que permitan una orientación hacia el área que se encuentra alterada para realizar una intervención clínica oportuna y rehabilitación temprana”.

Para finalizar, Pedraza (2012); menciona que existen factores de riesgo tales como el nivel bajo de escolaridad, el nivel socioeconómico, traumas craneoencefálicos; principales patologías crónicas (Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2); estilos de vida inadecuados y depresión, siendo este último uno de los factores de mayor importancia, ya que se ha demostrado que el estrés psicológico aumenta la posibilidad de presentación del evento.

Descripción del Problema

Con base a investigaciones neuropsicológicas acerca del adulto mayor, se conoce que una proporción significativa de los mismos manifiestan una disminución en las funciones

cognitivas, principalmente en relación a la atención, memoria, lenguaje y otros dominios que se ven afectados; en mayor o menor grado, respondiendo a ciertos factores como la edad y el sexo. Dicho fenómeno es conocido como deterioro cognitivo y conlleva consecuencias funcionales que interfieren en el bienestar biopsicosocial de los adultos mayores, pues el deterioro cognitivo interfiere en las actividades de la vida diaria, lo que afecta el nivel de independencia, la percepción de eficacia, las relaciones sociales y de manera general la calidad de vida de este grupo de la población. Sin embargo, se desconoce el estado cognitivo actual, al igual que las áreas específicas que se encuentran deterioradas o conservadas, la relación con la edad y las diferencias cognoscitivas respecto al sexo.

El deterioro cognitivo, es definido por Franco y Criado (2002) como “toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados”. Además, se conoce que esta condición es un síndrome neurológico multifactorial, que puede o no estar presente en la vejez, de acuerdo a distintas etiologías biológicas, psicológicas y sociodemográficas. En consecuencia, el nivel de deterioro cognitivo puede verse influido por variables significativas para este grupo poblacional, como la edad y el sexo.

En relación al factor edad, Gómez y Peña (2013). En un estudio socioeducativo de la población adulta mayor identificó que a mayor edad, menor salud cognitiva. Mientras que, en una investigación realizada por Climent (2014), se conoció que los factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo son: edad, pertenecer al sexo femenino, ausencia de hábito de lectura, analfabetismo, entre otros. El nivel de funcionalidad y desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria de este grupo poblacional puede verse afectado por el grado de

deterioro cognitivo y los dominios específicos afectados. Es así que Leite, Castioni, Kirchner y Hildebrandt (2015) consideran que “El envejecimiento trae consigo la disminución cognitiva y fisiológica causando pérdida de autonomía e independencia”. Por esta razón, la severidad del deterioro cognitivo constituye un factor significativo que interfiere en la calidad de vida del adulto mayor. Ya que ciertas funciones mentales son indispensables para realizar actividades cotidianas.

Finalmente, una investigación de Fuentes (2008). Demuestra que a medida que declina la memoria, el lenguaje y el razonamiento, se ven afectadas aptitudes instrumentales como la toma de decisiones, el manejo de finanzas, la conducción de vehículos, el uso del teléfono, la ingesta de medicamentos, entre otros. Lo cual genera mayor dependencia, riesgo ocupacional, sobrecarga del cuidador, aumento de la tasa de hospitalizaciones, mayores costos económicos e incluso mortalidad.

Justificación

Los adultos mayores constituyen uno de los pilares fundamentales para la sociedad, es indispensable el brindar atención y seguridad a esta población. Es por esto que nace el presente proyecto, el cual es importante por el impacto del deterioro cognitivo sobre la calidad de vida en el adulto mayor, persona vulnerable por la presencia de múltiples dolencias, achaques propios de su edad donde también pueden presentarse diferentes niveles de deterioro cognitivo, cada uno de los cuales afectarán de diferente manera en su calidad de vida, por lo tanto, van perdiendo sus funciones cognitivas, como son memoria, orientación y lenguaje. Con respecto a lo anterior, resulta de especial interés conocer cuál es el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta, y a partir de ahí describir las manifestaciones clínicas del deterioro cognitivo y determinar el grado de deterioro en el que se encuentran cada uno de los adultos mayores investigados.

Nuestra investigación es de enfoque cuantitativo ya que este considera que el conocimiento debe ser objetivo, y que este se genera a partir de un proceso deductivo en el que, a través de la mediación numérica y el análisis estadístico inferencial, se prueban hipótesis previamente formuladas. Los resultados del proyecto se obtendrán mediante la aplicación de un test fiable, confiable y estandarizado. Dicho proyecto es de interés social puesto que va dirigido a personas que aportaron muchos años de su vida en todos los ámbitos en los cuales se desempeñaron. Es a partir de los 55 años aproximadamente que se presenta este deterioro y se hace indispensable el conocer los diferentes niveles de deterioro cognitivo.

Por otro lado, es indispensable que como sociedad brindemos ayuda a los adultos mayores que van presentando un discreto deterioro debido a que afecta en gran magnitud en su salud tanto física como psicológica y de esta manera el adulto mayor pueda vivir lo más

tranquilo que sea posible. Al pasar los años se van presentando complicaciones en la persona, por lo tanto, es importante el diagnosticar a tiempo las dolencias y posibles complicaciones que puede presentar para brindar la ayuda necesaria de la manera más oportuna y así su declive no signifique mucho en su salud.

Para finalizar, es importante recalcar que la calidad de vida en los adultos mayores requiere un amplio estudio por lo que se debe poner más énfasis en este tipo de población ya que son vulnerables y a la vez causa malestar en su diario vivir por lo que como estudiantes de psicología de la Universidad de Pamplona deberíamos brindar la ayuda necesaria para que su vida no se vea afectada a largo plazo por la falta de programas que ayuden a prevenir o retrasar esta etapa.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el estado de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta, a través de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo (MEC), para que por medio de este se obtenga conocimiento de cual subescala se encuentra más afectada en ellos.

Objetivos Específicos

Medir la orientación y fijación en los adultos mayores a través de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo.

Evaluar memoria, concentración y cálculo matemático en los adultos mayores por medio de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo.

Interpretar el lenguaje y construcción de los adultos mayores a través de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo.

Diseñar una guía didáctica donde se muestre una serie de ejercicios que contribuyan al fortalecimiento y prevención de deterioro en funciones cognitivas tales como (concentración y cálculo, memoria, y lenguaje y construcción).

Estado del Arte

A continuación, se presentarán doce (12) investigaciones realizadas en Colombia y otros países donde se ha investigado acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor, y estas están distribuidas de la siguiente forma; Siete (7) a nivel internacional, tres (3) a nivel nacional, dos (2) a nivel regional/local, las cuales servirán como base para la construcción de la presente investigación, establecidas con los siguientes estándares: Título, autor, año, metodología y relación con nuestra investigación.

Internacional

“Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, (Ecuador)”, Barrera. J (2017), en su investigación habla sobre el envejecimiento y que es un proceso biológico experimentado por el ser humano; en tejidos, órganos y células se produce cambios irreversibles para la persona, se considera a la persona adulta mayor a partir de los 65 años de edad. Se pueden encontrar diferentes tipos de envejecimientos como son: individual, demográfico o poblacional, psicológico.

Esta investigación fue de tipo correlacional porque busca una relación entre las dos variables y el impacto que cada una de ellas ejerce en la población, es decir, como la variable

dependiente Deterioro cognitivo mantiene una influencia en la variable independiente Calidad de vida, la investigación se realizó con 35 adultos mayores y se realizó la aplicación de dos test para la obtención de resultados de las variables antes planteadas, para la variable deterioro cognitivo se utilizó el test Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y para la variable calidad de vida se utilizó el test Gencat Escala de calidad de vida.

Esta investigación presenta relación con la nuestra en cuanto a la identificación del deterioro cognitivo en adultos mayores por medio de la aplicación del test Mini Examen Cognoscitivo o minimental.

Ávila, M., Vázquez, E., Gutiérrez, M. (2010), en su investigación titulada “*Deterioro cognitivo en el adulto mayor, (Cuba)*”, Hablan sobre el infra diagnóstico de demencia y escaso uso de instrumentos que evalúan la esfera cognitiva con el objetivo de caracterizar pacientes con deterioro cognitivo según edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, esfera cognitiva afectada, evaluar severidad de la misma, en la cual realizaron un estudio observacional con 129 pacientes con deterioro cognitivo del policlínico "Alcides Pino".

Utilizaron los test Minimental State Examination (MMSE) modificado, la Escala de Pfeffer (al informador), Escala de Hughes y la encuesta, para evaluar esfera cognitiva. La mayoría estuvo entre 75 a 79 años, el 57.4% fue del sexo femenino, predominó el nivel primario, la orientación, memoria inmediata, atención y cálculo fueron las más afectadas y el deterioro cognitivo leve con 65 pacientes. De acuerdo con lo anterior, la relación que presenta esta investigación con la nuestra es el caracterizar a los adultos mayores con respecto a la edad, sexo, esfera cognitiva afectada, evaluar la severidad de la misma y su nivel de deterioro cognitivo.

Por otro lado, Bórquez, P. (2016), en su investigación llamada, “*Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo de los adultos mayores mexicanos, (México)*”, Habla sobre qué durante las últimas décadas, la población mundial ha estado atravesando por el fenómeno conocido como envejecimiento poblacional, el cual se deriva del descenso de las tasas de fecundidad y de mortalidad, así como del aumento de la esperanza de vida. En México, hay más de 10 millones de adultos mayores de 60 años, donde la proporción de viejos es mayor que la proporción de niños menores de 5 años de edad y se espera que para el 2030 este número aumente a 20 millones.

El diseño de la investigación es de tipo longitudinal y para la obtención de la información se basaron en varios estudios realizados en la ciudad de México uno llamado Enasem el cual brinda información sobre las condiciones sociodemográficas, y aplicaron una prueba llamada CCCE que está compuesta por cinco pruebas: 1) prueba de aprendizaje de palabras, 2) prueba de recuerdo de palabras, 3) prueba de recuerdo de figura, 4) prueba de detección visual y 5) prueba de copia de figura.

De cada prueba se obtiene una puntuación independiente y de la sumatoria de todas las pruebas se obtiene una puntuación global. Fue una muestra representativa de adultos de 50 años y más. Esta investigación presenta relación con la nuestra en cuanto a la identificación en el cambio del estado cognitivo en los adultos mayores de acuerdo a su edad.

Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Noriega, L., López, J. (2009), en su investigación llamada “*Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años (México)*”, habla acerca de que, en la tercera edad, las enfermedades mentales más frecuentes son las demencias y la depresión. La demencia presenta una incidencia proporcional a la edad

y se ha estimado que se presentan en aproximadamente 5% de las personas de 65 años y en 20% de las personas de 80 años o más, La demencia es un síndrome clínico de carácter orgánico caracterizado por un deterioro progresivo y global de las facultades intelectuales. Este síndrome puede tener diversas causas, la de mayor frecuencia es la Enfermedad de Alzheimer (EA) que se ha estimado constituye 60% de todas las demencias.

Su investigación es descriptiva de corte transversal y se realizó con 307 adultos mayores de 65 años, seleccionados intencionalmente con el objetivo de estimar la prevalencia del deterioro cognitivo y de depresión. También realizaron entrevista familiar, amigos o vecinos, y se aplicaron los criterios del DSM IV, del NINCDS y de la ADRDA mediante el algoritmo diagnóstico 10/66, obtuvieron como resultado una prevalencia baja de Trastorno Cognitivo Mínimo y de depresión Mayor y alta del Síndrome Demencial en la población estudiada.

Como instrumento utilizaron el de demencia en la comunidad (CSI-D); el Test del Informante y una entrevista estructurada sobre factores de riesgo, inicio y evolución del síndrome demencial. Además, se realizó un neuro examen físico elemental. De acuerdo con lo anterior esta investigación se relaciona con la nuestra respecto a indagar acerca de la prevalencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Por otra parte, Portillo, P. (2015), en su investigación llamada *“factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo (Venezuela)”*, habla sobre el proceso de envejecimiento siendo una de las áreas que ha centrado la atención de los investigadores en materias multidisciplinarias, donde participan la Psicología, la Medicina y la Sociología. Quizás la más cruda de las realidades con las que se enfrenta la poderosa

capacidad mental es el envejecimiento del cerebro como la consecuencia más evidente de la involución biológica de los seres humanos.

Su método de investigación es de tipo descriptivo, ya que su objetivo es analizar el deterioro cognitivo, su población estuvo constituida por 2576 adultos mayores de 65 años y su muestra fue de 4998 adultos mayores de 65 años. Como instrumento utilizaron la prueba CAMCOG-R y Minimental (MMSE). La relación de esta investigación con la nuestra es analizar el deterioro cognitivo en los adultos mayores y la utilización del instrumento Minimental.

Mendoza, P., Martínez, C. (2018), en su investigación llamada “*deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, villa los reyes (Perú)*”, siendo su objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida. Observaron que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70%. Por otro lado, la Calidad de vida evidenciaron que la categoría que prevaleció es la promedio con un 88%, dando así un resultado de una calidad de vida alta. Para establecer la relación entre Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida aplicaron la prueba estadística Chicuadrado que dio un resultado de 0,337 lo cual no existe relación significativa entre ambas variables.

Su población estuvo conformada por 120 personas de la asociación social del adulto mayor villa los reyes, tomando en cuenta una muestra mediante un muestreo no probabilístico, cumpliendo los criterios de exclusión e inclusión y la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores. El tipo de estudio fue cuantitativo y el diseño de estudio correlacional y de corte transversal, el instrumento utilizado fue la encuesta, Test Mini

Mental y el SF36. Esta investigación presenta relación con la nuestra en cuanto a la realización de un estudio cuantitativo y en la aplicación del test minimental.

Finalmente, Ochoa, E., Ríos, J. (2017), en su investigación llamada “*progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores de los centros gerontológicos de la ciudad de Cuenca (Ecuador)*”, siendo su objetivo determinar la progresión del deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores de los Centros Gerontológicos de la ciudad de Cuenca.

El deterioro cognitivo aumentó en un 6,2% en un lapso de 6 meses, el 57.4% de pacientes que presentan deterioro cognitivo están entre los 80 a 90 años, el sexo que presento un alto porcentaje de esta patología fueron las mujeres con un 62%, el grado de deterioro cognitivo grave fue el más común con un 26,3% y finalmente pudieron conocer que la fase clínica de deterioro cognitivo con mayor presencia fue la enfermedad de Alzheimer moderadamente grave con un 26,3% de los casos.

Realizaron un estudio de tipo descriptivo longitudinal en adultos mayores pertenecientes a 4 Centros Gerontológicos privados de la ciudad de Cuenca, efectuaron una evaluación inicial mediante el Mini examen de Lobo y la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS), al cabo de seis meses llevaron a cabo una nueva evaluación con el objetivo de determinar el progreso del deterioro cognitivo en adultos mayores. Los datos fueron analizados y procesados en el programa Microsoft Excel y SPSS 15.0, los mismos fueron presentados en tablas de frecuencia absolutas y porcentajes.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, esta investigación se relaciona con la nuestra respecto a la utilización del test minimental para identificar el deterioro cognitivo y el programa SPSS para el análisis de los datos obtenidos.

Nacional

En este apartado se menciona en primer lugar la investigación realizada por Cerón, O., Garzón, S., Granados, W., Parra, C., Sierra. (2017), llamada “*frecuencia y distribución de deterioro cognitivo en los hogares gerontológicos de la localidad de barrios unidos por medio de la aplicación de minimental test en adultos mayores de 60 años en el periodo 2017-1, (Bogotá)*”, Donde hacen referencia al deterioro cognitivo y que es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores y se puede considerar la presencia de deterioro cognitivo cuando se perciben alteraciones de las funciones cognitivas durante la mayor parte del tiempo, es decir, al menos dos semanas continuas donde el cuadro clínico no debe tener criterios graves que lo puedan catalogar como delirio.

Su método de investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, y emplearon un diseño de estudio cuantitativo, su muestra fue de 81 adultos mayores de 60 años, también realizaron un muestreo no probabilístico, por conveniencia, y como instrumento utilizaron el test Minimental. Lo anteriormente mencionado se relaciona con nuestra investigación ya que buscamos identificar el deterioro cognitivo en los adultos mayores por medio de un diseño de estudio cuantitativo a través del test Minimental y también por su tipo de muestra ya que en nuestra investigación la realizaremos por medio de un muestro por conveniencia.

Por otra parte, Vanegas, C. (2018). En su investigación llamada “*Prevención Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores, Estudio Documental 2011-2016, (Medellín)*”, Realizó una revisión documental acerca de la prevención del deterioro cognitivo en personas mayores, como es el envejecimiento activo, acompañado de estrategias que potencien la calidad de vida y funcionalidad de este grupo poblacional. En varias ocasiones se asocian las

enfermedades neurodegenerativas con el envejecimiento, normalizando la pérdida de memoria, el enlentecimiento en el procesamiento de la información y las fallas de atención en los adultos mayores.

Es por esto que le resulta necesario indagar más allá de este tipo de normalizaciones aclarando cuales son los motivos por los cuales se van deteriorando dichos procesos. Por medio de este trabajo se amplió la información referida a las estrategias actuales de prevención del deterioro cognitivo en los adultos mayores, hallando entre las más importantes la implementación del mindfulness, la interacción social, la realización de actividades infrecuentes, apoyo social, del envejecimiento activo, entrenamiento físico, la estimulación cognitiva, terapias computarizadas, de control de la hipertensión, musicoterapia, de la buena nutrición, entrenamiento físico y cognitivo y del apoyo de los cuidadores.

Su enfoque es de tipo interpretativo, el diseño de su investigación es cualitativo, el objetivo de su trabajo fue monográfico para identificar las estrategias de prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores, su investigación se basó en el análisis de 30 documentos desde 2011 hasta 2016 que fueron soporte para su investigación. Esta investigación se relaciona con la nuestra en el aporte que se brindará a futuras investigaciones acerca del deterioro cognitivo en adultos mayores, en cuanto a la identificación de las esferas cognitivas que se encuentran afectadas.

Finalmente, Anaya, M., Sepúlveda, M. (2012), en su investigación llamada “*Deterioro Cognitivo, Depresión y Calidad de Vida en los Adultos Mayores Recluidos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón*”, Siendo el principal objetivo de esta investigación evaluar el deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos

mayores reclusos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón. Utilizaron tres pruebas: a) Short Portable Mental Status Questionnaire, (Pfeiffer, 1975), b) Escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982) y c) Breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi) Fernández- Ballesteros y Zamarrón (1996).

Los resultados los analizaron a través del sistema SPSS versión 18. Respecto a los datos sociodemográficos identificaron mayor cantidad de hombres (79,8%) que mujeres (20,2%) privados de la libertad. El 78.2% tienen poca escolaridad y el 79.8% son de bajos recursos económicos. En la variable depresión hallaron que el 32,3% mostró síntomas depresivos. En cuanto al deterioro cognitivo (DC) encontraron que el DC leve se presentó con un 12,1%, y el DC moderado afectó a un 2%. En la calidad de vida pudieron evidenciar que hay diferencias entre los establecimientos debido a las condiciones que hay en cada uno de ellos.

El 25,5 de los participantes del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga tienen algún tipo de ingreso contrario a los demás. Su metodología fue un diseño de estudio transversal de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, trabajaron con internos e internas, reclusos en los Establecimientos Penitenciarios de Bucaramanga y Girón, tomaron una muestra de 99 sujetos (20 mujeres y 79 hombres), como instrumentos utilizaron el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMQ) para detectar el deterioro cognitivo, una segunda prueba fue la Escala de depresión Geriátrica y como última prueba el breve cuestionario de calidad de vida (Cubrecavi).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, esta investigación se relaciona con la nuestra en cuanto a evaluar el deterioro cognitivo en los adultos mayores, analizando los datos obtenidos por medio del programa SPSS.

Regional/Local

Respecto al estado del arte regional/local inicialmente se menciona la investigación de Contreras, D., Macías, S., Parra, G. (2018), llamada “*Funciones Cognitivas Y Bienestar Psicosocial En Adultos Mayores De Cincuenta Años De Cúcuta*”, donde hablan acerca del envejecimiento del cerebro el cual muestra cambios característicos que plantean la cuestión de si representan aspectos menores del envejecimiento, que no afectan considerablemente a su función, o si son precursores de trastornos neurodegenerativos.

Dentro de la investigación pudieron observar que es importante tener presente los cambios que se generan en la edad adulta principalmente los adultos de 50 años y como también el bienestar social y psicológico es necesario para lograr un buen envejecimiento. Para este proyecto utilizaron la metodología cuantitativa midiendo las variables de edad y funciones cognitivas para realizar un análisis de datos estadísticos, así como el diseño no experimental correlacional – descriptivo, con una muestra de 35 personas.

En cuanto a los instrumentos que utilizaron esta la batería Neuronorma, para evaluar el bienestar psicosocial, el instrumento de bienestar social de Keyes, así como también la escala de florecimiento de Diener y Biswas, que evalúa el estado de felicidad de las personas y finalmente el instrumento de bienestar psicológico de Ryff. Esta investigación se relaciona con la nuestra respecto a la identificación de las funciones cognitivas afectadas asociadas con la edad.

Por otro lado, Arturo, A. (2019). En su investigación llamada “*Deterioro Cognitivo Del Adulto Mayor Centro Día Doce De Octubre Los Patios*”, donde su principal objetivo fue determinar el grado de deterioro cognitivo en el adulto mayor para así poder comprender su relación con algunas variables sociodemográficas, dentro estas se seleccionaron grado de escolaridad, edad, género y estabilidad económica. Así como indagar sobre las consideraciones y reflexiones en torno al deterioro cognitivo como fenómeno normal de la vejez, y la importancia del factor biológico como fuente de información a explorar.

Utilizaron una metodología cuantitativa, donde se ubican cuatro variables, que son las variables de grado de escolaridad, edad, género y estabilidad económica. En ese caso por medio de un procedimiento estadístico y el uso de técnicas de muestreo (Tómbola) donde obtuvieron una muestra de 64 adultos mayores del centro adulto mayor del municipio de Los Patios divididos de manera significativa y proporcional de 16 participantes por cada una de las diferentes secciones que se encuentran divididas en el lugar. A partir de los resultados obtenidos encontraron que la mayoría de los adultos mayores de esta institución presentan deterioro cognitivo posiblemente asociado a edad, género, grado de escolaridad y estabilidad económica.

Se concluye dentro de la investigación que el género no es un variable que esté relacionada a la adquisición del deterioro cognitivo, mientras que las variables que influyen en tener un deterioro cognitivo o el desarrollar un deterioro cognitivo grave son las variables de la edad, la estabilidad económica y por último la variable de nivel de escolaridad, siendo esta la variable con mayor impacto a la hora de realizar el análisis de resultados.

El instrumento que utilizaron para el desarrollo de esta investigación fue la prueba estandarizada Mini Examen del Estado Mental (MMSE). De acuerdo a lo mencionado anteriormente, esta investigación se relaciona con la nuestra en cuanto a evaluar el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Marco Teórico

El presente marco teórico se desarrolla con la intención de dar a conocer de manera más amplia los conceptos que abarcan nuestro proyecto investigativo; dentro de él encontrarán la definición de adulto mayor, así como la de envejecimiento y sus características, también se encuentra explícito los cambios biopsicosociales y biológicos que abarcan el envejecimiento, la definición de deterioro cognitivo, las funciones cognitivas con sus diferentes tipos, los tipos de deterioro cognitivo y por último estrategias para la prevención y/o disminución del deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Capítulo I Adulto Mayor

Para Fernández y Ballesteros (2000), “Es un proceso complejo, durante el transcurso del tiempo, de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con las relaciones sociales, culturales y ecológicas de las comunidades”. Es así como los adultos mayores son considerados una base de sabiduría, influencia y estatus, mayormente se les trata con mucha admiración y respeto, reconociéndoseles en esta sociedad como maestros o consejeros, debido a su largo recorrido, el llegar a la tercera edad, es una ventaja que solo algunos obtienen, por ello ha de tener una cualidad gozosa y positiva.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). La senectud a nivel mundial es una problemática irrevocable ya que ocurren alteraciones progresivas asociados a cambios

en sus diferentes sistemas. “Durante todo el ciclo de vida el envejecimiento de la persona es una etapa universal, natural, continua, paulatina e invariable”. Los fundamentos genéticos del individuo, estilos de vida, calidad del medio ambiente, el acceso y calidad a los servicios de salud requeridas o padecidas en las etapas de vida están conectadas de manera natural a sus funciones. Es universal, inherente de seres vivos; Paulatino, ya que es un proceso acumulativo; Continuo, que posee comienzo y término; Dinámico, que se encuentra en continua transformación; es irreversible, no para ni retorna; es decisivo y terminante; es Declinante, puesto que las funciones del organismo se dañan de manera progresiva hacia su defunción. Todo grupo posee una peculiaridad en esta etapa y cambia considerablemente de órgano a órgano y de individuo a individuo, interiormente de la misma persona.

Según el DANE (2020), “En Colombia, desde los 55 años ya se les incluye dentro del grupo adulto mayor, los exámenes de control y de rutina, llamados tamizajes, comienzan desde esa edad”, A lo largo del tiempo se evidencia un aumento progresivo de la población, especialmente del grupo de los adultos mayores, lo que representa para el país un desafío en cuanto a políticas sociales y recursos se refiere. Esta transformación demográfica genera gran impacto en el desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales.

Cambios biopsicosociales del envejecimiento. El envejecimiento no es la única razón, sino que es la consecuencia de dos importantes factores que son: factores intrínsecos (dentro de la persona) a causas genéticas que influye en la extensión de la vida y el factor extrínseco que están asociados con el modo de vivir, influyendo este a un crecimiento de enfermedades cancerígenas o cardiovasculares. Solo una orden política sanitaria y social ayudara a restablecer los estilos de vida, elevando la expectativa de sus años. Chong (2012),

refiere que “la salud se manifiesta como una interacción múltiple, y debe definirse como la calidad de la existencia del hombre, determinada por su relación armónica con el medio social-natural que le corresponde”.

Gutiérrez (2000), refiere que el envejecimiento tiene dos categorías: Envejecimiento exitoso: es la disminución funcional donde ni la enfermedad ni los factores ambientales complican este deterioro. Envejecimiento usual: son cambios determinados por combinación de la enfermedad y el estilo de vida durante el proceso de envejecimiento. Podemos decir que el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social. La edad aporta diferencias mínimas en la memoria sensorial, primaria y terciaria, no así en la secundaria, en la que se observa declinación significativa tanto en el recuerdo espontáneo (evocación) como en el reconocimiento.

En las personas mayores ocurren quejas frecuentes en la práctica diaria como: olvidos de acciones cotidianas al realizar algo, dificultades para recordar nueva información, pérdida del hilo de la conversación; estas quejas están relacionadas con la distractibilidad y con funciones cognitivas como la atención o la capacidad de aprendizaje. La idea popular de la pérdida de memoria como factor de la vejez, muchas veces está asociada a estados depresivos más o menos enmascarados, lo que afecta sensiblemente este proceso cognoscitivo, es por eso que se les debe presentar más atención a los adultos mayores para que los cambios que están teniendo no les afecte tanto y así sientan las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general.

Cambios biológicos asociados al envejecimiento. Mendoza y Martínez (2018), refieren que inicialmente a partir de los 40 años se pierde 1 cm cada 10 años, ya que los discos intervertebrales se compactan y en el pie se produce el aplanamiento, así como también se ve afectada la vista, puesto que se atrofia el tejido periorbital, produciendo en el párpado superior e inferior su caída, el iris se endurece y la pupila y la lente se pigmentan de amarillo a causa de la oxidación de triptófano. De la misma forma, el canal auditivo externo se atrofia y en el interior se engruesa el tímpano y las articulaciones de los huesecillos se alteran, disminuyendo las neuronas cocleares y las células de Corti. Por otro lado, en la piel la dermis adelgaza y disminuye su elasticidad, bajando la irrigación, lo que produce profundamente las arrugas; la pérdida de la función de los melanocitos da paso al origen de las canas. En cuanto al área cognitiva hay pérdida de la capacidad para adquirir nuevas habilidades.

De la misma forma, el encéfalo disminuye su peso por una pérdida de neuronas. Con respecto al sistema respiratorio, la rigidez del tórax y disminución de los músculos intercostales se produce por la calcificación de las articulaciones costos-esternales; en el sistema circulatorio existe un agrandamiento de tamaño de la aurícula izquierda, la aorta se dilata y el tejido conectivo sub endotelial produce vasos irregulares y rígidos. Finalmente, en el sistema gastrointestinal se atrofian las encías, se pierden algunas piezas dentales apareciendo a su vez las caries, la deglución se altera a causa de los cambios musculares en el esófago como también existe reflujo del contenido digestivo hacia este. Asimismo, existe una disminución de la función renal de hasta un 30% como también la pérdida de nefronas de la corteza renal; la masa muscular se reduce en un 40% y los tendones se vuelven rígidos, hay aumento de velocidad de reabsorción ósea produciendo osteoporosis, más en mujeres.

Capítulo II Deterioro Cognitivo

Según Borrás y Viña (2016), El deterioro cognitivo definido como “la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual”, el mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables como las patologías del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia, de manera que atribuir las alteraciones cognitivas que se presentan en los adultos mayores sólo al aspecto del envejecimiento neurológico sería un error, así mismo, este se define por ser la característica típica de la vejez..

Por otro lado, Mendoza y Martínez (2018), definen el deterioro cognitivo como “todos los ancianos presentan cuadros de olvidos y procesamiento lento de información, debido a la declinación neurológica”. Es así como se puede evidenciar que los trastornos de la memoria son los signos más evidentes del deterioro cognitivo. Esta es una manifestación clínica que se caracteriza por la disminución o pérdida en la función mental en el campo neuropsicológico (memoria, orientación, lenguaje) y conductual (conducta y personalidad), todo esto debido a la falta de entrenamiento o fortalecimiento en las habilidades para que así no presenten un deterioro cognitivo a temprana edad.

Asimismo, Zuñiga, (2014), refiere que “el concepto del deterioro cognitivo es considerado como un desgaste de las facultades intelectuales, este depende de causas funcionales del organismo como también de su entorno estando expuesto por una enorme versatilidad particular”. Preservar la parte cognitiva del adulto mayor quiere decir que está vinculado a constantes cambios en las enfermedades del usuario, la protección comunitaria,

la condición mental y la concurrencia de signos geriátricos como debilidad y pérdida de la masa ósea; que son atribuidos a cambios mentales que se observan en los adultos mayores, sería una equivocación ver solo el aspecto neurológico cuando este debería ser visto de manera holística.

Finalmente, Peña (2000), en la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. Y todo esto debido a la falta de programas que ayuden a la temprana detención del deterioro cognitivo en los adultos para que así se pueda llevar un mejor manejo.

A continuación, se hará énfasis en las funciones cognitivas establecidas en la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo (MEC), las cuales son el fundamento de la presente investigación. Por consiguiente, se hace mención de la definición de cada función cognitiva, a su vez se relaciona con cada una de su tipología correspondiente.

Para Romero y Vázquez (2002), “En las funciones cognitivas se realiza la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperamiento de información”. Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro cognitivo, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto

mayor. Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: dispersas y localizadas. Las dispersas son aquellas en las cuales se presentan en una área o región específica, puede aparecer alteraciones o a su vez lesiones que se originan en el parenque-cerebral y afectan a los dos hemisferios.

Orientación. Aburto (2012), refiere que es “la capacidad que permite estar conscientes de cada situación que se presenta, es el saber datos sobre nosotros mismos, el espacio y tiempo, es el comprender cada uno de los instantes de la vida como con el pasado, presente y futuro”. Uno de los aspectos más importantes en la vida es el saber situarse dentro de una situación o un momento a nosotros mismos y a los demás. Para ello es fundamental tener buena orientación personal y de lo que nos rodea, así como de conceptos tan importantes como el espacio o el tiempo. Todos los días se necesita saber en algún momento el día o la hora en la que se está y qué actividades pueden realizarse propias del momento. Es así como el autor refiere que hay dos tipos de orientación.

Se puede encontrar la orientación auto psíquica, la cual consiste en estar orientados en nuestra propia persona, es la que permite identificar quien somos y da una visión del pasado y del futuro, mientras que la orientación alopsíquica, es la orientación del exterior, es decir en el tiempo saber hora, día, fecha y conocer el espacio y los objetos que nos rodean.

Atención y concentración. Torres (2002), refiere que en esta se encuentran varias fases entre las que se menciona orientación, selección y sostenimiento de la misma, la atención es la encargada de filtrar información e ir asignando recursos para una adaptación del organismo con referencia a las demandas internas. La atención es la expresión del trabajo del sistema activador reticular ascendente (SARA) y del hemisferio derecho, sincronizados

por la actividad de los lóbulos prefrontales; presenta las siguientes funciones que son: controlar y activar. Controlar: se refiere a la capacidad de cognición y Activar: cuando se presenta situaciones peligrosas o para las que aún no estábamos preparados.

Según el autor se encuentran los tipos de atención como la atención interna o externa; que es la que se encarga de los procesos mentales propios de la persona, pero a su vez de los que provienen del exterior; asimismo, la atención voluntaria e involuntaria; en este tipo de atención la persona es quien dirige el foco de atención, en cambio en la involuntaria los estímulos son los que permiten que la persona no pueda atender; la atención abierta y encubierta; en la atención abierta se presenta diferentes respuestas motoras y fisiológicas, en la encubierta no se puede evidenciar por medio de la observación. Asimismo, la atención dividida y selectiva o focalizada; la atención dividida, es la habilidad para elegir estímulos relevantes, evitando la distracción por estímulos irrelevantes, y la atención selectiva es la que permite responder tanto a estímulos táctiles, visuales y auditivos.

Razonamiento. Ruiz (2000), define el razonamiento como “la función cognitiva mediante el cual se pone en orden las ideas, para finalizar en una conclusión; el razonamiento ayuda a la resolución de problemas y el aprendizaje que se realiza por medio de la lógica”. Es la capacidad del ser humano para enfrentar mentalmente un problema o una situación, aplicando la lógica y la experiencia a su resolución y/o entendimiento. Este se caracteriza principalmente en que permite resolver problemas, extraer conclusiones y producir alguna forma de aprendizaje consciente de los hechos, a través de relaciones causales y lógicas; esto significa que el razonamiento es voluntario, depende de las capacidades de cada quién y es algo que, dado el aprendizaje adecuado puede ejercitarse y desarrollarse.

El razonamiento implica una cierta actividad mental que deriva en el desarrollo de conceptos, estos conceptos pueden emplearse con fines persuasivos o para llevar a cabo una cierta demostración. El razonamiento, en definitiva, posibilita la resolución de problemas y el aprendizaje a través de la lógica, la reflexión y otras herramientas; de acuerdo a la actividad mental en cuestión, es posible diferenciar entre más de una clase de razonamiento.

Bluedorn (1995). Menciona los tipos de razonamiento siendo estos, el Razonamiento lógico, el cual se realiza mediante un juicio para saber si está bien o no, es mediante el razonamiento que se expresa conocimientos antes ya aprendidos; también el Razonamiento inductivo, el cual estudia lo que se refiere a la medición, para así poder difundir argumentos, se encarga de descifrar lo probable que puede ser en una conclusión. Asimismo, el Razonamiento deductivo, donde se debe deducir la conclusión que se encuentra en las premisas, es decir la última conclusión. Finalmente, el Razonamiento abductivo, se realiza mediante la descripción de un suceso, con lo cual se puede evidenciar una hipótesis y el Razonamiento argumentativo, que se refiere a la relación del lenguaje, es decir lo que la persona esta razonando.

Memoria. Para Toledo (2009), “Es la función cognitiva más sensible a producir daño cerebral, está constituida por pensamientos, impresiones y experiencias, En la memoria puede evidenciarse tres etapas las cuales son la codificación, el almacenamiento y a su vez la evocación”. La codificación de la información comienza cuando un estímulo es preseleccionado por el organismo, esto se lo realiza de acuerdo con el foco de atención que se realiza en el momento del registro; El almacenamiento empieza con la memoria a corto plazo, se evidencia un almacenamiento sensible, transitorio y frágil a agentes interferenciales, para que la información se mantenga se guarda la información a largo plazo y la evocación

se trata de buscar la información que ya fue almacenada anteriormente en el momento en que se necesita, quien controla esta información es la persona, o también puede depender del medio en el cual se encuentre.

Así mismo el autor refiere que existen unos tipos de memoria, la primera de ellas la memoria a corto plazo: almacena con capacidad limitada (temporal), la información que se encuentra en la memoria sensorial pasa a la memoria a corto plazo, para posteriormente seguir a la memoria a largo plazo, la principal función de esta memoria es la de organizar, analizar información y a su vez interpretar las experiencias, la información se codifica de diversas formas entre las que se encuentra de forma acústica, visual y por signos semánticos, esta memoria utiliza la información de manera presente y ante problemas que pueden presentarse en el futuro. Esta a su vez se clasifica en memoria sensorial y memoria operativa. La memoria sensorial es la que permite registrar información que se encuentra en el ambiente externo, este tipo de memoria es la que se dedica a explorar estímulos, registrar sensaciones; y la memoria operativa o memoria de trabajo permite el mantener los estímulos del presente durante un tiempo determinado.

De la misma forma, la memoria a largo plazo, este tipo de memoria es la que almacena información por periodos o décadas, en el momento de la recuperación puede presentar dificultad, en este tipo de memoria la información es semántica, esto es cuando es material y verbal, la información en el individuo puede mantenerse toda la vida. Asimismo, la memoria declarativa o explícita que explica el aprendizaje en el cual el individuo presenta consciencia del momento en que fue adquirida la información. Finalmente, la memoria no declarativa o implícita donde se puede evidenciar la información que se recibe, pero no se tiene consciencia de cuando fue que se recibió la información, y la memoria procedimental donde se almacena

información en la manera en cómo se realiza las actividades y se va adquiriendo al momento de repetir las actividades.

Lenguaje. El lenguaje es la función que permite distinguarnos de las otras especies, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) define el lenguaje como “estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular. La Real Academia presenta una definición simple tomando en consideración la comunicación verbal y escrita sin adentrarse en las particularidades lingüísticas que puedan estar inmersas en las personas sean emisores o receptores”.

Según menciona Luria, (1998). El lenguaje se ejecuta mediante la ruta léxica que se realiza en los órganos de los sentidos y la ruta fonológica que se realiza por los sentidos, es el lenguaje oral. Las unidades funcionales del lenguaje son inicialmente la fonología segmental que es la que se encarga de la evaluación en lo que se refiere a la producción, comprensión de los sonidos que se produce en el lenguaje; asimismo, la fonología suprasegmental es mediante la cual se le da contenido emocional al lenguaje; la articulación, lo primero que se articula son los monemas las que contienen un contenido semántico y una expresión fónica. De la misma forma, la expresión: es la manera en que se manifiesta los pensamientos y las impresiones de la realidad, esto se realiza por medio de la palabra, gestos o actitudes, se representa por medio de símbolos e imágenes y esto se dirige a su vez hacia otro sujeto, y por último la comprensión, para que se pueda comprender el lenguaje es necesario interpretar y reconstruir la intención comunicativa del hablante a partir del continuo de sonidos que se pueden percibir, es decir al momento de mantener una conversación, la persona que escucha debe descifrar y comprender el mensaje que se le está transmitiendo.

Por otro lado, Berlo (2000), el lenguaje incluye un sinnúmero de símbolos significantes, es un sistema que implica tanto los elementos como las estructuras. Como en todo sistema, pueden definirse las unidades elementales y estructurales a distintos niveles, según el propósito. A todo nivel, empero, el lenguaje comprende un conjunto de símbolos (vocabulario) y los métodos significativos para combinar esas unidades (sintaxis). Una gramática es la descripción de las características de la estructura del lenguaje. Asimismo, el autor menciona que no se debe olvidar que los significados se encuentran en la gente, ya que cada individuo tiene sus propias concepciones de la definición que se le puede otorgar a un término en un momento dado.

Tipos de deterioro cognitivo. Según la OMS (2015), Dentro de los tipos de deterioro cognitivo inicialmente se menciona el deterioro normal (sin deterioro), donde las personas sin desorden, trastorno o deterioro cognitivo mantendrán sus funciones estables, en distintos campos tales como: concentración, retentiva y rapidez en el gestionamiento de los datos. Por lo tanto, los programas de estimulación y aprendizaje favorecen a mejorar la recuperación de una habilidad perdida similar a la que tenía con anterioridad, por otro lado, los programas de entrenamiento a personas con demencia buscan el objetivo de trabajar con lo que todavía les queda y no con lo que han perdido.

De otra manera, el deterioro cognitivo leve (DCL) se define por distintos cambios en la memoria, mayor para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desarrolla adecuadamente en su labor cotidiana, y no debe aplicársele el diagnóstico de demencia. Se deberá evidenciar que las alteraciones de memoria son adquiridas; por medio de la declaración de un informador honesto o exploraciones diferentes. De igual importancia, el

deterioro cognitivo moderado donde se observan dificultades en las tareas complejas como en el control de naturaleza personal, económicos y de organizar eventos sociales.

Finalmente, el deterioro cognitivo grave o severo, el cual conlleva un estado del paciente en el que sufre una gran pérdida de la memoria, así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas comunicativos, se puede dar a lugar de que llegado este punto ya no reconozca a las personas cercanas a él, ni los lugares que frecuenta, etc. Llegado este punto de la enfermedad, el paciente no puede casi valerse por sí mismo ya que necesitará ayuda para realizar cualquiera de sus necesidades básicas como son asearse, alimentarse o trasladarse a cualquier estancia. Además, estos pacientes son muy propensos a infecciones, especialmente a la neumonía. Debido a todos estos factores, sus necesidades dependerán de un cuidador o ayuda externa de individuos expertos o instituciones”.

Capitulo III Estrategias Para La Disminución y/o Prevención Del Deterioro Cognitivo En Los Adultos Mayores

Según la OMS (2014). “Con el envejecimiento aumenta la posibilidad de que una persona llegue a sufrir algún tipo de deterioro cognitivo”. Sin embargo, ello dependerá en buena medida de cómo se haya envejecido y de los hábitos de vida de las personas mayores. Lo cierto es que el deterioro cognitivo puede prevenirse, o en todo caso retrasarse. La pérdida de la memoria suele asociarse a la edad, aunque hay personas que conservan esta y otras capacidades mentales de por vida. Asimismo, puede darse como consecuencia de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen a medida que se van haciendo mayores. Sobre algunos de estos cambios no es posible incidir, pero sobre otros sí, y es importante

hacer lo que se pueda para evitar la evolución de la pérdida de memoria y el declive de otras funciones cognitivas.

En la actualidad se encuentran estudios de gran importancia sobre la salud mental en el cual se centra en la promoción primaria, secundaria y terciaria, además en la prevención, con un gran énfasis en la edad temprana con enfoque en los factores de riesgo, tratando de reducir la tasa de trastornos dada por el deterioro cognitivo. De esta manera los factores de riesgo que se relacionan al deterioro cognitivo mencionan que el nivel de educación, diabetes e hipertensión y la depresión afectan en las funciones cognitivas, presentando un gran porcentaje en las personas depresivas, ya que estas pueden llegar a manifestar demencia a futuro.

De igual forma, según varios estudios un mayor porcentaje de adultos mayores son físicamente inactivos, lo que conlleva a varios factores de riesgo relacionados con problemas crónicos de la salud, tales como enfermedades neuro generativas, cardiovasculares y la osteoporosis. El tratar de ampliar la esperanza de vida en los ancianos con o sin discapacidad alguna o aquellas personas frágiles no ha dado favorecimiento alguno ya que ningún adulto mayor realiza actividad alguna o lleva una alimentación adecuada. Posteriormente, se puede evidenciar que otro factor de riesgo es el género, ya que se evidencia que en las mujeres son las que más prevalece este síndrome de deterioro cognitivo mientras que en los hombres existe un limitado estudio de casos debido a que las mujeres son más propensas en contraer la enfermedad de Alzheimer.

Actualmente, existe un tratamiento no farmacológico el cual se lo puede utilizar como medio preventivo, ya que implementa a la estimulación cognitiva mediante ejercicios como

sopa de letras, crucigramas, sudoku, rompecabezas; estos medios de distracción ayudan a que no se presente a temprana edad la pérdida de memoria y de otras funciones. Según los análisis de estudios se puede especificar que las medidas de prevención en el deterioro cognitivo, dependerá únicamente de los hábitos de vida de cada persona. En algunas ocasiones puede prevenirse las alteraciones cognitivas mediante los siguientes pasos: una alimentación equilibrada en donde los alimentos deben contener grasa vegetal, vitaminas sales minerales, antioxidantes, y aceite de oliva.

Asimismo, El evitar las drogas legales e ilegales, ya que el consumo afecta la actividad cognitiva. Continuando con las medidas preventivas, el control de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, el hipercolesterolemia siguiendo sigilosamente el tratamiento indicado por el médico tratante, pues estas enfermedades conllevan a los accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares. El realizar ejercicio físico diariamente ayuda a mantener un peso y un estado físico adecuado favoreciendo a la salud cardiovascular y previniendo accidentes cerebrales.

Por lo tanto, otro medio preventivo es el mantenerse socialmente activo ya que pueden recaer en una rutina, sentirse aislado y llegar a la depresión, la recreación puede favorecer en el aprendizaje y mantener activas sus conexiones neuronales. También el realizar ejercicios de destreza mental ya que les ayudara en la atención, concentración desarrollando capacidades lógicas, como el ajedrez, incluso video juegos especialmente si se juega contra otra persona. Dado los análisis anteriores se puede referir que el realizar actividades ayuda a estimular la mente y disminuir o evitar el deterioro cognitivo, el realizar actividades como escribir, leer o algún hobby ayuda a la memoria u otras funciones cerebrales.

Finalmente, la alimentación interviene beneficiosamente, una dieta basada en frutas, cereales integrales, legumbres y pescado no solamente interviene en el cerebro sino también en el corazón. Asimismo, se puede observar que los factores de riesgo anteriormente mencionados llegan a estar asociados con las demencias entre ellas principalmente con la enfermedad de Alzheimer, la cual deteriora todas las funciones cognitivas disminuyendo la calidad de vida en el adulto mayor. A pesar de todo sigue existiendo contradicciones entre los diferentes estudios, la tendencia general es que la realización de ejercicios contribuye a la prevención del deterioro cognitivo y por tanto mejora la calidad de vida.

Marco contextual

La población que se eligió para la realización de la investigación fueron adultos mayores de la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, de las comunas 6 y 7 de la ciudad residentes de los barrios Pizarro y Antonia Santos, la muestra que se eligió fueron 60 adultos mayores de edades entre 55 a 96 años, la población se escogió por medio de un muestreo por conveniencia.

Marco legal

Para garantizar una mejor calidad de vida en lo que se refiere a salud mental para la población colombiana en general en donde los niños y los adultos mayores gozaran de protección prioritaria existe la ley 1616 de 2013; por otra parte para los adultos mayores de manera puntual, el gobierno en el año 2008 del mes de noviembre creó la ley 1251 que busca proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, además orienta políticas dirigidas, en donde se tiene en cuenta el proceso de envejecimiento, los planes y programas del estado en los que interactúe la sociedad civil y la familia,

preocupándose por el buen funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas adultas mayores.

Así mismo, la política Nacional De Envejecimiento y Vejez en el título II muestra como objetivo la responsabilidad de planificar, coordinar, ejecutar y realizar seguimiento a las acciones dirigidas al desarrollo integral del adulto mayor. Además, tiene en cuenta a los adultos mayores que se encuentran en situación de discapacitados, desplazados y de escasos recursos, todo esto en pro de mejorar la calidad de vida de una manera integral.

Respecto al Código Deontológico del psicólogo se rescata el artículo 18°, allí se manifiesta que el psicólogo no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, todavía no contrastados, lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización. Puesto que como refiere el artículo 33°, el ejercicio investigativo debe ser de calidad con el fin de aportar al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia. Apuntándole al bienestar de los participantes y del ejercicio investigativo; resaltando siempre el respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias, su intimidad, su pudor, con especial delicadeza en áreas, como el comportamiento sexual, que la mayoría de los individuos reserva para su privacidad, y también en situaciones de ancianos, accidentados, enfermos, presos, etc. que, además de cierta impotencia social entrañan un serio drama humano que es preciso respetar tanto como investigar.

El artículo 34° muestra que en la investigación rehusará el/la Psicólogo/a absolutamente la producción en la persona de daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados, aun habiendo inicialmente consentido, el sujeto podrá en cualquier momento decidir interrumpir su participación en el experimento, esto se hace evidente en la construcción del consentimiento informado.

El Artículo 40° manifiesta que toda la información que el/la Psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

Artículo 45° y 46° La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata. En el caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo explícito, por ende, los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos. Toda esta normatividad prepara al investigador para el correcto ejercicio

de las labores que contribuyen al desarrollo de su investigación, pues advierte y enseña lo adecuado e inadecuado de manera práctica.

Metodología

Dentro de este apartado, se especificará todo lo concerniente a la metodología empleada para la obtención de la información pertinente y necesaria para la elaboración y desarrollo del presente trabajo de grado. Se precisará en los elementos necesarios para poder llevar a cabo la identificación y análisis del deterioro cognitivo en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta.

Diseño

La presente investigación es de tipo cuantitativa, según Tamayo (2015), explicó que los trabajos cuantitativos son comparaciones entre teorías que existen de varias hipótesis que surgen del mismo, por lo que es fundamental que la muestra sea de manera imprevisible o excluida, a su vez este debe representar a un objeto de estudio o población. Por ende, se debe contar con una teoría ya elaborada para realizar estudios cuantitativos, ya que el método científico usado es el deductivo; además el método cuantitativo se fía en el conteo, medición numérica y a menudo el uso de estadística para determinar con precisión patrones de conducta en una población empleando el análisis y la recolección de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación se fundamenta en este tipo de enfoque, debido a que se utiliza la aplicación de una prueba estandarizada la cual permite clasificar por rangos el nivel de deterioro cognitivo que presenta el adulto mayor, por tanto, posibilita el análisis y estandarización de los resultados y así ejecutar una investigación más confiable.

Asimismo, su diseño es de tipo transeccional-descriptivo. Según Tucker (2004) “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. El diseño descriptivo según Sampieri (1998). “Permite detallar situaciones y eventos, es decir como es y cómo se manifiestan determinados fenómenos y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”. Ya que se pretende identificar el nivel de deterioro cognitivo presente en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta.

Población

La población que participó en esta investigación fueron adultos mayores residentes de los barrios Pizarro y Antonia Santos, comuna 6 y 7 respectivamente de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Muestra

Johnson, (2014), Hernández-Sampieri et al., (2013) y Battaglia, (2008) afirman: “en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador”. Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. De acuerdo con lo anterior, se utilizó un muestro por conveniencia, Para Tamayo, G. (2001), “Es aquel donde se seleccionan las unidades muestrales de acuerdo a la

conveniencia o accesibilidad del investigador. Este muestreo se puede utilizar en los casos en que se desea obtener información de la población, de manera rápida y económica”.

Por lo tanto, se obtuvo una muestra de 60 adultos mayores con una edad comprendida entre los 55 a 96 años, residentes de los barrios Pizarro y Antonia santos de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo: el 100% de la población presenta un deterioro en las funciones cognitivas de orientación, fijación, concentración y calculo.

El 100% de la población presenta un deterioro en las funciones cognitivas de memoria, lenguaje y construcción.

Hipótesis nula: el 100% de la población no presenta un deterioro en las funciones cognitivas de orientación, fijación, concentración y calculo.

El 100% de la población no presenta un deterioro en las funciones cognitivas de memoria, lenguaje y construcción.

Proceso de Intervención

Contextualización de problema. Para el desarrollo del presente trabajo de grado se eligió como tema el deterioro cognitivo en los adultos mayores, ya que por medio de la revisión teórica se logró evidenciar que es una problemática que aqueja a los adultos mayores y presenta muy poca atención, puesto que lo ven como síntomas normales del envejecimiento. De acuerdo con lo anterior, se hizo considerable el abarcar este tema fundamental para los adultos mayores y así brindar nuestro conocimiento e investigación a

la detección, prevención y/o disminución del deterioro cognitivo en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Con respecto a la construcción teórica del presente trabajo de grado, se sustenta con base en la definición de adulto mayor, así como la de envejecimiento y sus características, también se encuentra explícito los cambios biopsicosociales y biológicos que abarcan el envejecimiento, la definición de deterioro cognitivo, las funciones cognitivas establecidas en el test minimental, las cuales son el fundamento de la presente investigación. Por consiguiente, se hace mención de la definición de cada función cognitiva, a su vez se relaciona con cada una de su tipología correspondiente. Finalmente, los tipos de deterioro cognitivo y estrategias para la prevención y/o disminución del deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Ingreso a la población. Inicialmente se seleccionan 60 adultos mayores de la ciudad de Cúcuta, el cual de forma voluntaria hacen parte de la investigación, son adultos mayores, que viven un barrio de estrato 1, un barrio vulnerable que ha sido marcado por la delincuencia y la pobreza, en donde no hay apoyo por parte de instituciones donde se les brinde servicios que fortalezcan su salud física y mental. Para acceder a la población, se realiza una carta de autorización y/o consentimiento, la cual será a cada persona y así adquirir el aval para tener contacto con ellos y realizar la aplicación de la prueba pertinente a la investigación. Una vez obtenido el aval por parte de cada adulto, se plantean los días en los que se aplicará el test.

Aplicación de las técnicas. En cuanto a la aplicación de la prueba, en primer lugar, se realiza un consentimiento informado donde los adultos mayores aceptan participar de la investigación, ya que es importante obtener su autorización. Una vez obtenido lo

anteriormente mencionado, se realiza la aplicación pertinente de dicha prueba, indicando las pautas a tener en cuenta en la aplicación de la misma. Una vez aplicada la prueba se agradece al adulto mayor por su colaboración y templanza, se obsequia un pequeño refrigerio como muestra de agradecimiento.

Finalmente, se indica que una vez obtenidos los resultados se hará entrega de una cartilla que contiene estrategias para prevenir y/o disminuir el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Análisis y discusión de los resultados. Inicialmente, se tabulan las puntuaciones obtenidas en la prueba por medio del programa estadístico SPSS, del cual se obtienen los resultados y sus respectivas tablas y/o gráficas, y así realizar la discusión, conclusiones y recomendaciones. Cabe resaltar que a cada adulto mayor le será entregado una cartilla que contiene estrategias pedagógicas para prevenir y/o disminuir el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Instrumento

Se aplicará en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta la prueba mini examen cognoscitivo, con el propósito de identificar el nivel de deterioro cognitivo que presentan.

El MEC (mini examen cognoscitivo) de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de

proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

Ficha técnica.

Nombre:	Examen Cognoscitivo Mini-Mental.
Nombre original:	MMSE. Mini-Mental State Examination.
Autores:	Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.
Procedencia:	PAR. Psychological Assessment Resources, Inc.
Adaptación española:	A. Lobo, P. Saz, G. Marcos y el Grupo de Trabajo ZARADEMP.
Aplicación:	Individual.
Ámbito de aplicación:	Adultos con posible deterioro cognoscitivo.
Duración:	Aproximadamente 15 minutos.
Finalidad:	Detección rápida del deterioro de funciones cognoscitivas.
Baremación:	Estadísticos y puntuaciones centiles en muestras geriátricas (65 y más años).
Material:	Manual de aplicación y Hoja de anotación.

Ilustración 1. Ficha técnica mini-mental

Calificación. Puntuar cada respuesta, conforme a las instrucciones proporcionadas. Luego sumar todos los puntos obtenidos por el paciente, el máximo es 35 puntos. Buscar la puntuación total obtenida en la tabla de correspondencia. Se debe dejar constancia de

cualquier deficiencia motora o sensorial, que pueda afectar a la capacidad del sujeto para responder adecuadamente a las tareas planteadas.

Cuando se hayan omitido ítems por imposibilidad de su realización, se deberá ponderar la nota, aplicando una simple regla de tres, si lo vemos con un ejemplo: Un paciente que por incapacidad no pueda realizar las pruebas de: nominación, lectura y escritura, optará como máximo a una puntuación de 27 puntos, si obtiene 24 puntos; se realizará la corrección correspondiente: $24 \times 30/27 = 26.67$, y después por redondeo obtenemos el número entero más cercano, en este caso 27 puntos que debe interpretarse como una puntuación normal sobre 35 puntos.

A continuación, se anexará una tabla con la respectiva interpretación de las puntuaciones establecidas por la prueba.

ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS	
≥24	Paciente sin deterioro mental
≤23	Paciente con deterioro mental
≤18	Paciente con deterioro mental grave
ADULTOS MENORES DE 65 AÑOS	
≥28	Paciente sin deterioro mental
≤27	Paciente con deterioro mental

Tabla 1. Interpretación de los puntajes

Confiabilidad y validez. Este instrumento ha demostrado suficiente validez y fiabilidad en poblaciones psiquiátricas, neurológicas, geriátricas y de otros campos clínicos. La consistencia interna varía entre 0.82-0.84, y la fiabilidad interjueces entre 0.83 a 0.99 en

ancianos y pacientes con enfermedades neurológicas. La fiabilidad test-retest muestra buenos resultados, si bien declina con el paso del tiempo, debido al proceso de deterioro cognitivo de las personas mayores y con trastornos. Se han mostrado buenas correlaciones con diversos instrumentos que evalúan memoria, y otros aspectos del funcionamiento cognitivo. Esta versión muestra los resultados más equiparables al MMSE en los EE.UU., así como ha resultado ser el instrumento más útil para comparaciones internacionales.

Componentes. Este instrumento evalúa el estado mental y permite hacer un seguimiento en la progresión del estado cognitivo. Está compuesto por las siguientes áreas: orientación espacial y temporal, fijación, concentración y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

Definición de Variables

Orientación. Temporal (5 puntos): Esta sección se compone de cinco preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes, en que se encuentran en el momento, por cada respuesta correcta otorgará 1 punto, el paciente conseguirá hasta un máximo de 5 puntos si contesta todo correctamente. Asimismo, *Espacial (5 puntos):* Se trata también de cinco preguntas, pero esta vez referente a coordenadas espaciales, como: el país, la ciudad, el pueblo o la parte de la ciudad, el piso del edificio en el que se encuentra, al igual que en el apartado anterior se otorgará 1 punto por cada respuesta correcta hasta un máximo de 5 puntos si el paciente contesta correctamente todas las preguntas.

Fijación - Recuerdo Inmediato. (3 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente para retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí. Debe comunicar al paciente que va a pronunciar tres palabras y que él deberá repetir las

cuando usted se detenga, deberá escuchar con mucha atención y a continuación pronunciarlas 1 sola vez de forma clara y mantener una pausa de 1-8 segundo entre las palabras, por cada palabra que el paciente repita correctamente se le otorgará 1 punto, no importa el orden de las palabras evocadas.

A continuación, repetir las palabras hasta que el paciente se las aprenda, podrá repetirlas hasta un máximo de 6 veces. Debe indicarle al paciente que es muy importante que las recuerde ya que se las requerirá en unos minutos. Puede emplear las palabras que estime teniendo en cuenta que éstas no deben estar relacionadas entre ellas. Por ejemplo: Casa, zapato, papel. Potro, bandera, avión. Naranja, caballo, mesa.

Concentración y Cálculo. (5 puntos) El paciente debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de a 3 partiendo de 30, debe facilitarle un contexto concreto (monedas). Por cada respuesta correcta el paciente obtendrá 1 punto, hasta un máximo de 5 puntos. La respuesta se considerará correcta cuando sea exactamente 3 cifras inferior a la contestación anterior, sin importar si ésta fue o no correcta. No debe repetir la cifra que dé el paciente ni corregirlo en caso de no realizar la resta correctamente. Si el paciente no es capaz, puede pedir al paciente que deletree la palabra mundo de atrás hacia delante. Por cada letra correcta recibe 1 punto. (O D N U M).

Memoria. (3 puntos) Se trata de evaluar la retención a corto plazo del paciente, Pedir al paciente que repita los objetos aprendidos en la tarea de “Fijación”. Por cada repetición correcta se da 1 punto. Se puede animar o motivar para que responda en caso de dificultad, pero no debe facilitarle en ningún caso ayuda en forma de pistas o claves para recordar las palabras. El orden al igual que en el apartado anterior es irrelevante.

Nominación. (2 puntos) Con esta prueba se pretende evaluar la capacidad del paciente de identificar y nombrar dos objetos comunes. Mostrar unas llaves y un reloj, el paciente debe nombrarlos, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta.

Repetición. (1 punto) Esta sección valora la capacidad del paciente para repetir con exactitud una frase de cierta complejidad articulatorio. La emisión del estímulo debe ser de forma clara y audible en todos sus detalles. Pedir al paciente que repita alguna de las siguientes oraciones: • “Tres perros en un trigal” • “El flan tiene frutillas y frambuesas” • “Ni sí, ni no, ni, pero” Puntuará 1 punto si el paciente es capaz de repetir la frase entera correctamente y 0 si la repetición no es exacta.

Comprensión. (3 puntos) Evalúa la capacidad del paciente para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en tres pasos. Indicar al paciente una orden simple en tres pasos. Por ejemplo: tome un papel con su mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo. Puntuará con 1 punto cada fase completada correctamente.

Lectura. (1 punto) Evalúa la capacidad del paciente de leer y comprender una frase sencilla, Escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos” u otra orden. Pedir que lo lea en voz baja y ejecute la acción. Solo puntuará la respuesta si el paciente cierra los ojos, no debe estimularse esta respuesta, Si existiera un problema de visión o de analfabetismo que impidiera al paciente leer la orden, se puntuará la tarea con 0 y se anotaría el motivo de esta puntuación.

Escritura. (1 punto) Se evalúa la capacidad del paciente de escribir una frase coherente. Darle una hoja en blanco y un lápiz. Pedir al paciente que escriba una oración con sujeto y predicado. La oración debe tener un sentido. Se valorará con 1 punto si la frase

escrita es comprensible y tiene sujeto, verbo y predicado. No se deben tener en cuenta errores gramaticales u ortográficos.

Dibujo. (1 punto) Esta tarea de copia de dos pentágonos entrelazados, evalúa la capacidad visuoespacial del paciente. En la hoja de test verá 2 pentágonos interceptados pedir al paciente que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos, los lados y la intersección. No se toman en cuenta temblor, líneas disparejas o no rectas.

Como Se Analizará La Información Recolectada

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), es un programa que facilita crear un archivo de datos en una forma estructurada y también organizar una base de datos que puede ser analizada con diversas técnicas estadísticas. A pesar de que existen otros programas (como Microsoft Excel) que se utilizan para organizar datos y crear archivos electrónicos, SPSS permite capturar y analizar los datos sin necesidad de depender de otros programas. Por otro lado, también es posible transformar un banco de datos creado en Microsoft Excel en una base de datos SPSS (Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y., Vries, W. 2010).

De acuerdo con lo anterior, se hace factible y adecuado el analizar los resultados obtenidos por medio del programa estadístico SPSS, puesto que, permitirá alcanzar los objetivos planteados a su cabalidad y brindará validez a la información pertinente.

Resultados

Para facilitar la lectura y comprensión de los análisis de datos realizados, se presenta el Análisis descriptivo. Donde se analiza como primera instancia la variable sociodemográfica edad, seguidamente se establecen los resultados obtenidos a través de la aplicación de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC) en una muestra de 60 adultos mayores de los barrios Pizarro y Antonia santos de la ciudad de Cúcuta, de acuerdo a las escalas que la componen, como lo son: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción.

Tabla 2. Rango y Distribución de Edad

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
55	2	3,3
58	1	1,7
59	4	6,7
60	5	8,3
62	2	3,3
63	3	5,0
65	4	6,7
66	2	3,3
67	1	1,7
68	4	6,7
69	2	3,3
70	1	1,7
71	2	3,3
72	2	3,3
73	3	5,0
75	2	3,3
76	1	1,7
77	1	1,7
78	2	3,3
79	2	3,3
80	2	3,3
81	2	3,3
82	2	3,3
83	1	1,7
84	1	1,7

85	3	5,0
87	1	1,7
90	1	1,7
96	1	1,7
Total	60	100,0

De acuerdo con la tabla anterior, se puede observar el rango y la distribución de edad de la muestra de los adultos mayores con los que se trabajó, entre las cuales se encuentran 55 como la edad mínima y 96 como la edad máxima.

A continuación, se presenta los resultados obtenidos acerca del nivel de deterioro cognitivo presente en los 60 adultos mayores y la descripción de cada uno de los componentes de la prueba mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC).

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje del nivel de deterioro

NIVEL DE DETERIORO		
	Frecuencia	Porcentaje
SIN DETERIORO COGNITIVO	30	50,0
DETERIORO COGNITIVO LEVE	24	40,0
DETERIORO COGNITIVO GRAVE	6	10,0
Total	60	100,0

Como puede observarse en la *tabla 3*, dentro de la dimensión de deterioro cognitivo 30 de los 60 adultos mayores no presentan deterioro cognitivo, en este mismo sentido 24 presentan deterioro cognitivo leve y finalmente, 6 de los 60 adultos mayores presentan deterioro cognitivo grave.

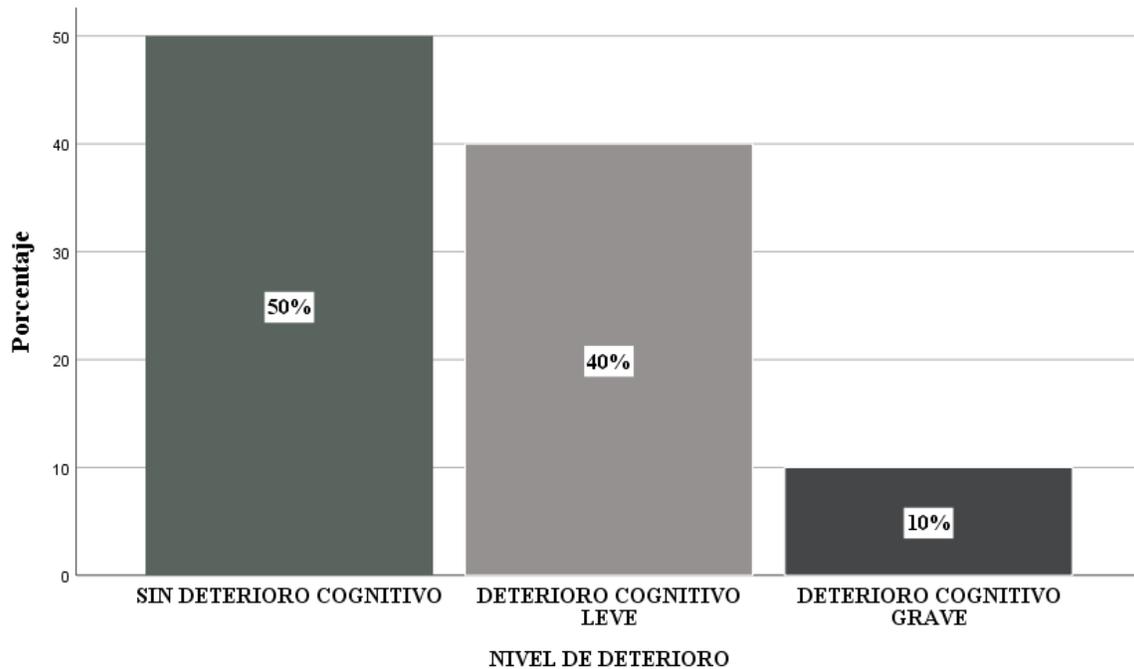


Gráfico 1. Porcentaje del Nivel de Deterioro

Como se observa en el *Gráfico 1*, dentro de la dimensión de deterioro cognitivo el 50% de la muestra no presenta deterioro cognitivo, un 40% presenta deterioro cognitivo leve y finalmente el porcentaje restante siendo el 10% presentan un deterioro cognitivo grave.

Tabla 4. Frecuencia de los resultados obtenidos en Orientación

ORIENTACIÓN		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	1	1,7
1	1	1,7
2	1	1,7
5	1	1,7
6	3	5,0
7	2	3,3
8	13	21,7
9	7	11,7
10	31	51,7
Total	60	100,0

Puede observarse en la *Tabla 4*, la frecuencia de los resultados obtenidos en orientación teniendo en cuenta que el puntaje máximo es de 10, donde 57 de los 60 adultos mayores obtuvieron un puntaje mayor a 5, y 3 de ellos obtuvieron puntajes menores a 5.

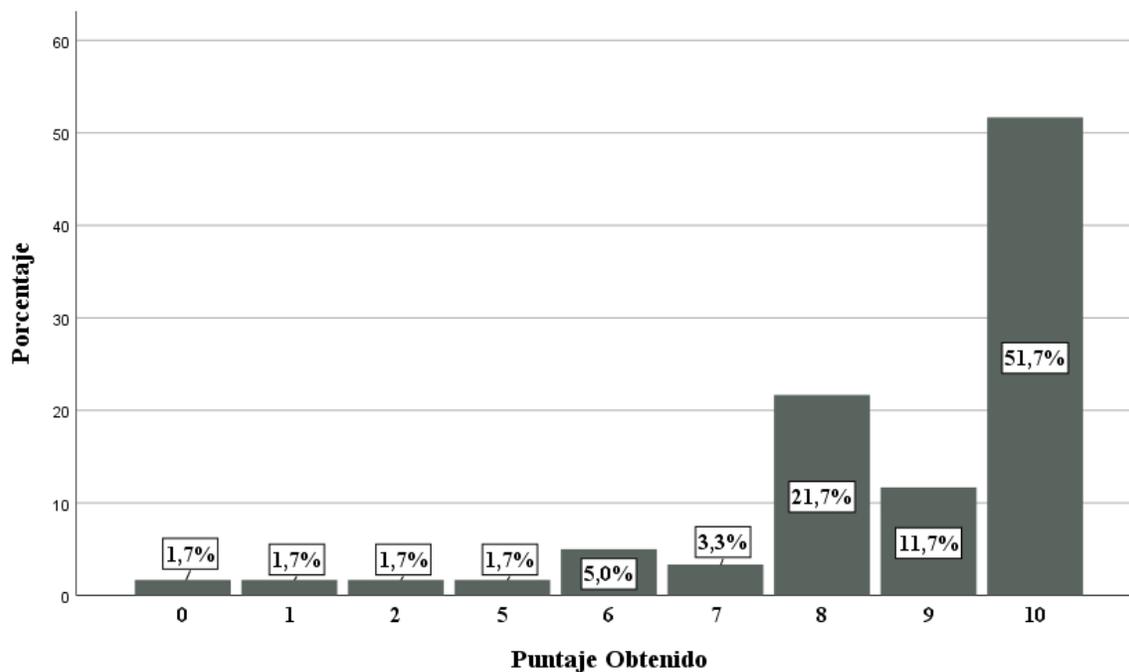


Gráfico 2. Porcentaje de los resultados obtenidos en Orientación

Como se evidencia en el *Gráfico 2*, el 95,1% de la muestra presenta una alta orientación mientras que el 4,9% presenta poca orientación.

Tabla 5. Frecuencia de los resultados obtenidos en Fijación

FIJACIÓN		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	2	3,3
3	58	96,7
Total	60	100,0

De acuerdo con la *Tabla 5*, la frecuencia de los resultados obtenidos en fijación teniendo en cuenta que el puntaje máximo es de 3, donde 58 de los 60 adultos mayores obtuvieron un puntaje mayor a 1, y 2 de ellos obtuvieron puntajes menores a 1.

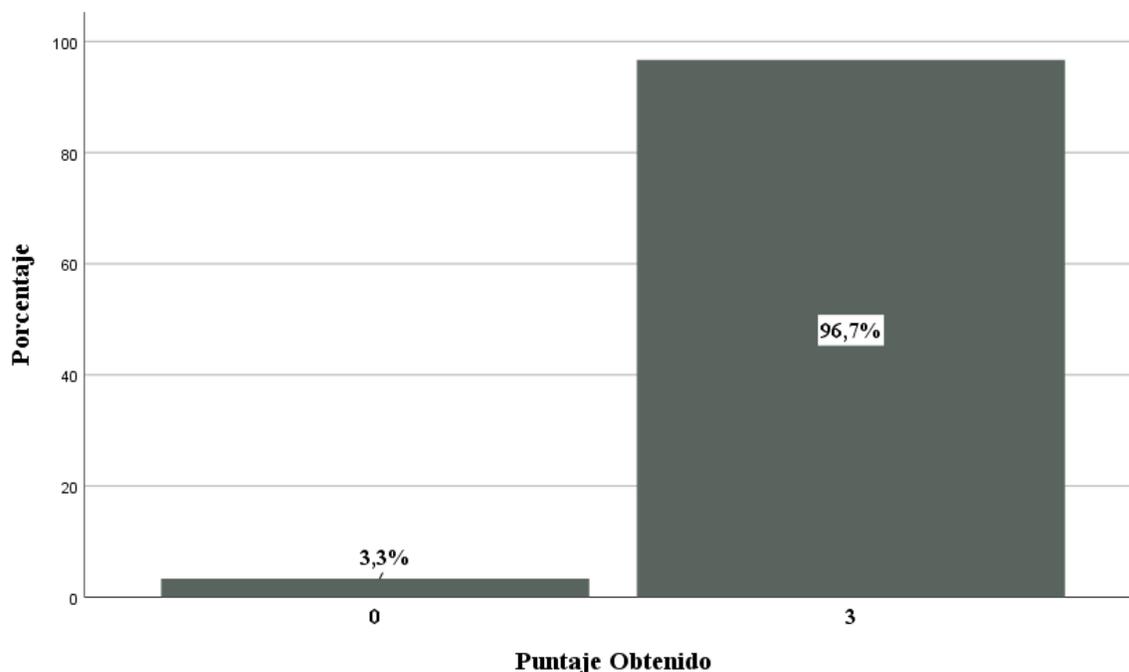


Gráfico 3. Porcentaje de los resultados obtenidos en Fijación

En el *Gráfico 3* puede observarse que el 96,67% de la muestra logró repetir y memorizar en el momento las palabras que se le presentaban, mientras que 3,33% olvidaba o confundía las palabras presentadas.

Tabla 6. Frecuencia de los resultados obtenidos en Concentración y Cálculo

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	13	21,7
1	10	16,7
2	1	1,7
3	4	6,7
4	8	13,3
5	6	10,0
7	1	1,7
8	17	28,3
Total	60	100,0

De acuerdo con la *Tabla 6*, la frecuencia más representativa de los resultados es 32 de 60 adultos mayores, los cuales obtuvieron un puntaje superior a 4; lo que indica que lograron sustraer de 3 en 3 y repetir los números. De igual manera, 28 de los adultos mayores obtuvieron una puntuación menor o igual a 3, indicando que solo lograron repetir números sin secuencia alguna, memorizarlos, encontrando cierta dificultad en decirlos de manera inversa.

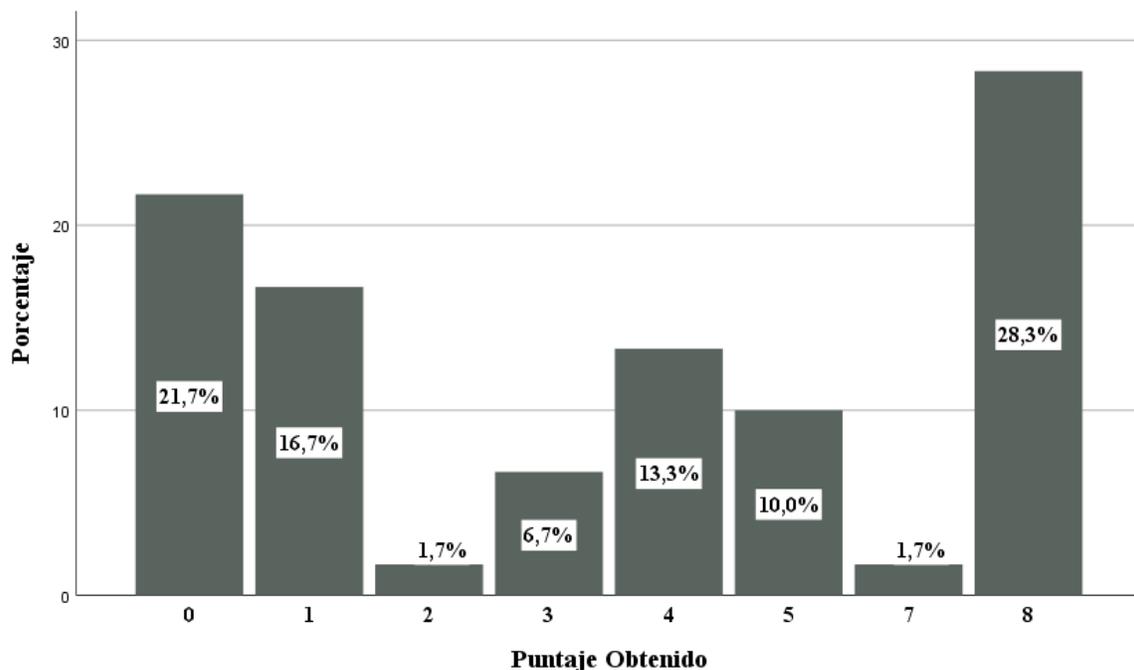


Gráfico 4. Porcentaje de los resultados obtenidos en Concentración y Cálculo

Como se puede observar en el *Gráfico 4*, un 53,3 % de la muestra obtuvieron un puntaje superior a 4. Lo que indica que lograron sustraer de 3 en 3 y repetir los números. De igual manera, el 46,7% de la muestra restante obtuvieron una puntuación menor o igual a 3, indicando que solo lograron repetir números sin secuencia alguna, memorizarlos, encontrando cierta dificultad en decirlos de manera inversa.

Tabla 7. Frecuencia de los resultados obtenidos en Memoria

MEMORIA		
<u>Puntaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
0	40	66,7
1	1	1,7
2	1	1,7
3	18	30,0
Total	60	100,0

Según lo observado en la *Tabla 7*, en la escala de memoria 20 de los 60 adultos mayores obtuvieron un puntaje de 1 o mayor a este, lo que significa que lograron recordar 1 o más de las tres palabras presentadas en fijación. Por otra parte 40 de los adultos mayores no lograron recordar ninguna de las palabras, por lo que obtuvieron una puntuación de 0.

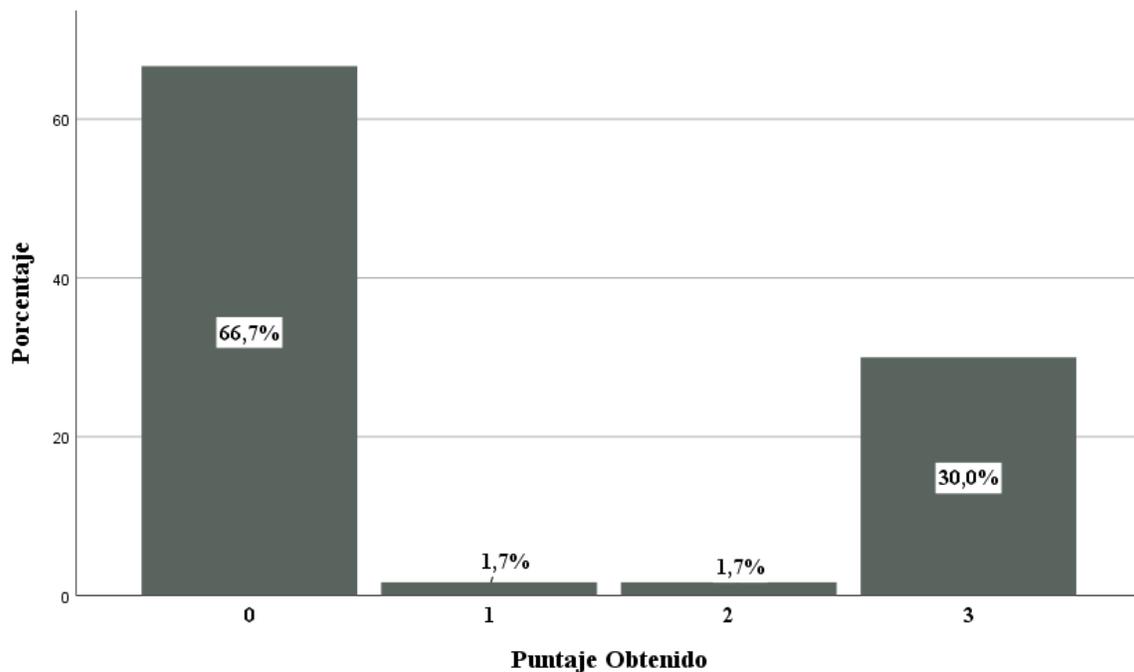


Gráfico 5. Porcentaje de los resultados obtenidos en Memoria

Como se puede observar en el *Gráfico 5*, en la escala de memoria el 33,4% de la muestra obtuvieron un puntaje de 1 o mayor a este, lo que significa que lograron recordar 1 o más de las tres palabras presentadas en fijación. Por otra parte, el 66,6% de los adultos

mayores no lograron recordar ninguna de las palabras, por lo que obtuvieron una puntuación de 0.

Tabla 8. Frecuencia de los resultados obtenidos en Lenguaje y Construcción

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	1	1,7
2	1	1,7
4	1	1,7
6	5	8,3
7	1	1,7
8	3	5,0
9	21	35,0
10	16	26,7
11	8	13,3
12	3	5,0
Total	60	100,0

De acuerdo con la *Tabla 8*, entendiendo que la puntuación mínima obtenida es 0 y la máxima 12, donde 8 de los 60 adultos mayores obtuvieron una puntuación igual o menor a 6, lo que indica que presentaron dificultades en lectura, seguimiento de instrucciones, escritura y dibujo. Por otra parte, la muestra restante, es decir, 52 adultos mayores obtuvieron una puntuación igual o mayor a 7, donde se evidenció dificultades principalmente en escritura y dibujo.

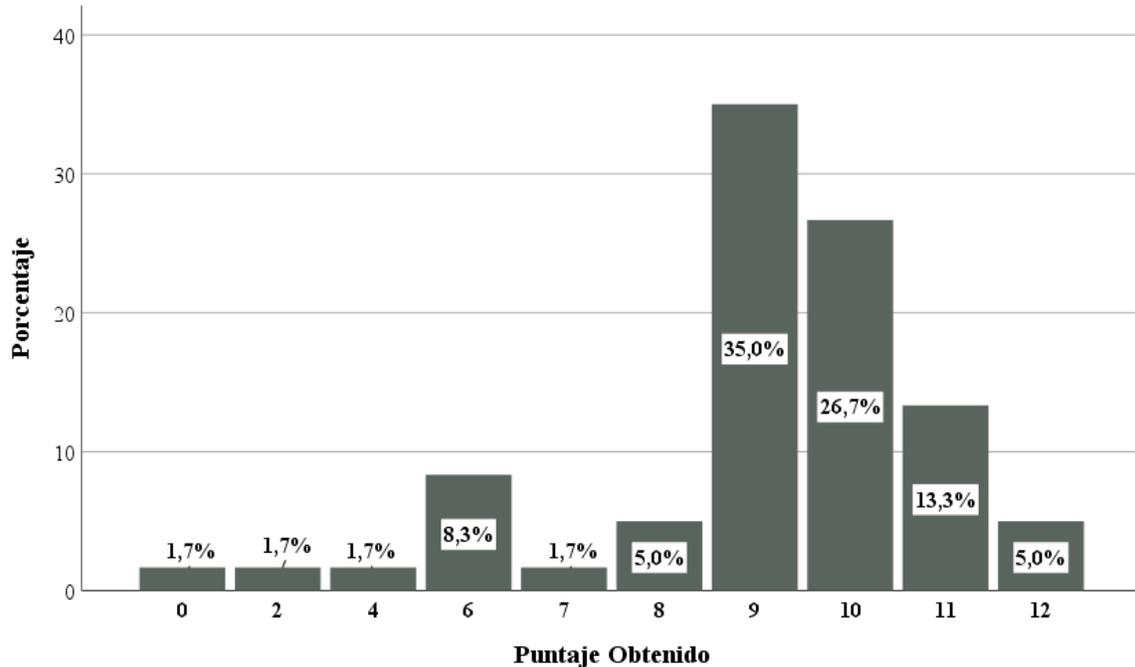


Gráfico 6. Porcentaje de los resultados obtenidos en Lenguaje y Construcción

En cuanto al *Gráfico 5*, el 13,4% de los adultos mayores obtuvieron una puntuación igual o menor a 6, lo que indica que presentaron dificultades en lectura, seguimiento de instrucciones, escritura y dibujo. Por otra parte, la muestra restante, obtuvo una puntuación igual o mayor a 7, representando el 86,6% donde se evidenció dificultades principalmente en escritura y dibujo.

De acuerdo con la información expuesta anteriormente, se logra inferir que las funciones cognitivas que se encuentran más afectadas son concentración y cálculo donde el 46,7% de la muestra presenta dificultad en dicha función, memoria donde el 66,6% de la muestra obtuvo una puntuación de 0 y finalmente, lenguaje y construcción donde el 86,6% evidenció dificultades principalmente en escritura y dibujo.

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo principal, identificar el estado de deterioro cognitivo en los adultos mayores de la ciudad de Cúcuta, a través de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo (MEC), para que por medio de este se obtenga conocimiento de cual proceso cognitivo se encuentra más afectado en ellos. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba anteriormente mencionada en una muestra de 60 adultos mayores de los barrios Pizarro y Antonia Santos, siendo la comuna 6 y 7 respectivamente; donde el 50% no presentan ningún tipo de deterioro cognitivo, el 40% de los adultos mayores presenta un deterioro cognitivo leve y el 10% presentan deterioro cognitivo grave, entendiendo que le 50% de la muestra presentan deterioro cognitivo siendo esta una cifra preocupante, representando a 30 de los 60 adultos mayores evaluados.

De acuerdo con la hipótesis de trabajo 1 donde se plantea que el 100% de la población presenta un deterioro en las funciones cognitivas de orientación, fijación, concentración y calculo, teniendo en cuenta dicha hipótesis se logra identificar que no se cumple, ya que los adultos mayores presentan una alta orientación y una buena fijación, siendo concentración y cálculo la única que presenta falencias mayormente en repetir números sin secuencia, memorizarlos y mencionarlo de manera inversa. Evidenciando que se encuentra deteriorado mayormente el razonamiento en cálculos matemáticos. Así, Ruiz (2000) menciona que “el razonamiento es voluntario, depende de las capacidades de cada quién y es algo que, dado el aprendizaje adecuado puede ejercitarse y desarrollarse”. Con respecto a lo anterior, Mendoza y Martínez (2018) refieren que “todos los ancianos presentan cuadros de olvidos y procesamiento lento de información, debido a la declinación neurológica”; corroborando así que puede verse afectado el razonamiento a causa del deterioro o declinación neurológica.

Como segunda hipótesis de trabajo se estableció que el 100% de la población presenta un deterioro en las funciones cognitivas de memoria, lenguaje y construcción, de acuerdo con los resultados obtenidos dicha hipótesis no se cumple. En cuanto a la función cognitiva memoria se evidencia que el 66,6% de la muestra presenta deterioro ya que no lograron recordar ninguna de las tres palabras presentadas en fijación; Así, para Toledo (2009), “la memoria es la función cognitiva más sensible a producir daño cerebral, está constituida por pensamientos, impresiones y experiencias, En la memoria puede evidenciarse tres etapas las cuales son la codificación, el almacenamiento y a su vez la evocación”; reflejándose en los adultos mayor dificultad en la codificación y almacenamiento de la información evitando así su correcta evocación. Es importante mencionar que, pese a que no se presentó el 100% de deterioro en dicha función cognitiva, esta supera el 50%, por lo tanto, es un dato relevante e inquietante con respecto a la muestra.

De forma similar, en la función cognitiva de lenguaje y construcción se evidencia que el 86,6% de los adultos mayores presentan dificultades mayormente en lectura y seguimiento de instrucciones, escritura y dibujo. Así, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) define el lenguaje como “estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular”, por su parte Luria (1998) menciona “para comprender el lenguaje es necesario interpretar y reconstruir la intención comunicativa del hablante a partir del continuo de sonidos que se pueden percibir, al momento de mantener una conversación, la persona que escucha debe descifrar y comprender el mensaje que se le está transmitiendo”. Identificando así falencias en la comprensión para el seguimiento de instrucciones, lectura y escritura. De acuerdo con lo anterior, Mendoza y Martínez (2018) mencionan que “la disminución o pérdida en la función mental en el campo neuropsicológico (memoria, orientación, lenguaje)

se debe a la falta de entrenamiento o fortalecimiento en las habilidades para que así no presenten un deterioro cognitivo a temprana edad”.

Finalmente, en la presente investigación se observó el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores, es decir se logró evidenciar, el grado de deterioro que existe entre cada una de las etapas de envejecimiento del adulto mayor. Para Romero y Vázquez (2002), “las funciones cognitivas pueden alterarse por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro cognitivo”, por lo tanto, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor y un acompañamiento en la realización y aplicación de estrategias de prevención y promoción de la salud en el adulto mayor.

Conclusiones

Inicialmente, se dio cumplimiento al objetivo general, puesto que se logró identificar el nivel del deterioro cognitivo presente en los adultos mayores de los barrios Pizarro y Antonia santos, de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. Con base al análisis descriptivo realizado a los resultados obtenidos tras la aplicación de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo (MEC) a los 60 adultos mayores, que se encontraban dentro de las edades de 55 a 96 años. Obteniendo que 30 de estos presentan deterioro cognitivo representando un 50% de la muestra, en donde 6 de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo grave.

En este sentido, en los resultados individuales de cada uno de los componentes de la prueba estandarizada mini examen cognoscitivo (MEC), se dio cumplimiento a los tres primeros objetivos específicos donde se pretendía medir y evaluar la orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción; obteniendo que las funciones cognitivas que se encuentran más afectadas son concentración y cálculo donde el 46,7% de la muestra presenta dificultad en dicha función, memoria donde el 66,6% de la muestra obtuvo una puntuación de 0 y finalmente, lenguaje y construcción donde el 86,6% evidenció dificultades principalmente en escritura y dibujo.

Por último, se logró llevar a cabo la elaboración de la guía didáctica la cual contiene una serie de ejercicios o actividades que contribuirán al fortalecimiento y prevención de deterioro en las funciones cognitivas más afectadas encontradas en el análisis de resultados de la presente investigación.

Recomendaciones

Se recomienda a los futuros investigadores realizar estudios con mayor tamaño de la muestra, con el fin de apoyar la validez de los resultados y conocer a mayor escala cual es el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Es importante llevar a cabo campañas educativas para fortalecer el cuidado de las funciones cognitivas en los adultos mayores mediante estrategias de ejercicios de estimulación cognitiva.

Se propone la importancia de manejar bien los tiempos en la realización de la investigación y la aplicación de los instrumentos para que se obtengan mejores resultados, teniendo en cuenta la presente pandemia, la cuál imposibilitó la aplicación del instrumento a la población elegida en el desarrollo de la investigación; siendo los adultos mayores la población más vulnerable.

Es fundamental tener presente al momento de evaluar, que la muestra esté compuesta por la misma cantidad de mujeres como de hombres, es decir, una muestra equitativa; para que a la hora de realizar el análisis del instrumento aplicado se pueda conocer y describir cual género se encuentra más afectado.

Finalmente, se propone realizar trabajos investigativos que incluya la población adulta mayor en temáticas como el deterioro cognitivo relacionándolo con variables tales como calidad de vida, género, edad y escolaridad; contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores al generar una identificación temprana de las posibles afectaciones, ampliando así las bases de datos con respecto a la problemática.

Referencias

- Adulto mayor. (2015). *Etiología de Adulto Mayor*. Recuperado de:
<http://conceptodefinicion.de/adultomayor/>
- Anaya, M. Sepúlveda, M. (2012). *Deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores recluidos en los establecimientos penitenciarios en Bucaramanga y girón*. Recuperado de:
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2105/digital_24723.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Avila, M., Vásquez, E., Gutiérrez, M. (2010). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1815/181517998004.pdf>
- Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. Recuperado de:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Benavides, C. (2017). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Benavides, C. (2017). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Rev. Mexicana de Anestesiología Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma2017/cma172f.pdf>
- Berlo, D. (2000). *El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica Buenos Aires: Ateneo*. Recuperado de:
http://www.razonypalabra.org.mx/N/N72/Varia_72/27_Rios_72.pdf
- Borquez, P. 2016. *Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo de los adultos mayores mexicanos*. Recuperado de: <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2016/11/TESIS-B%C3%B3rquez-Arce-Paola.pdf>
- Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y., Vries, W. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS, un libro práctico para investigadores y*

administradores educativos. Recuperado el 31 de mayo de 2020 de:
<http://www.pucrs.br/edipucrs/spss.pdf>

Centromente. (2017). *Familiar que padece deterioro cognitivo severo*. Recuperado de:
<http://www.centromente.com/novedades/category/deterioro-cognitivosevero/>

Cerón, O., Garzón, S., Granados, W., Parra, C., Sierra, L. (2017). *Frecuencia y distribución de deterioro cognitivo en los hogares gerontológicos de la localidad de barrios unidos por medio de la aplicación de minimental test en adultos mayores de 60 años en el periodo 2017-1*. Recuperado de:
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/825/1/FRECUENCIA-DE-DETERIORO-COGNITIVO-EN-LOS-HOGARES-GERONTOL%C3%93GICOS-DE-LA-LOCALIDAD-DE-BARRIOS-UNIDOS-POR-MEDIO-DE-LA-APLICAC~1.pdf>

Chong, A. (2012). *Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor La Habana – Cuba*. Recuperado de:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi09212.htm

Clínica Las Condes. (2013). *Cambios Anatómicos y Fisiológicos asociados al Envejecimiento Santiago, Chile*. Recuperado de:
<https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-YESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-MedicinaInterna/Unidad-de-Geriatria/Cambios-Anatomicos>

Contreras, D., Marcías, S., Parra, G. (2018). *Funciones Cognitivas Y Bienestar Psicosocial En Adultos Mayores De Cincuenta Años De Cúcuta*. Recuperado de:
<https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3480/PDF.pdf?sequence=2>

Desarrollo cognitivo. (2019); *Conoce lo más importante sobre el deterioro cognitivo*.
 Recuperado de: <https://eldesarrollocognitivo.com/deterioro-cognitivo/>

Díaz, R., Marulanda, F., Martínez, M. (2013); *Acta neurológica colombiana, prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana*. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482013000300003

Fernández, C., Baptista, P. (2017). *Metodología de la investigación*. Recuperado el 26 de mayo de 2020 de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Guía de referencia rápida. (2012). *Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México*. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf

Hyber, C. (2009). *Casa de libro, geriatría*. Recuperado de: <https://www.casadellibro.com/libro-geriatria-2aa-ed/9786074480269/1557547>

La nación. (2012). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Recuperado de: <https://www.nacion.com/opinion/foros/deterioro-cognitivo-en-el-adultomayor/TKPQJ54OX5AA5MMXMSOWCVWDZU/story/>

León E, León G, (2017). *Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador)*. Recuperado el 24 de mayo de 2020 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6550770.pdf>

Mendoza, P., Martínez, C., (2018). “*deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, villa los reyes*”. Recuperado el día 24 de abril de 2020 de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS%20Chupul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ochoa, E., Ríos, J. (2017), “*progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores de los centros gerontológicos de la ciudad de cuenca. 2017*”. Recuperado el día 26 de abril de 2020 de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28236/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

- Olivera J, Pelegrín C, (2015). *Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve*. Recuperado el 26 de mayo de 2020 de:
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf
- Organización mundial de la salud. (2017); *la salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Ostrosky Solís, F., Lozano Gutiérrez, A., Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC), ISSN-e 1852-4206, Vol. 4, Nº. 2. (2012). *Factores socioculturales en la valoración neuropsicológica*. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3983578>
- Oswaldo, F. (2002). *deterioro cognitivo y demencia*, cuadernos de medicina forense. Recuperado de [https://www.csjn.gov.ar/cmfcfs/files/pdf/_Tomo-1\(2002\)/Numero-1/CMF1-1-pag39-44.doc](https://www.csjn.gov.ar/cmfcfs/files/pdf/_Tomo-1(2002)/Numero-1/CMF1-1-pag39-44.doc)
- Pérez Martínez, V. T. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista cubana de medicina general integral*, 21(1-2), 0-0. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000100017&script=sci_arttext&tlng=pt
- Portal mayor. (2013). *Informes Portal Mayores* [sede web]. Recuperado de:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/buiza-deterioro01.pdf>
- Portillo, P. (2015). “*factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo*”. Recuperado el 26 de abril de 2020 de:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670960/portillo_barrera_patricia.pdf?sequence=1
- Revillas, F. (2014). *Manual de usuario mini-examen cognoscitivo (MEC)*. Recuperado el 31 de mayo de 2020 de: <http://www.generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/mini-examen-cognoscitivo-manual.pdf>
- Rivero, A. (2013). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias, detección y cuidados en las personas mayores*. Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/235-comunidadmadrid-enfermedad-011.pdf>

- Ruiz Limón, R. (2000). *El conocimiento silencioso*. Recuperado de:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1B5KN8Z7wt0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=Ruiz+Limon+Ramon+-+El+Conocimiento+Silencioso&ots=O7GRmW1_EH&sig=zZDk9ua50k62T7WpaR2o_M1TEI4
- Samper, J., Rodríguez, J., Sánchez, C., Sosa, S. (2011). *El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer*. Rev haban cienc méd 74. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100006
- Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Noriega, L., López, J. (2009). “*Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años*”. Recuperado el día 26 de abril de 2020 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400008
- Segura A, Garzón M, Cardona D, Segura A, (2016). *Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia*. Recuperado el 24 de mayo de 2020 de: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v33n3/0102-3098-rbepop-33-03-00613.pdf>
- Tamayo, G. (2001). *Diseños muestrales en la investigación*. Dialnet. Recuperado el 23 de junio de 2020 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5262273.pdf>
- Tea Ediciones. (2002). *Manual examen cognoscitivo mini-mental*. Recuperado el 30 de mayo de 2020 de:
http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/MMSE_Extracto_manual.pdf
- Unobrain. (2016). *Que es el deterioro cognitivo*. Recuperado de:
<http://regenera.com.ar/unobrain/>
- Vanegas, C. (2018). *Prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores estudio documental 2011-2016*. Recuperado de:
<https://es.scribd.com/document/439113707/PrevencionDeterioroCognitivo>
- Vega F, Rodríguez O, Montenegro Z, Dorado C. (2016). *Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá*. Recuperado el 26 de mayo de 2020 de:
<https://www.redalyc.org/pdf/1793/179346558004.pdf>