



Estudio descriptivo del estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

Minia María Miramontes Fandiño¹, Iria Mañas²

Resumen

Introducción: Observamos el estado cognitivo del adulto mayor -AM- que recibe atención comunitaria gerontológica en talleres de memoria, manualidades y/o gimnasia en una población de la sociedad del bienestar. Analizamos coincidencias en factores preventivos de salud cerebral: índice de escolaridad -IE-, actividad física, nutrición, socialización y ánimo positivo; detectamos casos con deterioro cognitivo leve -DCL- y su manifestación, distribuyéndolo en subdominios. *Métodos:* 38 sujetos de ≥ 60 (Edad media 71,46, DE=8,14) evaluados con una herramienta heterogénea con escalas neuropsicológicas, conductuales. Análisis con estadísticos descriptivos y el Método de Consultas SQL. *Resultados:* 5 factores aparecen en un 7,89%; el mayor número de concurrencias aparecen en nutrición y ánimo positivo -36.84%, edad 75.21. Un 39,47% presenta DCL (edad 66.26) distribución: 1º DCL-a-mult -13.33%- 2º DCL-noam-mult -10,51%- ,3º los monodominios se presentan en un 7,88% respectivamente. *Conclusión:* Destacamos la inactividad y falta de interacción social requiriéndose acciones preventivas contra el aislamiento del AM. Con respecto a la población general del AM encontramos una mayor prevalencia de casos con DCL con una edad media inferior, como era lo esperado, pero no así, el número inferior de casos con un solo dominio afectado, por lo que falla la captación de estos sujetos.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve, adulto mayor, factores neurosaludables, estado cognitivo. Estimulación.

Abstract

Observed elderly cognitive status in a Center of gerontological activities through memory workshops, crafts and/or gymnastics belonging to the welfare society. Analyze coincidences of healthy brain factors: scholarship, physical activity, nutrition, socialization and positive mood. Detected cases of mild cognitive impairment and distribution into subdomains -

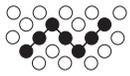
Petersen Criteria. Methods: 38 subjects over ≥ 60 (Median age 71,46, DE=8,14). Evaluation realized with a tool that includes neuropsychological and behavioral scales. The analysis includes statistical descriptive data and the

consulting method SQL to analyze the coincidences of neuro-healthy factors. Results: 7,89% meets the requirements for the 5 factors. Concurrences most prevalent was nutrition and positive mood 36.84%,(median age 75.21). 39,47% presents DCL (median age 66.26). MCI-a-mult -13.33%- appears on first place, followed by MCI-noam-mult -10,51%- , monodomains, 7,88% respectively. Conclusion: We highlight an elevated number of inactivity hours and lack of social interaction requiring preventive actions against the senior adult isolation. In respect to the general population of elderly, we find a higher prevalence of cases with Mild Cognitive Impairment with a lower age, as expected, but not necessarily a lower

ISSUE N°1
JUNIO
2017

Recibido:
06/02/2017

Aceptado:
03/03/2017



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

number in cases with only one domain affected, hence the catchment of such subjects is failing.

Key words: Mild Cognitive Impairment, Elderly, Neuro-healthy factors, Cognitive Status. Stimulation.

Diversos estudios demuestran que el deterioro cognitivo leve -DCL- se convierte en un síndrome geriátrico que ha de ser interpretado en el contexto de las enfermedades concomitantes y estado socioeconómico). La marginalidad, fenómeno vinculado al bajo estrato socioeconómico, es un factor de riesgo relacionado. Las poblaciones de ≥ 60 años con un índice de pobreza multidimensional, elevan la frecuencia del DCL a su vez, este es mayor en sujetos de más edad, menor escolaridad y residentes en áreas rurales; a estos factores se añaden la relación del trastorno cognitivo con enfermedades crónicas como diabetes mellitus -DM-, hipertensión, enfermedad cerebral y depresión. No obstante, el DCL y la demencia constituyen un problema de salud pública en los países desarrollados por el incremento de edad, estimándose un 44% de personas con algún tipo de deterioro cognitivo -DC- siendo su incidencia y prevalencia proporcional al aumento progresivo de la longevidad en una población con las necesidades sociosanitarias cubiertas (Miramontes, Mora, 2015; Inouye, Studenski, Tinetti, y Kuchel, 2007; Fustinioni, 2002).

Este envejecimiento y sus implicaciones para la salud invitan a la realización de acciones específicas para el futuro inmediato. La atención a la salud del adulto mayor -AM- requiere de gestiones integrales de prevención, detección y tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes, de mejora de la calidad de vida y promoción de una existencia activa y productiva que fomente estilos de vida neurosaludables establecidos, para este estudio, a través de las claves de salud cerebral propuestas por Bilbao (2012): Índice de escolaridad -IE-, actividad física, nutrición, socialización y ausencia de depresión o ánimo optimista, que cuando coinciden en una población pronostican el mantenimiento de una buena salud cerebral, y que requieren de los sistemas comunitarios la puesta en marcha de estrategias bio-psico-sociales para la implementación de actividades encaminadas a la estimulación de procesos mentales complejos del AM con la razón última de evitar/retrasar la aparición del DCL y ralentizar el avance a demencia.

Los objetivos

El objetivo de este estudio es conocer cómo se presenta el estado cognitivo del AM de una sociedad de bienestar que acude a un centro comunitario de mayores para su estimulación física y/o cognitiva.

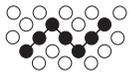
Para dar respuesta a la incógnita, hallamos la prevalencia del DCL en este subgrupo y sus características a través de la distribución en subdominios clínicos -Criterios Petersen ((Miramontes, Mora, 2015; Petersen, et al, 2001-2009); y analizamos las coincidencias en cada sujeto de los factores neurosaludables protectores de la salud cerebral (Miramontes, Mora, 2015; Bilbao, 2012).

Material y Métodos

Realizamos un estudio transversal de tipo exploratorio descriptivo y de análisis de coincidencias en 38 sujetos entre 60-90 años, recogidos aleatoriamente entre sujetos que acuden a un centro cívico en Godella, España, a talleres de memoria, manualidades y/o gimnasia centrados en las necesidades del AM, por recomendación médica y/o de los agentes sociales.

La población a estudio, Godella, se caracteriza por ser semirural de casi 14.000 habitantes con potencial endógeno de desarrollo, sita en la comarca Horta-Nord. Valencia -España-, tiene un 18% población mayor de 60 años y un incremento de sobreenvejecimiento del 10%; caracterizada esta población por la implementación de políticas de desarrollo para mejorar el bienestar, incluyéndose equipamientos de acción socio-cultural dirigidos al AM (Pactem-nord, 2005).

Para la recogida de datos utilizamos un instrumento de cribado a modo de entrevista heterogénea y hetero-administrada con un sistema de clasificación binario que consta de evaluación y pruebas neuropsicológicas/conductuales estandarizadas, que reúnen datos de rastreo -variables operacionales- biomédicos, sociodemográficos e ítems de funciones cognitivas y factores neurosaludables, detallados como índice de escolaridad -IE- o formación académica, óptima cuando es ≥ 8 años; psicomotricidad -P-, óptima cuando la actividad física/manual y/o intelectual es ≥ 13 hs por día -PD-, nutrición -N-, óptima con ausencia de anemia y ≥ 3 comidas PD y patrón dietético mediterráneo-; socialización -S-, cumplir con ≥ 6 horas PD de interacción social; optimismo -O- cuando es negativo en depresión y positivo en socialización.



Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

Variables conceptuales: Abarcan variables propias para el análisis de la situación del estado mental siguiendo los criterios diagnósticos del National Institute on Aging y la Alzheimer's Association -NIA-AA- (consultado en Sociedad española de Neurología) con cuatro parámetros para la distribución del DCL (Petersen, 2001-9):

DCL amnésico -DLC-a-mon-, solo alteración cognitiva de memoria.

DCL de dominio múltiple amnésico -DLC-a-mult-, cuando se suman memoria y una o varias funciones superiores alteradas del lenguaje, función ejecutiva o función visoespacial, atención, pensamiento pero sin alteración importante.

DCL de dominio múltiple no amnésico -DLC-noam-mon-, déficit leve en una función superior distinta a memoria

DCL de dominio único no amnésico -DLC-noam-mult-, afectación de varias funciones superiores, distinto a memoria.

.

Para la valoración conductual se aplican tres herramientas:

- Escala de capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria -AIVD (Cabañero-Martínez, Cabrero-García, Richart-Martínez, Muñoz-Mendoza, 2008).
- Escala de actividades básicas de Katz (Álvarez, et al, 1992).
- Escala geriátrica para la depresión de Yesavage abreviado -GDS. Para obtener prevalencia de depresión y como instrumento para la valoración del factor optimismo (Martínez, et al 2002).

Para la valoración cognitiva se aplican tres herramientas:

- Mini-Examen Cognoscitivo de Folstein - MMC). Puntos de corte: 24 para sujetos de ≥ 8 años de escolarización, 22 sujetos de ≤ 8 años no analfabetos, y 20 para analfabetos (Blesa, Pujol y Águila, 2004).
- El test del dibujo del reloj -TDR. Las condiciones de resultado positivo en el Test del Reloj y una mala ejecución del dibujo del MMC sugieren DC calificándose como positivo no amnésico (Freeman, et al, 1994).
- Test de alteración de la memoria -TAM. Resultados positivos en esta escala y déficits de memoria en MMC (Rami y Molinuevo, 2007).

Se diagnostica DCL cuando cumpla con uno o alguno de los 5 criterios diagnósticos del NIA-AA junto al resultado positivo en escalas de valoración cognitiva, y negativos en las escalas de funcionalidad y actividad en la vida diaria.

Para la evaluación de factores neurosaludables se aplica la coincidencia de los factores por sujeto [Miramontes, Mora (2015); Bilbao (2012)].

Conceptual: Prevención óptima, la coincidencia de cinco factores.

Operacional: Cumplir con los requisitos exigidos para cada factor.

Efectuamos una estadística descriptivo/exploratoria de variables mediante medidas de tendencia central para la prevalencia y un análisis de coincidencias estructuradas Structured Query Language -SQL- para los factores neurosaludables, presentando los resultados en una tabla ajustada para homogeneizarla y aplanarla debido al bajo número de casos - percentil 80.

Análisis de resultados

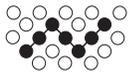
Edades comprendidas entre 60-90 años (edad promedio 71,46, DE= 8,14) con un 47% de varones versus 53% mujeres. Casados/pareja un 47%, sin pareja un 53%.

Intervalos de edad:	60-65	66-71	72-76	77-82	83-90
Nº de sujetos:	6	12	11	5	4
Promedio de Edad:					71,46
DE					8,14

Tabla 1: Distribución por edad del total de la muestra

Prevalencia para el nivel de escolaridad es de un 10% para el nivel superior (≥ 8 años), 45%, nivel medio entre 4-7 años y 45% para sujetos con ≤ 3 años, (DE=10). No se encuentran sujetos analfabetos.

En la Comunidad Valenciana -CV- encontramos un 1,31 % de analfabetos, 24,57% para nivel bajo, 68,11% nivel medio y un 6% de nivel alto. Los resultados indican un mayor nivel en IE en nuestra población.



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

Del análisis biomédico y social encontramos un consumo de ≥ 4 fármacos en afecciones tipo ACV, Cardiacos, Hipertensión, hipercolesterolemia/dislipemia, artritis reuma, arterosclerosis, endocrinos, EPOC/asma, Otros en un 50% de los sujetos.

Un 8% son diabéticos y dos sujetos con hipotiroidismo. En la CV se estima 14% de diabéticos en AM. En el 29% no se realizaron pruebas tiroideas cuando la incidencia se estima entre 5-20% en sujetos de ≥ 60 años. Encontramos 10% con cambios en olfato no diagnosticados. La pérdida del olfato es un síntoma prodromático de la enfermedad de Alzheimer -EA- Encontramos 2 sujetos con DCL y 1 con demencia. Obtuvimos un 37% de sujetos con antecedentes heredo/familiares de Demencia o Parkinson (1g). El 100% de hombres participantes afirman no poder practicar sexo y un 33% poseen causas médicas que lo justifican. En varones ≥ 65 años un 15/25% presentan disfunción eréctil $\frac{1}{4}$ de veces por problemas cardíacos, hipertensión, diabetes.

Encontramos una correlación positiva ($r=0,4$, $p=0,001$) entre el 37% de sujetos aislados socialmente con el 46% que presentan depresión, 34% viven solos y un 32% acude o ha acudido a salud mental.

La prevalencia para el DCL fue del 39,47%, edad 66,26, sin diferencia significativa entre sexos, el IE es alto en 14,29% todos acuden al taller de memoria, del 85,70% restante un 20% no acude, por lo que a mayor formación, mayor concienciación de dificultades cognitivas. Hallamos 18,42% (edad =76) con demencia.

Estudios transversales sobre la prevalencia del DCL en ancianos institucionalizados españoles encuentran prevalencias que oscilan entre el 38,7% y el 44% [Leiva, A; et als (2006)]. Para la demencia las cifras de prevalencia oscilan entre 5,2%-16,3% aumentando con

la edad, menos escolarización y en habitantes de zonas

Subdominios	Prevalencia %
DLC-noam-mon	7.88
DLC-noam-mult	10.51
DLC-a-mon	7.88
DLC-a mult	13,13 *
DCL	39,47
DE	2,18
\bar{x} Edad	66,26

Tabla II: Distribución por subdominios

rurales [Katzman, R (1993),Damián, J (2004)].

La distribución del DCL en los subtipos de Petersen [Petersen, RC., et als (2001-2009) sitúa en primer lugar al DCL-a-mult- 13.33%, edad =72, sin predominio por sexo, 50% consumen ≥ 4 fármacos -polifarmacia-, el 90,7% realiza actividad mental, el 100% de los sujetos tienen un IE medio/superior. Le sigue el DCL-noam-mult- 10,51%, edad =69, predominio femenino, 90,7% de polifarmacia y antecedentes familiares de demencia/Parkinson, ningún sujeto tiene estudios superiores, un 42,85% medios y un 57,14% bajos; ambos monodominios aparecen con un 7,88% respectivamente.-

Tabla III: Distribución por subdominios en dos poblaciones opuestas socioeconómicamente.

Subdominios cognitivos afectados	SS	%	Subdominios cognitivos afectados	Leipzig %
DCL-noam-mon	5,27		DCL-noam-mon	7,1
DCL-noam-mult	3,63		DCL-noam-mult	2,1
DCL-a-mon	2,00		DCL-a-mon	4,5
DCL-a-mult	3,45		DCL-a-mult	5,5
DE	1,59		DE	1,81
Prevalencia DCND	14,36		Prevalencia DCND	19,3
edad promedio DCND	72,1		edad promedio DCND	81,5

Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

El subtipo DCL multidominio con afectación de memoria se presenta como el más prevalente entre los sujetos que acuden a un centro de actividades para la estimulación del AM

Para poblaciones generales, Molinero (2007) encuentra que “El DCL-noam-mon... es más prevalente que el DCL-a-mon”. Petersen y otros (2009) encuentran más frecuente al DCL-a. Investigadores señalan más prevalente entre individuos con mayor IE al DCL-mult-con y sin memoria afectada- y el menor al DCL-a-mon (Miramontes y Mora,2015).

Busse y otros (2006), en un estudio en Alemania, para una edad =81.5, e IE alto, obtuvieron un 19.3% en DCL. Miramontes y Mora (2015), obtienen en un substrato marginal mexicano un 14,36% en DCL (edad =72,1 e IE bajo). En ambos estudios en DLC-noam-mon fueron los más prevalentes, esperado al requerir menos requisitos. Le siguen DCL-a-mult más prevalente en sociedades de bienestar (Estudio alemán) versus DCL-noam-mult en marginalidad (estudio mexicano).

En la tabla observamos la distribución de los subtipos del DCL para dos poblaciones opuestas socio-económicamente. La primera columna pertenece a la Sierra Sur de México, donde como es de esperar el deterioro cognitivo de un solo dominio sin afectación de memoria es el más prevalente, al igual que ocurre en la población de Leipzig, Alemania.

Comparamos estos estudios con el nuestro para analizar la manifestación de los subdominios en el estado de bienestar, marginalidad y el AM que acude a estimulación. .

Tabla IV: Distribución de Subdominios en tres poblaciones.

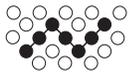
En esta tabla, se muestran los resultados de la distribución por subdominios de tres muestras caracterizadas por estado de bienestar (Alemania), marginalidad (México) y sujetos que acuden a un centro cívico/social del estado del bienestar (España) para realizar tareas encaminadas a la estimulación del AM; se destaca que el número de sujetos con DCL es superior en este último grupo, lo que es de esperar ya que son sujetos captados por servicios sociosanitarios que recomiendan que acudan a los talleres de actividades; mientras que los dos primeros pertenecen a muestreos de población general. El subdominio con afectación de memoria y otros dominios -DCL-a mult- es el más prevalente en el grupo con estimulación; pasando, con el mismo resultado, al tercer y cuarto lugar en porcentaje el deterioro donde solo hay un dominio afectado -DCL-noam mon y DCL-a-mon-; lo que nos indica que hay una deficiencia en la captación del DCL, al ser más predominantes los casos donde varios dominios están afectados y por ello son más evidentes.

Realizamos un análisis por el Método SQL para observar distribución de la coincidencia de los 5 factores protectores del óptimo estado cognitivo, cuya conjunción retrasa y previene el DC. El análisis de coincidencias nos arroja que un 7.89% de los sujetos y edad = 73,33 reúne las 5 condiciones. Tabla 5

(Página sucesiva)

Tabla 5: Coincidencia de los factores neurosaludables

DOMINIOS	Bienestar%	Marginal%	Estimulados%
DLC-noam mon	7,1*	5,27*	7,88
DLC-noam-mult	2,1	3,63	10,51
DLC-a-mon	4,5	2,00	7,88
DLC-a mult	5,5	3,45	13,13*
DE	1,8	1,59	2,18
DCL	19,3	14,36	39,40
Edad promedio	81,5	72,10	66,26



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

Suma ordenada Godella

Variables	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predo min.
Cumplen con 0 Variables	<input type="text" value="1"/> Individuos		<input type="text" value="2,63%"/> Del Total				
Resumir por 'Variables' = 0 (1 registro de detalle)							
Suma	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="78"/>	<input type="text" value="Mujer"/>
Promedio						<input type="text" value="78"/>	<input type="text" value="Mujer"/>
Porcentaje sobre el total	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>		
Porcentaje sobre el grupo	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>		
Cumplen con 1 Variables	<input type="text" value="1"/> Individuos		<input type="text" value="2,63%"/> Del Total				
Resumir por 'Variables' = 1 (1 registro de detalle)							
Suma	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="70"/>	<input type="text" value="Hombre"/>
Promedio						<input type="text" value="70"/>	<input type="text" value="Hombre"/>
Porcentaje sobre el total	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="3,45%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>		
Porcentaje sobre el grupo	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>	<input type="text" value="100,00%"/>	<input type="text" value="0,00%"/>		
Cumplen con 2 Variables	<input type="text" value="14"/> Individuos		<input type="text" value="36,84%"/> Del Total				
Resumir por 'Variables' = 2 (14 registros de detalle)							
Suma	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="75,214"/>	<input type="text" value="Mujer"/>
Promedio						<input type="text" value="75,214"/>	<input type="text" value="Mujer"/>
Porcentaje sobre el total	<input type="text" value="19,05%"/>	<input type="text" value="8,33%"/>	<input type="text" value="20,83%"/>	<input type="text" value="37,93%"/>	<input type="text" value="33,33%"/>		
Porcentaje sobre el grupo	<input type="text" value="28,57%"/>	<input type="text" value="7,14%"/>	<input type="text" value="35,71%"/>	<input type="text" value="78,57%"/>	<input type="text" value="50,00%"/>		
Cumplen con 3 Variables	<input type="text" value="13"/> Individuos		<input type="text" value="34,21%"/> Del Total				
Resumir por 'Variables' = 3 (13 registros de detalle)							
Suma	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="70,077"/>	<input type="text" value="Mujer"/>
Promedio						<input type="text" value="70,077"/>	<input type="text" value="Mujer"/>
Porcentaje sobre el total	<input type="text" value="38,10%"/>	<input type="text" value="41,67%"/>	<input type="text" value="45,83%"/>	<input type="text" value="31,08%"/>	<input type="text" value="28,57%"/>		
Porcentaje sobre el grupo	<input type="text" value="61,54%"/>	<input type="text" value="38,46%"/>	<input type="text" value="84,62%"/>	<input type="text" value="69,23%"/>	<input type="text" value="46,15%"/>		

Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

Variables	Esc	Psicm	Soc	Nut	Dep	Prome dio Edad	Sexo predo min.	
Cumplen con 4 Variables	6	3	5	5	5	70,5	Hombr	
	6 Individuos						15,79%	Del Total
Resumir por 'Variables' = 4 (6 registros de detalle)								
Suma	6	3	5	5	5	70,5	Hombr	
Promedio						70,5	Hombr	
Porcentaje sobre el total	28,57%	25,00%	20,83%	17,24%	23,81%			
Porcentaje sobre el grupo	100,00%	50,00%	83,33%	83,33%	83,33%			
Cumplen con 5 Variables	3	3	3	3	3	73,333	Hombr	
	3 Individuos						7,89%	Del Total
Resumir por 'Variables' = 5 (3 registros de detalle)								
Suma	3	3	3	3	3	73,333	Hombr	
Promedio						73,333	Hombr	
Porcentaje sobre el total	14,29%	25,00%	12,50%	10,34%	14,29%			
Porcentaje sobre el grupo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%			
Suma total	21	12	24	29	21			

Un 15,79% presentan la coincidencia de 4 factores, fallando en Psicm (≥ 13 horas inactivos), edad =70,5 años.

Con un 34,21% (edad =70,1), los sujetos cumplen con la Nut, Soc y Esc (Índice de Escolaridad -IE) fallan en Dep (optimismo).

La coincidencia más alta -un 36,84%, edad =75,21- se da en las variables optimismo y nutrición.

La Nutrición se muestra como el criterio que aparece como único, y se da en un sujeto de 70 años.

Con ninguna coincidencia se presenta un sujeto de 78 años, que no cumple ningún criterio.

Comparamos estos resultados con el grupo de la Sierra Sur -SS-, México -Tabla VI.-

Tabla VI: Coincidencia de VS neurosaludables entre estado bienestar y marginalidad

Del análisis de la comparación de las coincidencias, observamos que cuando concurren los 5 factores, la población más desarrollada tiene mayor edad. Para 4 coincidencias en el grupo estimulado falla la actividad física y la escolaridad en la marginalidad y reagrupándose el mayor porcentaje de sujetos en esta concurrencia. Cabe reseñar en este punto la baja actividad física de la población más desarrollada. Concuerdan ambas muestras cuando coinciden 3 VS - Nut, Opt, Soc- aunque con una diferencia porcentual de 5,69 p.p en edad, mayor para la población marginal pero con menor porcentaje de sujetos 34,21vs 9,64, lo que se atribuye a la alta mortandad a partir de los 75 años en la población de la Sierra Sur, siendo los supervivientes los que tienen mayor status socioeconómico.

En el presente estudio con dos factores coinciden el optimismo y la nutrición y es el estado nutricional el que falla en la SS que para este rango de coincidencias mantienen la sociabilidad y el optimismo, fallando la



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

socialización en la sociedad de mayor desarrollo. Esta coincidencia es la que reagrupa a un mayor número de sujetos en España y la segunda en México. Cómo era de esperar la nutrición es el factor que se mantiene en una sociedad desarrollada y en la sociedad en vías de desarrollo es la sociabilidad.

Discusión

Quisimos aproximarnos al estado cognitivo del AM que acude a actividades de estimulación de una población semirural desarrollada. La importancia del estudio estriba en conocer el perfil cognitivo de sujetos estimulados física/cognitiva y/o con manualidades, que acuden por recomendación sociosanitaria a centros específicos para AM y conocer si esta atención está siendo integral como es lo recomendable según la argumentación teórica, si recoge todos los casos y su distribución en los talleres es la correcta, así también, conocer si nivel de prevención que la comunidad implementa en estos usuarios está siendo la adecuada para los sujetos. Para ello, examinamos aleatoriamente 38 sujetos de ≥ 60 años (Edad promedio 71,46, DE=8,14) con las necesidades biopsicosociales básicas cubiertas.

Destacamos, con respecto al estado biomédico, que a pesar de la influencia de las enfermedades endocrinas en la salud cerebral, un 29% de sujetos no realizaron pruebas tiroideas y del 14% esperado de diabéticos acuden un 8%. Así mismo, destaca la ignorancia en la sexualidad del AM dado que el 100% de los varones, de los cuáles un 33% tiene causas médicas justificables, consideraban que no tenían relaciones por reacciones físicas propias de la edad y sin conocer alternativas. De estos resultados se desprende la necesidad de la captación de sujetos diabéticos, la información de la necesidad de realizar pruebas tiroideas a toda la población AM y la implementación de talleres de sexualidad para este grupo etario.

Encontramos un IE medio/alto en el 55% y no se dan analfabetos. Estudios encuentran que el comportamiento de la prevalencia en DCL es significativamente mayor en sujetos con menor IE -superior entre los analfabetos, disminuye entre aquellos que cursaron estudios primarios y reduciéndose en sujetos con estudios superiores y practican diariamente la lectura (Miramontes y Mora, 2015). Según Katzman (1993), esto se debe a que la reserva neuronal es mayor en individuos instruidos por la creación de más sinapsis corticales que parapetan frente al deterioro causado por pérdida neuronal.

Aunque para Demencia, la organicidad y factores ambientales resitúan al IE como un factor secundario.

Para el DCL obtuvimos un 39.47% -edad =66,26-, sin diferencia significativa entre sexos, el total de sujetos con IE alto (14,29%) acuden al taller de memoria. Un 20% con DCL y IE medio/bajo no acude, por lo que a mayor formación, mayor conciencia de dificultades cognitivas. La prevalencia del DCL encontrada en centros residenciales para la tercera edad oscila entre el 38,7%-44%. De todos los participantes en este estudio a tres sujetos (todos diagnosticados con demencia) les ha sido realizado un screening cognitivo previamente De lo que inferimos una carencia a nivel preventivo por parte de las unidades asistenciales al AM. Estudios encuentran que el 44% de pacientes con DCL diagnosticados tempranamente revierten el proceso al año, a su vez, un 12% por año progresan a demencia frente al 1-2% de los controles, al cabo de 6 años el porcentaje aumenta a un 80% (Gangulli y otros, 2004).

Las manifestaciones del DCL no son similares (Miramontes y Mora, 2015) y consideramos que dependiendo de la población objeto de estudio sus manifestaciones diferirán. En este estudio el DCL se manifiesta con mayor prevalencia -60.40%- cuando se produce la afectación de múltiples dominios DCL-a-mult-13.33% -33,77% del total- con el 100% de sujetos con estudios medio/superiores y DCL-noam-mult-10,51% -26.62% del total- con el 100% de IE medio-bajo. El 90,7% de ambos subdominios van al taller de memoria. Los resultados nos arrojan que, por un lado, pasan desapercibidos para los agentes comunitarios los sujetos con un solo dominio afectado ya que en la población general con DCL son los más prevalentes. Por otro, con respecto al IE en el DCL-a-mult todos los sujetos tienen un nivel medio/superior; los estudios argumentan que los sujetos con mayor instrucción “desarrollan un deterioro de tipo menos homogéneo” con afectación de varios dominios cognitivos. El estudio de DeBusse y otros (2006) para la población general de una sociedad de bienestar, con IE superior y media de edad (81,5), encuentra más prevalente al DLC-noam-mon, como era lo esperado, seguido por el subdominio DLC-a-mult pero el DLC-noam-mult aparece como el menos prevalente; Otros estudios han encontrado que la baja escolaridad desarrolla un deterioro de varios dominios cognitivos diferentes a la memoria, Miramontes y Mora (2015), en este estudio hallaron en una población general de AM perteneciente a la marginalidad y con un IE bajo, que tras el DLC-noam-mon, esperado, al DLC-noam-mult como el segundo más prevalente. Este subdominio,



Estudio descriptivo estado cognitivo en usuarios de un centro de actividades dirigidas a la estimulación física y cognitiva

además, es el que menos evoluciona a demencia, más influida por la organicidad, Por lo analizado, se infiere que un mayor nivel de formación previene la afectación de diferentes dominios cognitivos diferentes a la memoria.

Existen 5 áreas clave en el cuidado del cerebro, además del sueño, según Bilbao (2012). A lo largo de la vida, todas ellas suman para mejorar el estado cognitivo y calidad de vida. Estas 5 áreas clave son: Nutrición Neurosaludable, ejercicio físico, estimulación intelectual, socialización y manejo adecuado de las emociones. Con impacto tanto en el estado emocional como en el rendimiento intelectual como para la prevención del DCL por su condición de neurosaludables y de protectoras del óptimo estado cognitivo.

Del análisis de la coincidencia de estos factores en los sujetos de nuestra muestra son nutrición y optimismo, con un 36,84%, los factores que se presentan con una mayor prevalencia con una edad promedio de 75,21 (3,75 p.p. por encima de la media de edad muestral), si le añadimos la socialización y con una edad media de 70,07, se encuentra la coincidencia de tres factores en el 34,21% como segunda coincidencia más prevalente. Destacamos, en la coincidencia de cuatro factores, que falta la actividad física (un 28,94% de los sujetos están ≥ 13 horas en total inactividad, edad media 70,5 y predominio masculino, como era lo esperado dado que la mujer sigue siendo la encargada de las tareas domésticas tras la jubilación. Un 7,89% (edad media 73,33) cumple con todos los requisitos para preservar un estado cognitivo óptimo.

Del análisis comparativo con una población marginal en SS de México encontramos que si en nuestra población el mayor número de coincidencias se da en nutrición y optimismo (36,84%, edad media 75,21 años), en la SS de México la prevalencia más alta está en la concurrencia en cuatro variables (66,83%, edad media de 70,24 años), cuando en nuestra población coinciden cuatro variables la edad es similar a la de la SS (70,5) (Miramontes y Mora, 2015). Por otro lado, la distribución de edades y las prevalencias en las concurrencias en Godella son más homogéneas que en la SS. Coinciden ambas poblaciones cuando se combinan los tres factores neurosaludables nutrición, sociabilidad y optimismo, aunque con promedio de edad significativamente diferente con 24,57 p.p ($\sigma=2,84$) de diferencia, siendo la tercera más prevalente para la SS y la segunda para Godella y con una edad más elevada en la SS en una muestra hecha en la población general y marginal, esta es la edad media

de mortandad para esta región, por lo que se infiere que los sobrevivientes a esta edad tienen un status socioeconómico más elevado (Miramontes y Mora, 2015). Cuando ocurren cuatro coincidencias destaca la ausencia de actividad física en la población con mejor calidad de vida y cuidados en salud, oportunidades medioambientales y socioculturales para realizar actividades de interrelación social y actividad física con respecto a la población de escasos recursos, donde como era lo esperado fallan en escolaridad. Lo que nos está indicando que a mayor calidad de vida, comodidades que la sociedad de bienestar proporciona, la propia acomodación lleva a la inactividad; por otro lado, los AM de la SS no acceden a la jubilación a los 65 años como en nuestra población.

De ello, se deriva que la acción comunitaria ha de encaminarse a motivar a la actividad física del AM, integrándolos en las actividades que los servicios sociales tienen como excursiones, visitas guiadas, marchas, etc. Teniendo en cuenta que además la socialización se encuentra en todos los sujetos de la SS y en Godella aparece hasta la coincidencia de tres factores y que este factor correlaciona con la depresión, el uso de la atención en salud mental y vivir solo. Estudios constatan un aislamiento de vida de relación de los mayores, por la proporción de personas que viven solas es tres veces superior a la que había en 1962, debido, en parte, a la disminución de las cohabitaciones generacionales en la sociedad occidental.

Concluimos este análisis descriptivo de las características del AM que acuden a centros de estimulación en una sociedad del bienestar que cuando aparece el DCL la media de edad es inferior al DCL en la población general, como era lo esperado por ser una muestra donde se han observado dificultades cognitivas por lo que acuden a estos centros, la forma en que se presenta el DCL es de predominio DCL-amult, que a su vez es el más evidente por tener más síntomas observables, este subdominio es el segundo en prevalencia de la población general en una sociedad de bienestar y con una edad media mayor, ocupando el tercer lugar en las sociedades marginales, seguramente por la mortandad más temprana. Sin embargo el DCL con un dominio afectado es el menos prevalente en sujetos que acuden a centros de mayores, por lo que no están siendo debidamente captados. En la marginalidad se desencadena un DCL multidominio no amnésico, más relacionado con el IE y menos con la organicidad el segundo en prevalencia en nuestro estudio y donde recaen así mismo los sujetos con menor IE.

Se destaca en nuestra población la falta de actividad



Minia María Miramontes Fandiño, Iria Mañas

física a lo que se le unen las carencias en la socialización, factores como la jubilación, la comodidad del hogar, vivir solo y la no cohabitación intergeneracional, junto a la falta de la aplicación de políticas de psicología ambiental por la falta de actuación desde los servicios comunitarios están influyendo en estos dos factores. De los datos obtenidos observamos carencias por parte de los agentes sociosanitarios en la puesta en marcha de estrategias bio-psico-sociales para la promoción, prevención e intervención en la salud cerebral del AM de nuestra población.

Bibliografía

1. Miramontes MM, Mora RM. Estudio descriptivo del Estado Cognitivo en Adultos Mayores en condiciones de marginalidad: Influencia del contexto biopsicosocial en la manifestación del Deterioro Cognitivo Leve. *Psicologia.com* [Internet]. 2015 [citado 07 Ago 2015];19:10. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1685/>
2. Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E. y Kuchel, G.A. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics*. 2007; 124(16).
3. Fustinoni, O. Deterioro Cognitivo y Demencia. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2002; 1(1):39-44.
4. Bilbao, A. Como preservar la salud del cerebro. Me falla la memoria. RBA editores. España. 2012; pp. 136-137.
5. Pactem-nord. Territorio y políticas sociales. Departamento de economía aplicada. Universidad de Valencia. 2005. Consultado el 27/11/2015. <http://pactemnord.consorti.info/descargas/socioeconomico.pdf>.
6. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JC, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standard Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001; 56: 1133-42.
7. Petersen RC, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, Smith GE, et al. Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later. *Arch Neurol*. 2009 dic; 66(12):1447-55.
8. Sociedad española de Neurología. Criterios NIA-AA. Disponible en <http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0431.asp>. Consultado el 10 de febrero de 2014).
9. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *RevEspGeriatrGerontol*, 2008;43:271-83.
10. Fontana C. Concordancia entre los índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enfermería Clínica*, 2002; 12: 47-53.
11. Álvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Prim* 1992, 10: 812-815.
12. Martínez, J., et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS). *Medifam*. 2002 ; v.12 n.10 Madrid dic.
13. Blesa R, Pujol M, Aguila M, et al. Clinical validity of the "Mini-Mental State" for Spanish-speaking communities. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. *Tests neuropsicológicos*. Barcelona: Masson; 2004. p. 31-5.
14. Freeman, M, Leach, L, Kaplan, E, Winocur, G, Shulman, KI y Delis, DC: Clock drawing. A neuropsychological analysis. Nueva York: Oxford University Press 1994.
15. Rami, L., Molinuevo, J.L., Sanchez-Valle, R., Bosch, B., & Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 294-304.
16. Leiva A, Palacios L, Sánchez JL, Forjan E, León JC. Deterioro cognitivo y dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en una residencia de ancianos; una aproximación a la fuente de dificultad. Resumen de Comunicaciones. IV Congreso ASANEC. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3 (7). [Consultado 12/12/2007]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php>.
17. Katzman R. Education and The prevalence of Dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*. 1993; 43:13-20.
18. Damián J, Valderrama E, Rodríguez F, Martín JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores de Madrid. *Gac Sanitaria* 2004; 18 (4): 268-74.
19. Molinero J.L. Deterioro Cognitivo leve. Ed. Glosa. 2007; pag 37.
20. Busse A, Hensel A, Gühne U, Angermeyer MC, S.G. Riedel-Heller, MD, MPH, PhD. Mild cognitive impairment. Long-term course of four clinical subtypes. *Neurology* (67 2185). 2006; p.p 2176-84.
21. Gangulli M.; Dodge H.H.; Shen C.; DeKosky S.T. Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study. *Neurology* 2004;63: 401-408.