

**UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
DR. JOSÉ ASSEF YARA**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE MASTER EN
CIENCIAS EN LONGEVIDAD SATISFACTORIA**

**TITULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA APLICADA A ADULTOS
MAYORES PARA CONTROLAR EL DETERIORO COGNITIVO
EN UN ÁREA DE CIEGO DE ÁVILA.**

**AUTOR: LIC. LEONIDES LUIS GONZÁLEZ.
TUTORA: MSC. ANA ISIS OCAÑA LEAL.**

2010

DENSAMIENTO

Oh, cabellera cana, vida tan cierta por ser el punto y cabo de esta vida, imagen de lo perpetuo y de lo eterno que vas hacia lo que es llamado muerte vertiendo dones que fortalezcan al que aun tiene este pesado y necesario trabajo de vivir! ¡Oh, hombres ancianos, regocijo del espíritu, gusto de los ojos, orgullo para los que nacemos, y gala y lustre rica de las copiosas remembranzas de la patria!

José Martí

(o.c. t.6, Pág. 305, párr.4, lín. 1)

AGRADECIMIENTO:

A mi esposa por su paciencia y apoyo en todo el desarrollo de esta investigación.

Al Msc. Ana Isis Ocaña Leal, por darme los primeros impulsos para la investigación.

A todos mis compañeros que me impulsaron a ser realidad mis sueños en este intensivo año.

DEDICATORIA

A MI MADRE: Por darme la vida y la capacidad de luchar, por estar a mi lado y no abandonarme cuando sentí la necesidad de un consejo.

INDICE	Pág.
AGRDECIMIENTO	-
DEDICATORIA	-
RESUMEN	-
INDICE	-
INTRODUCCION	1
1.1 ANTECEDENTES	1
1.2 JUSTIFICACIÒN	5
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÒN	6
1.4 OBJETIVOS	7
1.5 HIPÒTESIS	8
1.6 APORTE	8
1.7 NOVEDAD	8
1.8 FUNDAMENTO METODOLÒGICO	8
1. CAPITULO I MARCO TEÒRICO	9
2. 2 CAPITULO II MÈTODO	16
2.3 CAPITULO III DISCUSIÒN	19
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	26
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	-
ANEXOS	-

A MI ESPOSA: Por darme lo máspreciado que tengo en la vida, mi hija y por apoyarme para que continué adelante.

A todas y todos aquellos que de una forma u otra me ayudaron para que yo pudiera realizar este trabajo.

RESUMEN

Las estrategias educativas para controlar el deterioro cognitivo han logrado la identificación y tratamiento precoz de personas que evolucionan hacia la pérdida de funciones intelectuales y afectivas. Con el objetivo de identificar trastornos cognoscitivos en adultos mayores de la circunscripción 1 del Policlínico Belkys Sotomayor de Ciego de Ávila, se creó un modelo de intervención para ser aplicado posteriormente en la población de más de sesenta años del área referida, para someterlos posteriormente a un régimen de rehabilitación basado en la incorporación a actividades que mejoren sus intercambios interpersonales y sociales, para evitar complicaciones. A partir de un diseño observacional de 180 sujetos que constituyeron la población, se obtuvo una muestra por caída maestra de 100 personas, a quienes se les aplicó el instrumento diagnóstico internacional Folstein and Folstein, utilizado por primera vez en Ciego de Ávila en una investigación previa, para discriminar los individuos con deterioro, quienes resultaron 25. Se demostró que el deterioro aumentaba con el progreso de la edad y la falta de estimulación por los familiares. Se proponen medidas que mejoran la incorporación a la red social

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes.

El aumento de la expectativa de vida ha promovido el bienestar en la familia debido a la presencia de personas que cuentan con más de sesenta años en el hogar, y que son importantes en el desenvolvimiento de la familia (1,2).

El envejecimiento trae consigo la aparición de situaciones propias de la edad avanzada, los trastornos de memoria que se observan en estas edades muchas veces se confunden con las demencias, y el deterioro cognitivo suele aparecer en algunos gerontes debido a la presencia de trastornos cerebrales que comprometen la circulación sanguínea. dentro de las cuales se encuentra el sufrimiento de las células del sistema nervioso con el respectivo menoscabo de las funciones de integración, por ejemplo la memoria (3-8).

Es necesario distinguir el deterioro cognitivo (DC) de la pérdida de habilidades cognoscitivas y de orientación inherentes a la mayoría de edad, como parte del envejecimiento normal, identificado en la literatura como deterioro benigno senil (9-14).

En la actualidad existen varias teorías que tratan de explicar la presencia de DC en personas mayores, se ha otorgado la cultura un rol esencial en la conservación de la inteligencia del ser humano y de la preservación de la cognición más allá de los sesenta años (15-19).

la reserva cultural es algo esencial para la salud del ser humano, y específicamente para las funciones psíquicas, instrucciones recibidas, habilidades educativas, capacidad para la lectura y escritura, interpretación del arte). El uso de estas facultades ayudan a mantener las funciones cerebrales, estimulan la creatividad, y sobre todo contribuyen a impedir la pérdida de posibilidades para la comprensión del entorno circundante (20-25).

Después de jubilarse, muchas personas son sometidas un nuevo régimen en el hogar que se aleja de las actividades que previamente han desarrollado en detrimento de sus funciones intelectuales, debido a esto se sugiere en los actuales programas de prevención de las demencias, que se estimule a los adultos mayores a trabajar, siempre que sea posible, independientemente de la edad , o si por alguna causa no pudieran desempeñar estas tareas, al menos brindarles la posibilidad de que se mantengan activos en el hogar con el desempeño de alguna actividad específica, que aporte a los convivientes algún beneficio y alimente su autoestima (26-29).

La OMS orienta y recomienda medidas específicas para la atención del anciano en la comunidad (30).

En distintos países del mundo se estudian las características de la población senescente y las medidas principales para lograr una longevidad satisfactoria, muchas teorías logran explicar las causas de la prolongación de la vida, dentro de las más destacadas se encuentran los postulados que se refieren a la herencia, también se invoca la alimentación sana, con suficientes aportes de

vegetales y otros anti oxidantes , así como una vida tranquila, sin estrés, el empleo del optimismo y el buen humor, considerados fuentes de la calidad de vida (31-34).

En la mayoría de los países existen programas de salud que centran su atención en los sujetos de edad adulta, sobre todo después de los setenta años.

Ocaña A y col. lograron diagnosticar personas de edad avanzada que presentaban alteraciones cognoscitivas, quienes se beneficiaron de tratamiento de rehabilitación comunitaria y además se conocieron las personas que debutaban con distintos tipos de demencia, tributarias de atención especializada por los equipos transdisciplinarios (35).

En Ciego de Ávila se aplican acciones de salud para prevenir el DC, los especialistas se han entrenado en la atención a los gerontes, para brindarles todas las posibilidades de ampliar sus actividades, debido que en la mayoría de los casos, estas personas se encuentran alejadas de las tareas sociales (trabajo, estudio), en este sentido se ha creado la Cátedra del Adulto Mayor, una escuela que permite el aprendizaje de habilidades nuevas para las personas, todo lo cual se traduce en la percepción de sentirse útil y el consiguiente estímulo de la autoestima (36).

Los medios de comunicación han logrado divulgar medidas que favorecen la atención de los gerentes, esto ha sido muy efectivo en la provincia de Ciego de Ávila.

Lo primero es distinguir en aquellos síntomas que constituyen elementos importantes en la identificación del deterioro, este es el caso de la memoria , que es la primera función en deteriorarse con el decursar del tiempo, se considera el primer elemento que debe medirse para el diagnóstico de deterioro, para estos fines se han creado distintos tipos de instrumentos, han sido ampliamente utilizados en el mundo técnicas como el Wais, que si bien pueden identificar trastornos en la evocación de acontecimientos vividos, presentan limitaciones producidas por la brevedad de la prueba y sus resultados inconclusos (37).

Por las razones antes expuestas, se propone el uso del instrumento Folstein and Folstein (F F), creado por expertos de Asociación Psiquiátrica Americana, que permiten conocer precozmente el grado de deterioro que puede presentar una persona, diseñar a la medida las técnicas que pueden ayudarle a detener la evolución de la entidad y por consiguiente disminuir el riesgo de progresar hacia la demencia.

Las medidas de rehabilitación han demostrado efectividad en la estimulación de habilidades perdidas por los sujetos con deterioro cognitivo, el uso de laborterapia, en función de la creación de oportunidades junto a los usuarios del servicio de salud han sido procedimientos valiosos. En los mencionados programas se admiten a las personas mayores en centros asistenciales de atención diurna, reciben los cuidados médicos necesarios, al propio tiempo se les enseñan habilidades nuevas, que les permite la inserción social, pues aprenden aspectos propios de la convivencia en la familia y en la comunidad, se benefician del efecto positivo del trabajo y se recrean mediante la

participación en actividades artísticas que fomentan la espiritualidad humana (38).

1.2. Justificación.

No existen hábitos entre los médicos para identificar el deterioro cognitivo, por lo que estos adultos mayores suelen ser inadvertidos y por lo tanto no pueden beneficiarse de las estrategias que promueven la conservación del intelecto. En esta investigación se logra conocer las personas que presentan estos problemas y se les envía a tratamiento rehabilitatorio.

1.3. Problema de Investigación.

La identificación del deterioro cognitivo y la preservación de la salud en esta población de adultos mayores de un área de Ciego de Ávila

El objeto de estudio es el proceso educativo.

1.4 OBJETIVO GENERAL

Administrar una estrategia para identificar deterioro cognitivo en adultos mayores para enviar a los afectados a regímenes de rehabilitación.

ESPECIFICOS

- 1.-Reconocer las personas con deterioro cognitivo.
2. Aplicar el instrumento para determinar el deterioro.
- 3.-Describir las características sociodemográficas y socioculturales de estas personas en deterioro.
4. Proponer un modelo de intervención para la atención de las personas con deterioro.

1.5. Hipótesis. Al aplicar el instrumento diagnóstico, se podrán identificar los adultos mayores que presenten deterioro cognitivo en el área estudiada del municipio de Ciego de Ávila.

1.6. Aportes

Muestra la forma de identificar el deterioro en población de más de setenta años.

1.7. Novedad.

Es una investigación que centra sus objetivos en la atención al geronte y su grado de deterioro que es medido según una escala predeterminada.

1.8. Fundamento metodológico.

Es un estudio observacional, se emplearon métodos del nivel empírico.

La estrategia toma en cuenta el instrumento diagnóstico Folstein- Folstein (F F) (15), aplicado a una población de adultos mayores del área Belkis Sotomayor.

.1. CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Para diagnosticar demencia se debe de evidenciar en el paciente déficit cognitivo en dos o más áreas, tales como memoria, lenguaje, cálculo, orientación y juicio. Además, el déficit ha de ser lo suficientemente importante como para originar incapacidad social o laboral (39).

Se recomienda el uso de test neuropsicológicos e instrumentos de cribado, como el MMSE (Mini Mental State Examination) de Folstein, para detectar y

seguir la evolución del deterioro cognitivo. Es cierto que la interpretación de sus resultados depende de factores como la edad y el nivel educativo, pero en general, los pacientes que presentan déficit cognitivo en dos ó más áreas suelen obtener una puntuación baja (37).

Los pacientes con un profundo déficit de memoria pero sin otra dificultad cognitiva, así como los pacientes con pequeños déficit en varias áreas del conocimiento, pero sin deterioro funcional doméstico ni laboral, no reúnen criterios para poder ser diagnosticados de demencia.

El Deterioro Cognitivo Leve constituye un estado transicional entre el envejecimiento normal y la demencia leve (37).

El Deterioro Cognitivo Leve en el que sólo está presente el trastorno de la memoria ha sido denominado Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnésico, ya que se define mediante la enfatización del deterioro de la memoria aislado.

Estos pacientes suelen obtener en el MMSE entre 24 y 28 puntos, pero a menudo lo hacen peor en el apartado relativo a la memoria, tanto en esta prueba como en otras de carácter cognoscitivo. Cuando se lleva a cabo un seguimiento evolutivo longitudinal de estos pacientes, encontramos que aproximadamente 15% de ellos atraviesa cada año la barrera que supone ya el paso a la demencia, generalmente del tipo Alzheimer (37).

El DC puede ser múltiple cuando afecta a varias áreas del conocimiento (40). el lenguaje o la función ejecutiva, pueden estar afectados, de manera también aislada.

Las personas con un envejecimiento normal también pueden tener algún déficit leve (por ejemplo, su velocidad de proceso mental y su memoria para los nombres declinan con la edad). Sin embargo, el seguimiento longitudinal de estos sujetos muestra escasos cambios con el paso del tiempo y, además, estos cambios no llegan a suponer materialmente deterioro funcional (41-43).

Los intentos de caracterizar los cambios cognitivos asociados al envejecimiento normal han generado expresiones como Olvido Senil Benigno, Deterioro de la Memoria Asociado a la Edad o Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad. Estos términos quieren reflejar generalmente los extremos del envejecimiento normal, más que describir a un precursor del envejecimiento patológico. Sin embargo, mientras que algunas investigaciones sobre estos conceptos demuestran ritmos de conversión a demencia idénticos a los de los sujetos sanos, otras han hallado un ritmo de conversión mayor (40-43).

Un envejecimiento satisfactorio supone un estado de salud con características positivas, identificables a través de un espectro de medidas de salud. Va más allá de las definiciones funcionales y cognitivas, se debe tomar en consideración el bienestar psicológico subjetivo del individuo (40-43).

Pautas para identificar DC (44):

- Pérdida de memoria, referida por el paciente o por un informador fiable.
- Facultad de memoria inferior en 1.5 SD (desviaciones estándar) o más por debajo de la media para su edad.
- Cognición general normal.

- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

Sin embargo, el Deterioro Cognitivo Leve es una entidad clínica heterogénea nutrida de múltiples fuentes: factores etiológicos (varios tipos de lesiones degenerativas, factores de riesgo vascular, características psiquiátricas, asociación entre estados patológicos), síntomas clínicos, y un curso clínico con sujetos que empeoran y sujetos que no empeoran, con presencia en estos últimos de un deterioro cognitivo estable o incluso reversible (40).

Por otra parte, los estudios existentes hacen posible subrayar las limitaciones de los criterios vigentes, que no permiten definir una población homogénea, tanto en términos de subtipo de Deterioro Cognitivo Leve como de su modo de progresión.

El grupo de trabajo para el estudio de la enfermedad de Alzheimer, en Europa, sobre Deterioro Cognitivo Leve realizó en marzo de 2006 una revisión crítica del concepto y propone un procedimiento nuevo de diagnóstico con tres pasos diferenciados (45).

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) debería corresponderse con lo siguiente:

. Quejas cognoscitivas procedentes del paciente o su familia.

1. El sujeto o el informante refieren un declive en el funcionamiento cognoscitivo en relación con las capacidades previas durante los últimos 12 meses.
-

2. Trastornos cognoscitivos evidenciados mediante evaluación clínica:

deterioro de la memoria u otro dominio cognoscitivo.

3. El deterioro cognoscitivo no tiene repercusiones principales en la vida diaria, aunque el sujeto puede referir dificultades concernientes a actividades complejas del día a día. Ausencia de demencia.

Aplicación de escalas. Son varias las escalas útiles para poder hacer un seguimiento evolutivo que se establece entre el envejecimiento normal y los diversos estadios de demencia, pasando por el Deterioro Cognitivo Leve. Por ejemplo, Demencia de Hughes. Esta escala permite evaluar esa evolución desde el sujeto normal y la demencia cuestionable hasta la demencia leve , moderada y severa o grave. En esta escala, algunos investigadores interpretan que el Deterioro Cognitivo Leve se correspondería con la enfermedad de Alzheimer incipiente (39).

La forma amnésica del Deterioro Cognitivo Leve no tiene por qué encajar de manera precisa en los estadios de las escalas citadas, esto justifica una terminología aparte.

Exploraciones complementarias

Las pruebas de imagen pueden ayudarnos tanto al diagnóstico diferencial del Deterioro Cognitivo Leve como a la monitorización de los cambios que pueden tener lugar en el paciente. Las pruebas de imagen estructural muestran habitualmente atrofia de hipocampos en el Deterioro Cognitivo Leve amnésico

en comparación con controles normales, y además esa atrofia hipocámpica puede servir como predictor de la conversión de Deterioro Cognitivo Leve a demencia, esto se correlaciona incluso con evidencia de atrofia y de pérdida neuronal en la necropsia.

También la imagen funcional puede ayudar en la detección de sujetos con Deterioro Cognitivo Leve. En estudios con PET (tomografía de emisión de positrones) se han demostrado déficit metabólicos tempranos temporoparietales en individuos con riesgo de enfermedad de Alzheimer familiar, riesgo evaluado a partir de la historia familiar y de la presencia del genotipo APOE- ϵ 4 (Apolipoproteína E- ϵ 4) en los sujetos, así como reducción del metabolismo en el córtex cingulado. En general, las pruebas de imagen demuestran que el Deterioro Cognitivo Leve (especialmente en su forma amnésica) comparte características con la enfermedad de Alzheimer (46-50).

No existen datos definitivos en el uso de marcadores biológicos para el diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve. Algunos laboratorios han comprobado la existencia de niveles de proteína τ elevados y de niveles de β -Amiloide (42) significativamente bajos en el LCR (líquido cefalorraquídeo) en la enfermedad de Alzheimer, y varios estudios longitudinales han comprobado que casi todos los sujetos con Deterioro Cognitivo Leve que evolucionan hacia una enfermedad de Alzheimer tienen niveles altos de τ en el LCR, mientras que en el Deterioro Cognitivo Leve no progresivo esos niveles de τ se mantienen bajos. Esto indica que la determinación de τ en el LCR podría ser usado de manera eficaz en la identificación de sujetos con enfermedad de

Alzheimer incipiente entre pacientes clínicamente diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve (50).

No existe evidencia de que el Deterioro Cognitivo Leve, una vez diagnosticado, pueda ser tratado con éxito. La mayoría de los ensayos sobre Deterioro Cognitivo Leve se centran, en cuanto a sus criterios de inclusión, en pacientes con la forma amnésica y que no reúnen criterios diagnósticos de enfermedad de Alzheimer (49,50).

En tales ensayos se utilizan pruebas sensibles para la memoria diferida (verbal y visual) y escalas clínicas para comprobar los posibles efectos beneficiosos del tratamiento en ellos estudiado, así como mediciones del posible retraso en la progresión clínica del proceso, como por ejemplo la aparición de una segunda área cognitiva afectada o la conversión a enfermedad de Alzheimer (50).

Se ha considerado el uso de múltiples alternativas terapéuticas, entre ellas los inhibidores de la colinesterasa, hormonas (estrógenos especialmente), inhibidores de la COX-2 (ciclooxigenasa-2), antioxidantes como la vitamina E y el Ginkgo Biloba, pero los resultados siguen siendo contradictorios o insuficientes. Un estudio reciente de Petersen et al (et altere), publicado en la revista The New England Journal of Medicine, demuestra que la vitamina E (administrada a la dosis de 2000 unidades internacionales -UI- por día) no tiene sobre el deterioro cognitivo leve de tipo amnésico ningún efecto diferente al de la administración de placebo, y que la administración de donepecilo (a la

dosis de 10 mg al día) tiene efectos discretísimos y transitorios. Ninguno de estos tratamientos puede ser considerado aún como eficaz (51).

2.2. CAPÍTULO II. MÉTODO

El trabajo realizado fue observacional para determinar deterioro precoz en gerontes de la circunscripción 1 del policlínico Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila. El universo fue 180 adultos mayores inscritos en las fichas familiares, y la muestra: de 100 unidades, se obtuvo después de una caída muestral que no pudieron participar por diferentes causas, entre las cuales se encontraban la falta de disposición para responder a las preguntas. Se aplicó el Folstein and Folstein, un instrumento empleado por la Asociación Psiquiátrica Americana, traducido al español por expertos de la OMS, y administrado en La Habana y Camagüey, en estudios precedentes (37). Después de aplicado el instrumento, se diagnosticaron las personas con deterioro cognitivo, quienes conformaron el grupo de estudio.

Grupo de edades	Grupo de Estudio (GE)	%
60-69	2	8%
70-79	7	28%
80 o más	16	64%
Total	25	100%

(Porcinitos calculados en base a 25, total de cada grupo)

Sexos	Masculino	%	Femenino	%
G E	7	28	18	72

Variables evaluadas

- Grupo de edades (de 60 a 69, de 70 a 79 y de 80 o más)
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad (primaria, secundaria, preuniversitaria y universitaria).

- Ocupación: trabajador, jubilado, ama de casa
- convivencia (solos sin apoyo familiar, asistidos en hogares de ancianos, o acompañados)
- Motivaciones, se tomó en cuenta la participación en el trabajo, paseos, visitas al teatro u otras opciones culturales y recreativas.

Se utilizó el paquete de programas para las ciencias sociales SPSS en un ambiente de Windows 2005, las pruebas estadísticas empleadas fueron los porcentajes para conocer la frecuencia de aparición de las distintas variables del estudio.

Instrumento Folstein and Folstein

Este instrumento consta de varios acápites, que son argumentados por las respuestas otorgadas por los entrevistados, clasifica a las personas como portadoras de inteligencia normal, si obtienen más de 24 puntos en la prueba, por debajo de esa calificación son clasificados en deterioro cognitivo (37). Las preguntas indagan sobre el estado de la memoria reciente mediante el ejercicio de reproducción de tres objetos a recordar después de 10 minutos de haberlos mencionado, también evalúa el movimiento corporal, si existe coordinación motora al indicar al sujeto plegar una hoja de papel y depositarla en una superficie situada en un nivel inferior. Se toma en cuenta si el entrevistado reconoce la fecha y el lugar donde se encuentra, si olvida el nombre de objetos de uso diario, el estado de la inteligencia para interpretar instrucciones, el desempeño en la comunicación, la emisión de las palabras.

Estos datos pueden ser aportados por familiares cuidadores que aporten información eficiente acerca del sujeto con DC.

Bioética

Se procedió a aplicar el consentimiento *informado* (*anexo1, tanto a los participantes como a sus familiares*)

--Criterios de inclusión: gerontes en disposición para participar de la investigación

_ Criterios de exclusión: personas que no estuvieran de acuerdo a integrarse en el estudio.

2.3. CAPÍTULO III. DISCUSIÓN

Una vez que el equipo de investigación administró el instrumento, 25 participantes fueron identificados con deterioro cognitivo (25% de la muestra). Fue más común entre los que sobrepasaron los ochenta años (64%), seguido del grupo de edades de 70 a 79, con una frecuencia de siete (28%). Las manifestaciones arteriopáticas que suceden en estas edades (51-53).

El deterioro fue mas frecuente en las mujeres, como puede observarse en la tabla estadística.

Según criterios de autores norteamericanos (51), las mujeres tienen mayor predisposición para presentar deterioro que los hombres, en este sentido invocan causas relacionadas con os cambios propios del climaterio.

Tabla 1. Distribución según escolaridad

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

(Porcinitos calculados en base a 25) HASTA AQUÍ111

El nivel de escolaridad que predominó fue la primaria, las personas con escolaridad pre universitaria y superior constituyeron una minoría representada por 12% distribuidas equitativamente en los dos grupos (tabla 1). Según estudios de algunos expertos, la escolaridad no está directamente relacionada con el deterioro (52), aunque otros autores plantean que la instrucción recibida en la escuela puede ser un factor que disminuya el riesgo de presentar DC. (53).

Tabla 2. Ocupación entre el GE

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

Los desocupados estuvieron más representados entre las personas con deterioro (tabla 2), 18 sujetos (72%) no tenían vínculos laborales previos y cinco estaban jubilados (20%),

Ocaña y col en Camagüey plantearon que la mayoría de las personas que se deterioran no tienen vínculos laborales o no están vinculados con ninguna actividad productiva, todo lo cual los puede conducir a la desmotivación por el entorno con el consiguiente menoscabo de las funciones psíquicas (37).

Tabla 3. Estado civil

Estado Civil	GE	%
Soltero	4	16
Viudo	6	24
Divorciado	10	40
Casado	5	20
Total	25	100

Sólo estaban casadas cinco personas (20%) Según expertos en el tema, se plantea que la convivencia en pareja puede evitar el déficit cognitivo, la presencia de intercambios interpersonales puede incrementar los sentimientos de autoestima y mejorar la vida en sociedad, autores internacionales han encontrado menor cantidad de personas con DC entre sujetos casados que entre solteros (40-43).

Tabla 4. Grado de apoyo familiar

Apoyo Familiar	GE	%
Familia	8	32
Soledad	6	24
Asistidos	10	40

Predominaron los que vivían solos o eran asistidos mediante ingresos en regímenes de salud para el adulto mayor, sólo ocho contaban con el apoyo de la familia (32^{do}%). La mayoría de los estudiosos del tema plantean que la atención familiar puede prevenir el deterioro (51).

Tabla5. Grado de motivación

Motivación	GE	%
Nula	19	76
Ligera	2	8
Adecuada	4	16
Total	25	100

Las motivaciones en cuanto a la recreación y participación en actividades culturales fue nula en 19 (76%) de las personas con DC.

CONCLUSIONES

- 1.- El deterioro aumento al progresar la edad y afectó la cuarta parte de la población estudiada.
- 2.-Las personas con deterioro no residían con otros familiares en su mayoría.
- 3.-*El apoyo familiar de las personas con deterioro fue escaso.*
4. Existió poca estimulación de los gerentes en cuanto a la recreación.

5.- Se identificaron personas con demencias quienes fueron remitidos a las consultas especializadas.

6. Se propuso un modelo de intervención para el control de las personas con deterioro.

RECOMENDACIONES

Se debe de entrenar al profesional de la salud en cuanto a la identificación de gerontes en deterioro mediante el empleo del instrumento diagnóstico (F F).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez M. Cuando el camino no se ve. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2005.

2. De la Vega, R. y Zambrano, A. Deterioro cognitivo leve [en línea]. La Circunvalación del hipocampo, septiembre 2008 [Consulta: 29 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/mci.asp>.
3. Ocaña AI. Mármol L, El Alcoholismo en la mujer: Mitos y realidades. Enlace [serie en Internet] actualizado 6 febrero 2003 [citado 8 junio 2003] 9(51):22-24 Disponible en: <http://publicaciones.ciget.fica.inf.cu/>
4. Martínez M. Problemática social [página en Internet] La Habana. [actualizada 3 Ene 2007; citado 3 Marzo 2008] Infomed.cu Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/search.php?query=&topic=14>
5. Chang de la Rosa M, Cañizares M, Sandoval JE, Bonet M, González R. Características de la población cubana. Rev Hosp Psiquiátr Hab. 2006; 82(3): 257-263.
6. raves KN. Risks and protective factors. J Youth. 2007; 4(2):379-387.
7. Sobell L, Sobell M.: A technique for assessing old age persons. The Humana Press, Totowa, 2007.
8. Jackson WL. Controlling yourself, tools to make moderation work for the old age; Guildford Press, New York, 2007.
9. Andersen BC. Change mechanism. Guildford Press, New York, 2006.
10. Zimmerman ST, Dido DS. Coping skills interventions. Am J of Psych.. 2007; 32(6):1105-1118.
11. Wilson JM, Levis JO, Cooper FC. Change on old age. J Educ. 2005; 47(3):34-50
12. Zweben JE. Treating problems from old age in psychotherapy practice.. Guilford Press, New York, 2006.
13. Ey H, Bernard P, Dashaies E. Manuel de psychiatrie. Masson, Madrid, 1997.

14. Collins GY. Mental problems on old age. J Am Med Assoc. 2006; 290(22): 2926-2999.
15. Organización Mundial de la Salud. Schedules for Clinical Assessment Psychiatry. Cuestionario para la Evaluación Clínica en psiquiatría. Versión Ginebra, OMS, 2000.
16. Polar M. Prevalence of traumatic events and posttraumatic symptomatology among old age population. Polish Psychological Bulletin, 33(2): 13-20, 2007.
17. Roca R. Temas de Medicina Interna. 4ta Ed. Editorial. Ciencias Médicas, La Habana, 2002.
18. Rollick S. Culture and motivation. Guilford Press, New York, 2008.
19. Marhein ST. About culture on old age population. Psychiatric News, American Psychiatry Association, professionals News, 42(15) 9-11, 2007.
20. Stefan K. Brain functions in old age persons. Am J 24 (6):300-314, 2007.
21. Sherry H. Exploring differential patterns of situational risk on old age persons. Am Ed J. 42 (3):246-50, 2007.
22. Taylor D. Brain and Impulsivity. Am J .46 (4)710, 2008.
23. Mirle D. Brain and crisis on old age persons. Psych News. 64(4):22-28, 2008.
24. Goldman D, Age and brain. Journal of Abnormal Psychology, 113(32):541-555, 2008.
25. Lam Lt. Age and problems Am J .48 (4):686-689, 2007.
26. Ocaña AI, Mármol L, Caracterización de egresados del Hospital Psiquiátrico de Ciego de Ávila. Enlace [serie en Internet] 2002 actualizado 10 abril 2002 [citado 12 junio 2003] 8(46):12-22. Disponible en: <http://publicaciones.ciget.fica.inf.cu/>

27. Ocaña AI. Mármol L, Software educativo en la prevención.. Su aplicación en el área Norte de Ciego de Ávila en 2006. MediCiego [serie en Internet] 2007 [citado 6 mayo 2007] 13(1): [8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/comunicacion/cb2_v13_0207.html
28. Ocaña AI. Mármol L, Intervención focal educativa preventiva en el área Norte de Ciego de Ávila. MediCiego [serie en Internet] actualizado 2 abril 2007 [citado 6 mayo 2007] 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a3_v13_0107.htm
29. Ocaña AI. Mármol L, Uso abusivo de bebidas alcohólicas en el adulto mayor. A propósito de un caso. MediCiego [serie en Internet] actualizado 2 abril 2007 [citado 8 mayo 2007]13 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/casos/c1_v13_0107.htmKeller
30. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de trabajo para atender al adulto mayor. Editorial Meditor, Madrid, 2006.
31. Gill JS. Life quality. J Ed 64 (4):109-120, 2008.
32. Smith EM. Can you avoid distress and misuse on old age persons? Am J of Psychology 48(2):282-295, 2007.
33. Wilson TA. Prevalence of posttraumatic stress disorder old age citizens in German. Am J of Psychology 48(2):298-299, 2007.
34. Grinder J, Bandler R. The structure of magic. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2008.
35. Ocaña AI. Mármol L, Estrategias educativas para controlar el déficit cognitivo en adultos mayores. CEDRO, La Habana, 2008.

36. Ocaña AI, Mármol L, La cátedra del adulto mayor. CEDRO, La Habana, 2008.
37. Ocaña AI. Deterioro en la tercera edad. Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de especialista de primer grado en Psiquiatría. Camagüey, 1991.
38. Lamb T, Quirlamp T. Treating old age persons. Am J 48 (5) 902, 2007.
39. Braak B, Huijding J. Relationship with old age and damage and dementia. New England J 62(4):881-887; 2007.
40. Boundy L. Damaged old persons need special treatments. Guilford Press, New York, 2008.
41. Quintero FJ, Vega M. El adulto mayor con deterioro. Manual de urgencias psiquiátricas. Editorial Masson, Madrid, 2008.
42. Bountres K, Parentification and family responsibility in the family of origin of damaged old adult Addictive Behaviors. 32(4)734, 2007.
43. Muesuer KT. Integrated treatment for old damaged age persons. Guilford Press, New York, 2006.
44. Petersen AH et al. Cognitive deterioration criteria. Am J 42 (23): 234-240,2008.
45. European Alzheimer Association Group. Some ideas about deteriorated population. Geneve, OMS, 2007.
46. Polo's J. Brain risk of damage on old age persons. International Journal of Psych 14(2): 34-36, 2008.
47. Grinder J; Bandler R. Frogs into princes. De sapos a príncipes, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2005.

48. Fromme K. "Brief interventions with adults. Clinical and experimental research, 28(6):966-975, 2008.
49. Lowell Brain problems on deteriorated old age persons:, Guilford Press, New York, 2008.
50. Bundio F. ¿Cómo son realmente los cerebros de los adultos mayores? , Editorial Masson, Madrid, 2008.
51. Marlow F J. Recovering from cognitive deterioration. Am New England Journal of Medicine. 34 (46): 36-38.2007.
52. Jones JE. Influence of education on cognitive deterioration old persons. Guilford Press, New York, 2008.
53. Lugo C. Cómo influye la instrucción en el control del deterioro cognitivo en el adulto mayor. Santiago de Chile, Ed Cuatro Vientos, 2006.

Modelo de Consentimiento por escrito del representante legal:

Título:_____.

Yo: _____, en calidad de:(Nombre del representante) _____ (parentesco).

He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada sobre el estudio, he podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el ensayo, he recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas, comprendo que la participación de mi representado en el estudio es voluntaria, y que puede retirarse del estudio cuando lo desee sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta sobre sus cuidados médicos.

He tenido contacto con el doctor: _____.

Quien me ha explicado todos los aspectos relacionados con el ensayo clínico.

En mi presencia se le ha dado a: (Nombre del sujeto), toda la información pertinente y está de acuerdo en participar. Por tanto todo, presto mi conformidad con que mi representado participe en el estudio

Firma del representante legal:

Fecha:

Firma del investigador:

Fecha:

Modelo de Consentimiento por escrito de testigos:

Título: _____.

Yo: (Nombre del testigo), en calidad de testigo, declaro que he leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada sobre el estudio, he recibido suficiente información, he presenciado la explicación que se le ha dado al sujeto, paciente y/o representante (en caso que proceda), conozco que la participación del sujeto o paciente en el estudio es voluntaria, que el mismo puede retirarse cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta sobre sus cuidados médicos

He tenido contacto con el doctor(a): () el cual ha explicado todos los aspectos relacionados con el ensayo clínico al sujeto y/o al representante legal y en mi presencia se le ha dado a: (Nombre del sujeto), toda la información pertinente y ha expresado libremente su conformidad para participar en el estudio. Firma

del representante legal (Si procede): Fecha: Firma del

investigador: Fecha:

Firma del testigo:

Fecha:

Hoja de información para el sujeto o representante legal.

Título _____”.

Esta hoja contendrá la siguiente información:

- Descripción clara y concisa de los objetivos del estudio. De de los beneficios, la metodología y descripción de los riesgos.
 - Tratamientos concomitantes y tratamiento de las reacciones adversas
 - Confidencialidad, personas a quiénes acudir y formas de localizarlas.
- Declaración de voluntariedad de participar en el estudio y de retirarse del mismo cuando lo estime.
- Declaración de que el sujeto será informado durante todo el estudio, de cualquier acontecimiento que se produzca o nueva información que se disponga y que pueda interferir en su decisión de continuar participando en el ensayo.
 - Declaración de que el investigador puede decidir dar por terminada la participación del sujeto y cuáles son estas condiciones. Explicación sobre las aprobaciones del protocolo del estudio por parte de un Comité de Ética y Revisión.