

Revista de Psicología
Vol. 17 (2), 2015, pp. 91-103 (ISSN 2411-0167)

doi: 10.18050/revpsi.v17n2a5.2015

PERFIL COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN AREQUIPA

Verónica Belón-Hercilla
Universidad Católica San Pablo

Marcio Soto-Añari
Universidad Católica San Pablo

Cómo citar este artículo: Belón-Hercilla & Soto-Añari (2015). Perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa. *Revista de Psicología*, 17(2), 91-103. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a5.2015.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Verónica Belón-Hercilla, e-mail: a maria.veronica.belon@ucsp.edu.pe. Urb. Campiña Paisajista S/N Quinta Vivanco - Barrio de San Lázaro, Arequipa – Perú.

PERFIL COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN AREQUIPA

Verónica Belón-Hercilla* y Marcio Soto-Añari**
Universidad Católica San Pablo

RESUMEN

El mayor envejecimiento poblacional y la mayor esperanza de vida implican variaciones a nivel físico y mental, pudiendo llegar a procesos patológicos complejos como el deterioro cognitivo y la demencia. Esta investigación busca conocer el perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa según el Mini-Mental State Examination (MMSE) en la población. Se evaluaron 656 adultos de ambos sexos entre 55 y 96 años, de habla castellana, sin deficiencias sensoriales graves. Se encontró un 21% con indicadores de deterioro cognitivo, el cual disminuye si consideramos el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (13%); además observamos que aquellos con mayor nivel educativo, mentalmente activos y autónomos, rinden mejor en la prueba.

Palabras clave: Envejecimiento, Mini-Mental State Examination, perfil cognitivo.

COGNITIVE PROFILE OF THE ELDERLY IN AREQUIPA

ABSTRACT

The notorious aging population and longer life expectancy often lead to various physical and neurodegenerative diseases such as cognitive impairment and dementia. This research seeks to understand the cognitive profile of the elderly in Arequipa using the Mini-Mental State Examination (MMSE). 656 adults of both sexes between 55 and 96 years old, Spanish-speaking, without serious sensory impairments were evaluated. 21% with cognitive impairment indicators, which decreases if we consider the level of independence in activities of daily living (13%) was found. We also note that those with more education, mentally active and autonomous, perform better on the test.

Keywords: Aging, Mini-Mental State Examination, cognitive profile.

*Integrante del Programa de Incorporación Docente de Estudiantes de la Universidad Católica San Pablo. Correspondencia: maria.veronica.belon@ucsp.edu.pe

**Docente Investigador a tiempo completo Universidad Católica San Pablo. Correspondencia: msoto@ucsp.edu.pe

PERFIL COGNITIVO DOS IDOSOS EM AREQUIPA

RESUMO

A maior população de envelhecimento e maior expectativa de vida envolvem mudanças em nível físico e mental, sendo capaz de processos patológicos complexos tais como comprometimento cognitivo e demência. Esta pesquisa procura entender o perfil cognitivo dos idosos em Arequipa como o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) na população. Foram avaliados 656 adultos de ambos os sexos entre 55 e 96 anos de idade, de língua espanhola, sem deficiências sensoriais graves. 21% com indicadores de comprometimento cognitivo, o que diminui se considerarmos o nível de independência nas atividades de vida diária (13%) foi encontrada; Notamos também que as pessoas com mais educação, mentalmente ativo e autônomo, melhor no teste de desempenho.

Palavras chave: Envelhecimento, Mini - Exame do Estado Mental, perfil cognitivo.

1. Introducción

El envejecimiento es un proceso que comprende cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que aparecen con el transcurso de los años (Muñoz-Tortosa, 2011). Según diversos estudios, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente y continuará creciendo aún más (United Nations, 2013; OMS, 2015). Es así que para el 2013, la población de 60 años a más, se estimó en 841 millones de personas (11.7%); mientras que la de más de 80 años, en 120 millones (1.7%) (United Nations, 2013). En 2007 se observó que, en Perú, un 6.4% de la población era adulta mayor de 65 años, lo que equivalía aproximadamente a 1 764 690 habitantes. En el caso específico del departamento de Arequipa, según el censo realizado por el INEI el mismo año, se identificó un 7.4% de personas mayores de 65 años.

Durante el envejecimiento, pueden presentarse diversas enfermedades, incluidas las enfermedades neurodegenerativas cuya prevalencia global se está incrementando, según revelan diversos estudios (Mora-Simon et al., 2012; Otero & Fontán-Scheitler, 2003; Rosselli & Ardila, 2012). Siendo la demencia la de mayor impacto en la salud pública por los elevados costos que requiere su tratamiento, entre otros.

Bosch-Capdevila (2010) refiere que la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, responsable de al menos un 60% - 70% de las demencias. En el Perú existe una prevalencia de demencia del 6.85% en personas mayores de 65 años, además de una gran cantidad que padece de deterioro cognitivo leve (DCL) no diagnosticados (Custodio et al., 2012).

Dentro de las características sociodemográficas asociadas a esta enfermedad, el estudio epidemiológico sobre las demencias realizado por European Studies of Dementia (EURODEM) en 1999 (citado por Otero & Fontán-Scheitler, 2003) concluye que los principales factores de riesgo serían la edad avanzada, que además puede explicar hasta en un 35% la variabilidad individual (Soto et al., 2007; Gély-Nargeot et al., 2000); lo que quiere decir que a mayor edad, mayor deterioro de habilidades cognitivas. Asimismo, se ha encontrado que las personas del sexo femenino son las que mayor deterioro presentan, debido en gran parte a su mayor longevidad (Correia-Delgado, 2010; Custodio, García, Montesinos, Escobar & Bendezú, 2008). Sin embargo, existen otros estudios donde no se encuentran diferencias de género como los de Sánchez-Rodríguez & Torrellas-

Morales (2011) y Varela et al. (2004). Ahora bien, Soto et al. (2007) refieren que la educación es un factor protector contra la demencia, ya que una mayor escolarización generaría mayor conectividad neuronal de manera estable. Otros factores importantes son la carga genética, los factores ambientales, algunos estilos de vida y hacer ejercicio constante. En este sentido, Franco-Módenes & Sánchez-Cabaco (2009) sugieren que el mantenerse física y mentalmente activo favorece la protección de las funciones cognitivas.

Asimismo, el análisis del tipo de ocupación laboral (Valenzuela & Sachdev, 2005, citados por Soto-Añari, 2014), revela que aquellas personas que poseen trabajos mentalmente demandantes tienen menores indicadores de deterioro ya que estos últimos implican actividad mental constante y mayor estimulación cognitiva (Soto-Añari, Flores-Valdivia & Fernández-Guinea, 2013; Gély-Nargeot et al. 2000; Letenneur et al., 1999). Por otra parte, Helmer et al. (1999) encuentran que el riesgo de demencia se incrementa al ser soltero o divorciado en comparación con ser casado, ya que vivir en pareja conlleva desafíos sociales y cognitivos que tienen un efecto protector contra el deterioro cognitivo en las personas mayores. Sin embargo, existen otros estudios como el de Lindsay et al. (2002), que afirman que no existe relación entre el estado civil y el deterioro cognitivo. Igualmente, se ha encontrado que el nivel socioeconómico tiene una gran influencia en el desempeño cognitivo de la persona a lo largo de toda su vida (Rodríguez & Sánchez, 2004).

En relación a los procesos cognitivos asociados a la demencia, diversos estudios sugieren que aquellos

vinculados al lóbulo frontal son los primeros en sufrir deterioro con la edad avanzada (Cáceres-Luna & Llerena-Herrera, 2013). En efecto, las funciones superiores más sensibles al envejecimiento son la velocidad de procesamiento, las habilidades visoespaciales, la función inhibitoria (atención), la memoria de trabajo, la memoria episódica y las funciones ejecutivas (Cáceres-Luna & Llerena-Herrera, 2013; Ballesteros, Mayas & Reales, 2013; Bosch-Capdevila, 2010; Ventura, 2004). Es así que el envejecimiento, ya sea patológico o no, dependerá de la combinación de estos factores, los factores socioeconómicos y biológicos, y de la realización de una prevención primaria adecuada.

Por otro lado, junto con los cambios a nivel cerebral, cognitivo y funcional, tanto normal como patológico; se presentan mecanismos compensatorios cerebrales que regulan el rendimiento cognitivo para una adaptación adecuada. Según Bosch-Capdevila (2010), esto quiere decir que el cerebro se modifica con la edad, adaptándose a las pérdidas del envejecimiento mediante una reorganización que da lugar a la activación de áreas hasta entonces no implicadas en la resolución de determinadas tareas cognitivas. Este fenómeno, asociado a la neuroplasticidad, se observa en las personas mayores donde las interconexiones dendríticas de ciertas áreas cerebrales se muestran más abundantes (Bosch-Capdevila, 2010).

Conjuntamente, Correia-Delgado (2011) y Otero & Fontán-Scheitler (2003) sostienen que no todo es declinación en el envejecimiento, sino que existen funciones que se mantienen preservadas como las tareas de vocabulario y aquellas que implican conocimiento semántico junto con los hábitos y rutinas, la memoria implícita y

la memoria autobiográfica. Todo ello sería útil para desarrollar estrategias y compensar otros déficits.

En este sentido, Lombardo (2012-2013) considera que el envejecimiento no es un proceso inexorable y universal de deterioro, sino que a través de él, el ser humano desarrolla potencialidades y recursos que no se encontraban en etapas anteriores. Cabe destacar que la actitud del adulto mayor respecto a su edad y condición, sus relaciones sociales y su nivel de autonomía son muy importantes tanto a nivel emocional como a nivel cognitivo, e incluso cerebral (Barraza & Castillo, 2006). En consecuencia, estas actitudes positivas les permitirían tomar iniciativas para mantenerse activos y esforzarse por contrarrestar las limitaciones que puedan experimentar.

Debido a todo ello, la evaluación y diagnóstico de una persona de la que se sospecha alguna afectación cognitiva, demencia o cualquier otro fenómeno de deterioro cognitivo en la vejez, las valoraciones clínicas y la exploración neuropsicológica desempeñan un rol esencial (Serrano et al., 2013; Mora-Simón et al., 2012). Según esta autora, de las pruebas de cribado del estado cognoscitivo más conocidas y utilizadas en el medio clínico, el Mini-Mental State Examination (MMSE) es el patrón de oro o gold standard. En Arequipa no se han hecho estudios a nivel epidemiológico sobre el envejecimiento normal y patológico, por lo que nos

propusimos analizar el perfil cognitivo del adulto mayor en esta ciudad.

2. Método

Estudio empírico cuantitativo, descriptivo de poblaciones mediante encuesta con muestras no probabilísticas, transversal (León & Montero, 2007).

Participantes

Nuestro muestreo fue no probabilístico. La muestra consistió de 656 adultos de ambos sexos, 422 del sexo femenino y 233 del sexo masculino, con edades comprendidas entre 55 y 96 años; los cuales además se eligieron según los siguientes criterios de inclusión/exclusión: ser mayor de 55 años, tener como lengua materna el castellano y no tener deficiencias sensoriales que afecten la evaluación.

Las características de la muestra se presentan a continuación (ver tabla 1). La mayoría de participantes tuvo una profesión intelectualmente demandante; es decir, aquellas profesiones en las que la persona debe poner en funcionamiento gran parte de sus facultades superiores durante su realización, ejecutando tareas complejas que requieran el uso y la combinación de informaciones múltiples provenientes de fuentes variadas (Gély-Nargeot et al., 2000). Siendo la mayoría de participantes no activos; es decir, que en la actualidad no realizan una actividad profesional u ocupacional.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	233	35.5
	femenino	422	64.4
	Total	656	100.0
Estado civil	Casado	419	63.9
	Viudo	130	19.8
	Soltero	72	11.0
	Otros	34	5.2
	Total	655	99.8
Ocupación anterior	Comerciante	26	12.0
	Hogar	34	15.7
	Demandante	70	32.3
	Poco demandante	24	11.1
	Obreros	63	29.0
	Total	656	100.0
Ocupación actual	Activos	528	80.5
	No activos	128	19.5
	Total	656	100.0
		Edad	Años de escolaridad
N	Válidos	660	664
	Media	69.56	10.06
	Desv. típ.	7.319	5.132

Instrumento

Para la evaluación se utilizó el Mini-Mental State Examination (MMSE) desarrollado por Folstein, Folstein y Mchugh en Inglaterra, 1975 para examinar el estado mental de manera sistemática y exhaustiva. Actualmente se utiliza para tamizaje y la detección de deterioro cognitivo. Consta de once ítems que evalúan la orientación, registro de información, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje y construcción, con un máximo de 30 puntos. Su administración es individual y el tiempo de administración oscila entre 5 y 10 minutos.

En Perú existen dos adaptaciones importantes, la versión de Robles-Arana (2003), con un punto de corte de 23 que indicaría la presencia de deterioro cognitivo. Según la autora, con este puntaje la sensibilidad es 86%, la especificidad 94%. El estudio de

Custodio et al. (2008) propone puntajes de corte según los años de escolaridad. Para nuestro estudio, se utilizó la versión propuesta por Robles-Arana (2003).

Procedimiento

La recolección de datos se hizo en la Feria Internacional de Arequipa (FIA), durante el día del adulto mayor y en diferentes centros y clubes del adulto mayor de la ciudad. La evaluación tomó aproximadamente 30 minutos por persona, contándose con el consentimiento verbal de los participantes. Seguidamente, se informó sobre su estado mental. Posteriormente los datos fueron analizados y filtrados en base a los criterios de inclusión/exclusión, además de tener completa la evaluación.

Una vez filtrados los datos, se procedió a encontrar el perfil epidemiológico

cognitivo de la muestra según los criterios propuestos por Robles-Arana. Luego, en base a lo encontrado, se procedió a realizar un análisis funcional (actividades de la vida diaria) y cognitivo que nos permitió valorar con mejor claridad el estado mental de los evaluados, obteniendo valores más cercanos a la realidad; ya que el análisis cognitivo unido a la evaluación afectiva y funcional, permiten obtener un mejor perfil para el diagnóstico (Rosselli & Ardila, 2012).

Se utilizó estadística descriptiva para conocer la frecuencia y las medias de los puntajes obtenidos en cada prueba. Estadística inferencial, T de student

para dos medidas y ANOVA para comparar más de dos medidas.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.0.

3. Resultados

La tabla 2 indica que 79% de la muestra no presenta indicadores de deterioro en la prueba del Mini-Mental State Examination, un 21% presenta deterioro en esta prueba. Sin embargo, al tomar en cuenta las actividades de la vida diaria en la categorización de los resultados, se obtuvo un 13% de personas con indicadores deterioro y un 86.9% de personas sin indicadores de deterioro.

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje por Categorías (normal/con deterioro) en la puntuación obtenida en el MMSE según Robles-Arana (2003)

	Categoría MMSE	Frecuencia	%	Recategorización MMSE	Frecuencia	%
Válido	normal	518	79.0	normal	567	86.9
	deterioro	138	21.0	deterioro	85	13.1
	Total	656	100.0	Total	652	100.0

Los análisis realizados muestran que no existen diferencias significativas en el puntaje total de la prueba MMSE entre el sexo masculino y femenino ($t=-0.457$; $p>0.05$). Tampoco entre hacer ejercicios o no ($t= 0.98$; $p>0.05$), ni se observaron diferencias significativas en el puntaje total del MMSE entre fumar o no ($t=1.80$; $p>0.05$). En cuanto al tipo de ocupación actual, no se encontraron diferencias significativas entre personas actualmente activas o no activas laboralmente en el puntaje total del MMSE ($t=-1.30$; $p>0.05$). Asimismo, no existen diferencias significativas relacionadas con la(s) persona(s) con la(s) que viven los sujetos en el puntaje

total obtenido en el MMSE ($F=0.329$; $p>0.05$).

Por otra parte, sí encontramos diferencias altamente significativas entre leer o no en el puntaje total del MMSE ($t=7.96$; $p<0,01$). Aquellas personas que leen presentan una media en el puntaje total del MMSE de 26.60 y las que no, una media de 24.03. También se encontraron diferencias significativas en el total de la prueba MMSE entre asistir o no a reuniones ($t=2.144$; $p<0.05$). Se advierte que las personas que asisten a reuniones tienen una media de 25.99 en el puntaje total del MMSE y las que no lo hacen tienen una media de 25.21.

Tabla 3
Comparación de puntajes obtenidos en el MMSE según los años de escolaridad

Años de escolaridad	N	Media	Desvi. típ.	t	Sig. (bilateral)
totalMMSE	>= 11	403	27.19	2.621	14.36 .000
	< 11	256	23.08	4.708	

La tabla 3, muestra una diferencia altamente significativa entre los años de escolaridad ($t= 14.36$; $p<0.01$). La media de años de escolaridad fue de 11 años, donde el grupo con 11 años o más

de escolaridad mostró puntajes mayores, con una media 27.19, que el grupo con menos de 11 años de escolaridad, con una media de 23.08

Tabla 4
Comparación de puntajes obtenidos en el MMSE según estado civil

Estado civil	N	Media	Desv. típica	F	Sig.
Casado	418	25.93	3.858	4.283	.005
Viudo	130	24.53	4.738		
Soltero	72	25.96	3.762		
Otros	34	25.35	3.034		
Total	654	25.63	4.032		

En la tabla 4, se puede observar que existen diferencias significativas entre el estado civil, es decir, las distintas formas de estado civil influyen en el puntaje que se pueda obtener en el

MMSE ($F=4.28$; $p<0.01$). Habiendo obtenido mayor puntaje total en el MMSE las personas solteras con una media de 25.96, seguidas de los que son casados, con un puntaje de 25.93

Tabla 5
Comparación de puntajes obtenidos en el MMSE según ocupación anterior

Ocupación anterior	N	Media	Desviación típica	F	Sig.
Comerciante	26	25.77	2.957	4.601	.001
Hogar	34	24.53	4.507		
Demandante	70	27.11	2.275		
Poco demandante	24	26.00	3.079		
Obreros	63	24.90	4.313		
Total	217	25.78	3.629		

De acuerdo a la tabla 5, existen diferencias altamente significativas entre los distintos tipos de ocupación anterior, influyendo sobre el puntaje total del MMSE ($F=4.60$; $p<0.01$).

Pudiendo distinguirse que, el puntaje del MMSE en el grupo cuya ocupación anterior fue intelectualmente demandante es mayor que en el resto, con una media de 27.11.

Tabla 6
Comparación de puntajes obtenidos en el MMSE según principal fuente de ingresos

Ingresos	N	Media	Desvi. típica	F	Sig.
Jubilación	355	26.64	2.979		
Familia y jubilación	114	23.93	5.230	16.556	.000
Negocios	113	25.20	4.062		
Otros	38	25.24	4.142		
Total	620	25.80	3.901		

En la tabla 6, se puede observar que existe una diferencia altamente significativa entre el tipo de ingresos ($F=16.55$; $p<0.01$), influyendo muy significativamente en el puntaje total del MMSE.

4. Discusión

Como se señaló al inicio, nuestro objetivo era analizar el perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa. Por lo que, para conocer las manifestaciones provocadas por la alteración de alguna función superior de manera general, se utilizó el Mini-Mental State Examination (MMSE) como prueba de tamizaje de deterioro cognitivo. Para ello se contó con una muestra de 656 sujetos entre 55 y 96 años, evaluados en la Feria Internacional de Arequipa (FIA) y en diversos centros del adulto mayor en la ciudad. Seguidamente, se analizaron las diferencias en el puntaje total obtenido de acuerdo al sexo, años de escolaridad, estado civil, ocupación anterior, ocupación actual, actividades cotidianas, ingresos y con quién vive. Para finalmente, explorar el efecto independiente de cada uno de los factores sociodemográficos propuestos en el puntaje obtenido.

El análisis sobre el nivel cognitivo general de los sujetos evaluados utilizando el punto de corte propuesto por Robles-Arana (2003) arroja un 21% de evaluados con signos de deterioro. No obstante, se encontró que si se

considera el nivel de autonomía de las actividades de la vida diaria como parte del proceso diagnóstico además del rendimiento cognitivo (Mora-Simon et al., 2012; Rosselli & Ardila, 2012), solamente un 13% presenta indicadores de deterioro cognitivo.

Asimismo, se encontró que muchos de los sujetos son funcional y mentalmente activos, donde la lectura representa una actividad muy ejercida en su vida diaria. Asimismo, la mayoría de los sujetos estudiados vive con su familia nuclear, existiendo cierta cantidad de personas que no respondieron a esta pregunta en particular. Esto nos lleva a pensar que pueden existir algunas reservas al respecto, abriendo interrogantes asociadas a las relaciones afectivas de las personas mayores y las personas con las que viven.

Si bien es cierto en este estudio no se hallaron diferencias significativas relacionadas al sexo en el puntaje total obtenido en el MMSE, la media fue menor en mujeres que en varones. Estos resultados podrían explicarse por la edad de los evaluados, ya que de acuerdo a un estudio realizado por Letenneur et al. en 1999, se encontró que el sexo femenino es un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer solamente después de los 80 años. Refiriendo estos autores que la incidencia de la EA era mayor en hombres antes de dicha edad.

Asimismo, existe información que confirma estos hallazgos sugiriendo un mayor riesgo de deterioro cognitivo en las mujeres que en los hombres (Papalia et al., 2009; Correia-Delgado, 2010; Custodio, García, Montesinos, Escobar & Bendezú, 2008 y Otero & Fontán-Scheitler, 2003). No obstante, nuestros resultados concuerdan con la investigación realizada por Sánchez-Rodríguez & Torrellas-Morales (2011) y Varela et al. (2004), que refieren que el sexo en sí mismo no es un factor de riesgo para la demencia ya que los sujetos no presentan diferencias significativas en su rendimiento cognitivo general (MMSE).

En relación al estado civil, se encontró que sus distintas formas influyen en el puntaje que se pueda obtener en el MMSE, siendo los sujetos solteros los de mejor desempeño, seguidos por los casados. Estos resultados son contrarios al estudio realizado por Helmer et al. (1999). Sin embargo, existen otros estudios que afirman que no existe ninguna relación entre el estado civil y deterioro cognitivo (Lindsay et al., 2002). Los resultados obtenidos podrían estar relacionados a la carga afectiva de la convivencia a lo largo del tiempo y la fatiga. La independencia y autonomía de las personas solteras también puede estar relacionada con el mejor desempeño cognitivo.

Los resultados encontrados acerca del efecto altamente significativo de los años de escolaridad en el rendimiento cognitivo general se ven corroborados por diversas investigaciones que sugieren que existe una fuerte relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en adultos mayores (Custodio et al., 2008; Soto et al., 2007; Rodríguez & Sánchez, 2004; Varela et al., 2004; Letenneur et al., 1999).

Por otro lado, si bien no se encontró un impacto significativo relacionado con fumar, se encontró que podría tener cierta acción protectora contra el deterioro cognitivo, por lo que se recomienda realizar otras investigaciones al respecto. Del mismo modo, no se encontraron efectos significativos en cuanto a realizar o no actividad física en el desempeño cognitivo del adulto mayor. Esto contradice lo descrito por López et al. (2015) y Otero & Fontán-Scheitler (2003), que afirman que la actividad física constante tiene un efecto beneficioso en el mantenimiento del funcionamiento cognitivo en el adulto mayor.

Asimismo, los resultados muestran que el ejercer profesiones intelectualmente demandantes tiene un efecto altamente significativo sobre el estado cognitivo de la persona. Esto último podría deberse a que, al igual que los años de escolaridad, la ocupación juega un rol importante en la reserva cognitiva de las personas, ya que implica una actividad mental constante y una mayor estimulación cognitiva (Soto-Añari, Flores-Valdivia & Fernández-Guinea, 2013; Gély-Nargeot et al., 2000). Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre las personas que realizan algún tipo de ocupación y las que no (jubiladas) en su desempeño cognitivo. Así pues, como refiere el estudio de Allan, Wachholtz & Valdés (2005), el ritmo de vida más lento, menor estrés y mayor libertad para realizar actividades deseadas, consecuencia de la jubilación, generarían en la persona una percepción nueva de su vida y una valoración de sus actividades actuales.

Ahora bien, algunas de las preguntas acerca de la actividad diaria requieren de mayor especificidad para obtener resultados más precisos y poder realizar

un análisis más detallado y a profundidad. No obstante, la información obtenida es de gran valor ya que es de utilidad para futuras investigaciones y para instituciones de salud en términos de prevención y diseño de programas de intervención y de ayuda psicológica. Igualmente, es necesario que se continúe investigando sobre el perfil cognitivo del adulto mayor, así como sobre las evaluaciones de cribado adecuadas a nuestra situación y realidad. En este sentido, Allegri, Harris & Drake (2000) refieren que el diagnóstico precoz de los síndromes demenciales es de gran importancia para una acción terapéutica más eficaz, sin olvidar su carácter de orientación, debiendo hacerse una evaluación neuropsicológica pormenorizada de encontrarse algún tipo de deterioro.

Por lo que es muy importante contar con tests o pruebas cortas, de preferencia poco influidas por factores socioculturales, y de fácil aplicación y corrección, que permitan el proceso de tamizaje de deterioro cognitivo desde la atención primaria, que guíen las decisiones respecto a la evaluación y tratamiento posteriores (Robles-Arana, 2003). Debido a ello, se propone realizar un análisis psicométrico a las evaluaciones de cribado que se utilicen.

5. Referencias

- Allan, N., Wachholtz, D. & Valdés, A. (2005). Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 5, (2) 55 - 75.
- Allegri, R. F.; Harris, P. & Drake, M. (2000). *La evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer*.
- Ballesteros, S.; Mayas, J. & Reales, J. M. (2013). Cognitive function in normal aging and in older adults with mild cognitive impairment. *Psicothema*. 25 (1), 18-24
- Barraza, A. & Castillo, M. (2006). *El envejecimiento. Módulo I: tendencias en salud pública: Salud familiar y comunitaria y promoción*. La Serena, marzo – mayo 2006. Chile
- Bosch-Capdevila, B. (2010). *Influencia de la reserva cognitiva en la estructura y funcionalidad cerebral en el envejecimiento sano y patológico*. Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona, España.
- Cáceres-Luna, G. L. & Llerena-Herrera, M. A. (2013). *Implicancias del bilingüismo sobre la función ejecutiva en analfabetos adultos mayores*. Tesis de licenciatura Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa
- Correia-Delgado, R. (2011). *Cambios Cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo*. Tesis doctoral: España
- Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J. & Bendezú, L. (2008). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *AnFacmed*. 69 (4), 233-8.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, Montesinos, R., Linares, J. & Bendezú, L. (2012). *Deterioro*

cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? Lima, Perú

- Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). « Mini-Mental State » A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, official journal of the association of medicine and psychiatry*. 12(3), 189-98.
- Franco-Módenes, P. & Sánchez-Cabaco, A. (2009). Patrón de envejecimiento en procesos cognitivos (Perceptivo-Atencionales) y ejecutivos. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación*. 17, (1,2).
- Gély-Nargeot, M. C., Mure, C., Guérin-Langlois, C., Martin, K. & Descours, I. (2000). Mémoire et vieillissement. Effet du Vieillissement Cognitif sur les Performances Mnésiques. *La Presse Médicale*, 29 (15), 849 – 57.
- Helmer, C., Damon, D., Letenneur, L., Fabrigoule, C., Barberger-Gateau, P., Lafont, S., Fuhrer, R., Antonucci, T., Commenges, D., Orgogozo, J. M., & Dartigues, J. F. (1999). Marital Status and Risk of Alzheimer's Disease. A French Population-based Cohort Study. *American Academy of Neurology*. 53, 1953–1958.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007). *Censos nacionales 2007*. XI de Población y VI de Vivienda. Recuperado de la <http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/>
- León, O. & Montero, I. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology IJCHP*. 7, (3), 847-862.
- Letenneur, L., Guilleron, V., Commenges, D., Helmer, C., Orgogozo, J. M. & Dartigues, J. F. (1999). Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID Project. *JNeurolNeurosurg Psychiatry*. 66, 177–183
- Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., Hébert, R., Helliwell, B., Hill, G. B. & McDowell, I. (2002). Risk Factors for Alzheimer's Disease: A Prospective Analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *American Journal of Epidemiology*. 156(5), 445 – 453
- Lombardo, E. (2012-2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Revista Psicodebate*.
- López, N.; Véliz, A.; Soto, M.; Allegri, M.; Chesta, S. & Coronado, J. C. (2015). Intervención no farmacológica en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve. *Revista española de Geriatría y Gerontología*. 50 (03).
- Mora-Simon, S., Garcia-Garcia, R., Perea-Bartolome, M., Ladera-Fernández, V., Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, MC & Rodríguez-Sánchez, E. (2012).

- Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista Neurología*. 54 (5), 303-310.
- Muñoz-Tortosa, J. (2011). *Psicología del envejecimiento*. Ediciones Pirámide. España
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2015). *Demencia*. Recuperado de marzo <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/> 2015 de la web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Otero, J. L. & Fontán-Scheitler, L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Revista Médica*.
- Papalia, D. E.; Sterns, H. L.; Feldman, R. D. & Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez* (3ra edición). México: McGraw-Hill
- Petersen, R.; Smith, G.; Waring, S.; Ivnik, R.; Tangalos, E. & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, 56(3), 303.
- Robles-Arana, Y. (2003). *Adaptación del Mini-Mental State Examination*. Tesis de Magister. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú
- Rodríguez, M. & Sánchez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología* 2004. 20(2), 175-186.
- Rosselli, M. & Ardila, A. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 151-162.
- Sánchez-Rodríguez, J. L. & Torrellas-Morales, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Rev Neurol*. 52 (5), 300-305.
- Serrano, C. M., Dillon, C., Leis, A., Tarango, F. E. & Allegri, R. F. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos. *Actas Esp. Psiquiatría*.
- Soto, M., Chino, B., Llacho, M., Abarca, J., Gonzales, K., Mucho, K., Vásquez, R. & Cárdenas, C. (2007). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista chilena de Neuropsicología*.
- Soto-Añari, M. (2014). Neurociencia del envejecimiento saludable: educación y prevención. *Revista Argentina de Neuropsicología*. 10, 22-214.
- Soto-Añari, M.; Flores-Valdivia, G. & Fernández-Guinea, S. (2013). Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. *Rev Neurol*. 56, 79-85.
- United Nations Population Division (2013). *World Population Prospects*. The 2012 revision population data-base. Recuperado de <http://esa.un.org/wpp/>
- Varela, L.; Chávez, H.; Gálvez, M. & Méndez, F. (2004).

Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* 17(2), 37 – 42

Ventura, R. (2004). Deterioro Cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5(2), 17-25.

Recibido: 24 de julio del 2015
Aceptado: 27 de agosto del 2015