

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

**DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS  
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS**

**Tesis para obtener el Título**

**MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA SOCIAL INTEGRAL**

**Presenta la alumna:**

**Cesia Asenath Rangel Mendoza**

**Directores de Tesis**

**Dra. María Trinidad Fuentes Alvarez**

**Dr. Alfonso Rodríguez León**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Febrero, 2022**



## AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Of. No. 0161/DACS/JAEP

17 de febrero de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Cesia Asenath Rangel Mendoza**

Maestría en Gerontología Social Integral

Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, Dra. Flor del Pilar González Javier, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, Dr. Elin González Baños, Dr. Roberto Carlos González Fócil, Dr. Antonio Becerra Hernández, impresión de la tesis titulada: "PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS", para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Gerontología Social Integral, donde funge como Director de Tesis la Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez y el Dr. Alfonso Rodríguez León.

Atentamente

**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora



- C.c.p.- Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez.- Director de tesis
- C.c.p.- Dr. Alfonso Rodríguez León.- Director de tesis
- C.c.p.- Dra. Flor del Pilar González Javier.- sinodal
- C.c.p.- Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Elin González Baños.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Roberto Carlos González Fócil.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Antonio Becerra Hernández.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC/MCML/MCE/XME/mgcc\*

Miembro CUMEX desde 2008  
Consortio de  
Universidades  
Mexicanas

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

[www.dacs.ujat.mx](http://www.dacs.ujat.mx)

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



## ACTA DE REVISIÓN DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:00 horas del día 17 del mes de febrero de 2022 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS."**

Presentada por el alumno (a):

Rangel	Mendoza	Cesia Asenath
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matricula

1 9 2 E 6 5 0 0 6

Aspirante al Grado de:

**Maestro en Gerontología Social Integral**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

#### COMITÉ SINODAL

Ma. Trinidad Fuentes A.

Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez

Dr. Alfonso Rodríguez León

Directores de Tesis

Dra. Flor del Pilar González Javier

Dr. Elin González Baños

Dr. Antonio Becerra Hernández

Dr. Roberto Carlos González Fócil

Mtra. Carmen De la Cruz García



## CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

### Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 14 de febrero de 2022, la que suscribe, Cesia Aseñath Rangel Mendoza, alumna del programa de la Maestría en Gerontología Social Integral, con número de matrícula 192e65006 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Prevalencia del deterioro cognitivo leve en Adultos Mayores Institucionalizados y no institucionalizados”**, bajo la Dirección de la Dra. en Educación María Trinidad Fuentes Alvarez y el Maestro en Salud Pública Alfonso Rodríguez León, conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31, la alumna cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [cesia.rangel@hotmail.com](mailto:cesia.rangel@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Cesia Aseñath Rangel Mendoza

Nombre y Firma

Sello



---

---

## DEDICATORIAS

Quiero dedicar este logro en especial a esas dos personas que fueron mi principal motivo para continuar en este camino y salir adelante, que con amor me enseñaron a amarles y amar a otros.

Aquellos que me dieron la vida y me enseñaron a caminar en ella, por haberme forjado en la persona que soy hoy en día.

A quien más podría dedicarles lo que soy si no es a ellos... Mis padres.

*Linda Mendoza y Ramón León*

Este logro es gracias a ellos que, con su ejemplo, con dedicación, amor, apoyo moral y sin duda económico, hoy este sueño es una realidad. Me incitaron a continuar superándome y en un futuro poder devolverles un poco de todo lo que me han dado.

No podía dejar de dedicarle este logro a esa persona que fue mi apoyo moral en este largo camino, en las noches de desvelo, mi fuerza para no desistir, mi compañero de vida...Mi esposo.

*Oscar Gamboa*

Lo dedico también a esas dos personitas que son el motor de mi vida, quienes no solo me dieron su apoyo, me comprendieron, tuvieron paciencia y cedieron su tiempo para que “Mamá estudiara”, mis hijos...

*Gerardo y Valentina*



---

---

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por darme la oportunidad de formar parte de ella.

A mi directora de Tesis y amiga incondicional, Dra. En Educación María Trinidad Fuentes Álvarez, por la asesoría, apoyo moral y quien creyó en mí y me impulso para iniciar en el camino de la Gerontología, y quien hizo posible la culminación de esta investigación.

A la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” y Centro Gerontológico de Tabasco, por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación.

Gracias a mi familia, quienes siempre me dieron aliento en los días difíciles, a mis hermanos Misael Rangel y Sergio León, que sin saber me dieron la fortaleza de seguir y concluir este proyecto.

Agradezco a mis docentes de la Maestría en Gerontología, que son personas valiosas para mí, y me ayudaron a crecer en mi vida profesional.



---

---

## SIGLAS

**ALC:** América Latina y el Caribe

**AM:** Adulto Mayor.

**AVD:** Actividades de la Vida diaria.

**CONAPO:** Consejo Nacional de Población

**DIF:** Desarrollo Integral de la Familia.

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**INAPAM:** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

**INEGI:** Instituto nacional de estadística y geografía.

**ISSTE:** Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado

**MOCA:** Evaluación Cognitiva Montreal.

**OCDE:** Organización para la cooperación y el desarrollo económico.

**OMS:** Organización Mundial de Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**SENAMA:** Servicio Nacional del Adulto Mayor



---

---

## GLOSARIO

### **Vejez**

La vejez es un concepto abstracto, considerado como una etapa de la vida, otros la han considerado como una construcción socio-antropológica. Es a nuestro criterio, un mérito, una distinción, espacio donde la vida cobra un nuevo sentido. Desde la mirada de la psicología del desarrollo se ha denominado el comienzo de la infancia, cuando se inicia la vida fuera del claustro materno, la adolescencia cuando comienzan los primeros disturbios de la pubertad, la adultez cuando la persona es independiente y la vejez ha sido considerada como la última de las etapas del desarrollo humano; sin embargo de la vejez no está asociado a la edad cronológica, se considera que la vejez se asocia al deterioro físico o mental, a la aparición de pensamientos pesimistas, al deterioro cognitivo, etc. (Martínez Pérez, 2018).

Es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido en el que el individuo es un ente bio-psico-social. (Cognición Humana en la vejez 2020)

### **Envejecimiento**

El envejecimiento es el proceso que incluye aspectos familiares, sociales, políticos, económicos, etc.; que enmarcan la vida de una persona por lo cual no es una etapa puntual sino el proceso que inicia en el nacimiento y termina con la muerte; permitiendo comprender que el “envejecimiento es dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado, tanto como para afirmar que cada uno envejece como ha vivido, como ha





---

---

llevado el propio proceso. De hacerse a sí mismo” (Tamer 2008, p. 95) (Guevara-Peña, N.L.2016).

### **Adultos Mayores**

Adulto Mayor término utilizado en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, términos que fueron utilizados y dan una imagen negativa o discriminatoria de la persona en esta etapa. (SENAMA)

El adulto Mayor se considera aquella persona que tiene más de 60 años y que termina su etapa de Adulthood Mayor en el momento que fallece, principalmente se caracteriza por un periodo de cambios en las diferentes áreas de funcionamiento (OMS 2006), a nivel biológico, la adultez mayor se identifica por la aparición de diversas patologías, entre las más importantes Hipertensión Arterial y Diabetes. (Rodríguez, Ana 2010)

### **Capacidades Cognitivas**

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea. (Cognición Humana en la Vejez 2020)

Feuerstein (1979) definió las funciones cognitivas como las actividades del sistema nervioso que explican la capacidad de las personas para servirse de la experiencia previa en su adaptación a nuevas situaciones.

### **Deterioro Cognitivo**

El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información, que se produce con el



---

---

envejecimiento normal. Este deterioro cognitivo del cerebro depende tanto de factores fisiológicos como ambientales. (Cognición Humana en la vejez 2020).

Según el grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presente el paciente, se puede diferenciar en deterioro cognitivo en leve, si no padece ninguna afectación, o bien, deterioro cognitivo grave, el cual se caracteriza porque la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. (Cognición Humana en la vejez 2020).

### **Institucionalización**

La institucionalización de las personas se refiere tanto a razones sanitarias como sociales. Y existen diferentes tipos de centros, como centros de día, Residencias o centros de adultos mayores, centros especializados y pisos compartidos, de igual manera la institucionalización puede ser temporal o permanente, dependiendo si se trata de una enfermedad.

### **Adultos Mayores Institucionalizados**

Los adultos mayores institucionalizados son aquellas personas que viven o son enviadas en las residencias para adultos mayores o centros geriátricos, ya sea públicos o privados, el cual puede deberse a diferentes causas ya sea por falta de protección social o por que la familia que tienen, no tiene las condiciones favorables para ofrecerle un hogar al adulto mayor; o hasta la falta de servicios que les permita tener una vida independiente, generalmente se les han atribuido a factores tanto personales como psicológicos. De igual manera en algunas ocasiones puede ser por decisión propia del Adulto Mayor. (Bazo María Teresa).



---

---

## **Adultos Mayores no institucionalizados**

Personas Adultas mayores o población que vive en un entorno comunitario o con una red social o familiar satisfactoria. Generalmente se caracteriza por personas con mejor calidad de vida, menor sentimiento de soledad o depresión, funcionalidad y bienestar, muchas debido al tiempo que pasan con sus familias. (Arias, Walter 2014).



---

---

## RESUMEN

### **PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS**

**Antecedentes:** Ante el incremento de la esperanza de vida de la población adulta mayor se agrega la condición de padecer de al menos una enfermedad crónico-degenerativa. A la vez se acompaña de una mayor propensión al desarrollo de enfermedades no transmisibles de tipo crónico propias de la vejez, y con ello la posibilidad del incremento del deterioro cognitivo. Existe una diferencia marcada en la calidad de vida, bienestar y funcionalidad en los Adultos Mayores que residen en un lugar de larga estancia en comparación con los que residen en sus hogares, esto se debe generalmente a las limitaciones funcionales y la reducción en la participación de su autonomía de los que residen en un hogar geriátrico.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia del deterioro cognitivo leve en Adultos mayores institucionalizados en la Residencia del Anciano y no institucionalizados en el Centro Gerontológico.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo, comparativo y de diseño transversal en Adultos Mayores funcionales que se encontraron en la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” y Centro Gerontológico de Tabasco. Se les invitó a participar, y se les aplicó como prueba control el Mini-Mental State Examination, posterior a la población que obtuvo un puntaje de 18 a 25 o más, se les aplicó la Evaluación Cognitiva



---

---

Montreal (MOCA), También, se obtuvo la siguiente información de los pacientes: edad, sexo, estado civil, tiempo de residencia y presencia de enfermedades crónico-degenerativas. Se realizó un análisis estadístico en SPSS, consistente en estadística descriptiva e inferencial comparando el nivel de deterioro cognitivo entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

**Resultados:** Para calcular la prevalencia de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se obtuvo de acuerdo con la formula descrita, numero de eventos entre número de personas totales evaluadas.

En los adultos mayores institucionalizados el número de eventos corresponde a 9, los cuales fueron quienes obtuvieron deterioro cognitivo leve según la prueba control aplicada; entre 42, los cuales fueron el número total de personas a quienes se le aplicó la prueba control, obteniendo que el 0.21 es el porcentaje de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve.

En los adultos mayores no institucionalizados el número de eventos corresponde a 3 los cuales fueron quienes obtuvieron deterioro cognitivo leve según la prueba control; entre 46, es el número total de adultos mayores a quienes se les aplicó la prueba, obteniendo que el 0.06 como es el porcentaje de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve.

**Conclusiones:** La prevalencia de presentar deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados es de 0.21% y de los no institucionalizados es de 0.06%, es decir que el riesgo de presentar deterioro cognitivo leve es de tres veces más en los adultos mayores que se encuentran en una institución de larga estancia, en comparación con los adultos mayores que residen en casa y acuden a un centro Gerontológico para diversas actividades cognitivas, recreativas o manuales, esto puede deberse principalmente a la falta de estimulación cognitiva de la población que reside en “Casa del Árbol”.



---

---

**Palabras Clave:** Deterioro Cognitivo, Adulto Mayor, Institucionalización, No Institucionalización.

## ABSTRACT

### PREVALENCE OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN INSTITUTIONALIZED AND NON INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS

**Background:** Given the increase in life expectancy of the older adult population, the condition of suffering from at least one chronic degenerative disease is added. At the same time it is accompanied by a greater propensity to develop chronic non communicable diseases typical of old age, and with it the possibility of increased cognitive impairment. There is a marked difference in the quality of life, well-being and functionality in older adults who reside in a long stay place compared to those residing at home, this is generally due to the functional limitations and reduced autonomy participation of those residing in a nursing home.

**Objective:** To analyze the prevalence of mild cognitive impairment in older adults institutionalized in the Nursing Home and non institutionalized in the Gerontological Center.

**Material and methods:** A non-experimental, quantitative, comparative and cross-sectional design study was carried out in functional older adults who were found in the Nursing Home “Casa del árbol” and Gerontological Center of Tabasco, They were invited to



---

---

participate, and the Mini-Mental State Examination was applied as a control test, after the population that obtained a score of 18 to 25 or more, The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) was applied to them. Also, the following information was obtained from the patients: age, sex, marital status, length of residence and presence of chronic degenerative diseases. Statistical analysis was performed in SPSS. consisting of descriptive and inferential statistics comparing the level of cognitive impairment between institutionalized and non institutionalized older adults.

**Results:** To calculate the prevalence of institutionalized and non-institutionalized older adults, the number of events divided by the total number of people evaluated was obtained according to the formula described.

In institutionalized older adults, the number of events corresponds to 9, which were those who obtained mild cognitive impairment according to the applied control test; among 42 which were the total number of people to whom the control test was applied, obtaining that 0.21 is the percentage of older adults with mild cognitive impairment.

In non-institutionalized older adults, the number of events corresponds to 3, which were those who obtained mild cognitive impairment according to the control test; among 46 which were the total number of older adults to whom the test was applied, obtaining that 0.06 is the percentage of older adults with mild cognitive impairment.

**Conclusions:** The prevalence of mild cognitive impairment in institutionalized older adults is 0.21% and non institutionalized is 0.06%, meaning that the risk of mild



---

---

cognitive impairment is three times higher in older adults who are in an institution long stay, Compared to older adults who live at home and go to a Gerontological center for various cognitive, recreational or manual activities, this may be mainly due to the lack of cognitive stimulation of the population that lives in "Casa del Arbol".

Key words: Cognitive Impairment, Older Adult, Institutionalization, Non institutionalization.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
México.





---

---

## ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS .....	II
ACTA DE REVISIÓN DE TESIS .....	III
CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS.....	IV
DEDICATORIAS .....	V
AGRADECIMIENTOS .....	VI
SIGLAS .....	VII
GLOSARIO .....	VIII
RESUMEN .....	XII
ABSTRACT .....	XIV
TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICAS .....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
Pregunta de Investigación.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
3.1 Rasgos de la personalidad.....	20
3.2 Cambios psicológicos.....	20
3.3 Cambios en relación con la sociedad.....	20
3.4 Cambios en el organismo.....	21
3.5 Efecto de la institucionalización y no institucionalización.....	21
3.6 ¿Cuáles son los Síntomas más Comunes del Deterioro Cognitivo en el adulto mayor? .....	22
3.7 Deterioro cognitivo leve .....	23
3.8 Deterioro cognitivo moderado.....	24
3.9 Deterioro cognitivo grave.....	24
4. HIPÓTESIS .....	28
4.1 Hipótesis Alternativa .....	28
4.2 Hipótesis nula .....	28
5. OBJETIVOS .....	29
5.1 General.....	29
5.2 Objetivos Específicos .....	29
6. MARCO TEÓRICO .....	30



---

---

6.1 Envejecimiento como proceso sociocultural .....	30
6.1.1 Sociodemográfico .....	30
6.1.2 Biológicas .....	31
6.2 Funciones Cognitivas en el Adulto Mayor .....	32
6.3 Memoria.....	34
6.4 Alteraciones de la memoria .....	36
6.4.1 Amnesias.....	36
6.5 Trastornos Psicológicos con Alteraciones de la Memoria (Trastornos Disociativos).....	38
6.6 Estimulación Cognitiva .....	38
6.7 Estrategias.....	41
6.8 Institucionalización.....	42
6.9 No institucionalización.....	44
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	46
7.1 Diseño de Investigación.....	46
7.2 Universo.....	46
7.3 Muestra y Muestreo .....	48
7.3.1 Datos Sociodemográficos .....	50
7.4 Prevalencia.....	51
7.5 Criterios .....	51
7.5.1 Inclusión .....	51
7.5.2 Exclusión .....	51
7.6 Variables .....	52
7.6.1 Independiente.....	52
7.6.2 Dependientes.....	52
7.7 Descripción del Instrumento.....	54
7.8 Método de Recolección de Datos .....	55
7.9 Plan de tabulación y análisis de datos.....	55
7.10 Consideraciones éticas.....	55
8. RESULTADOS .....	57
Centro Gerontológico Mini Mental .....	58
Residencia del Anciano “Casa del Árbol” Mini-Mental .....	59



---

---

Residencia del Anciano “Casa del árbol” MOCA .....	59
Centro Gerontológico MOCA .....	61
MOCA institucionalizados y no institucionalizados (viso espacial) .....	62
9. DISCUSION .....	73
10. CONCLUSIONES .....	76
11. SUGERENCIAS .....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

## TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICAS

Tabla 1 Principales causas de defunciones entre la población adulta mayor de 65 años o más por sexo .....	10
Tabla 2 Técnicas terapéuticas para pacientes con deterioro cognitivo leve .....	42
Tabla 3 Datos Sociodemográficos de la población estudiada .....	50
Tabla 4 Definición de variables .....	53
Tabla 5 Fórmula de la prevalencia.....	57
Tabla 6 Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores no institucionalizados ....	58
Tabla 7 Frecuencia del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados	60
Figura 1 Piramide de la población mundial 2000-2050.....	4
Figura 2 Transición Demográfica América Latina y el Caribe .....	6
Figura 3 Pirámides de la población en México de 1970 a 2050 .....	8
Figura 4 Diferentes tipos de memoria .....	35
Figura 5 Diferentes tipos de memoria asociadas a los sentidos.....	35
Figura 6 Alteraciones de la memoria.....	36
Figura 7 Enfermedades neurodegenerativas más comunes .....	38
Figura 8 Mapa de geolocalización Residencia del anciano “Casa del Árbol”.....	47
Figura 9 Mapa de geolocalización Centro Gerontológico Tabasco.....	48
Gráfica 1 Nivel de Deterioro Cognitivo en adultos mayores No institucionalizados	58
Gráfica 2 Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores Institucionalizados .....	59
Gráfica 3 Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores Institucionalizados .....	60
Gráfica 4 Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores no institucionalizados .....	61
Gráfica 5 Descripción de deterioro en Viso espacial Ejecutiva según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados .....	62
Gráfica 6 Descripción de deterioro en Viso espacial Ejecutiva según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados. ....	63
Gráfica 7 Descripción de deterioro en Identificación según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados .....	64
Gráfica 8 Descripción de deterioro en Identificación según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados .....	64
Gráfica 9 Descripción de deterioro en Atención según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados .....	65
Gráfica 10 Descripción de deterioro en Atención según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados .....	66
Gráfica 11 Descripción de deterioro en Lenguaje según MOCA en adultos mayores no institucionalizados .....	67



---

---

Gráfica 12 Descripción de deterioro en Lenguaje según MOCA en adultos mayores institucionalizados .....	67
Gráfica 13 Descripción de deterioro en Abstracción según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados .....	68
Gráfica 14 Descripción de deterioro en Abstracción según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados .....	68
Gráfica 15 Descripción de deterioro en Recuerdo Diferido según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados .....	69
Gráfica 16 Descripción de deterioro en Recuerdo Diferido según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados .....	70
Gráfica 17 Descripción de deterioro en Orientación según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados .....	71
Gráfica 18 Descripción de deterioro en Orientación según MOCA en Adultos Mayores No Institucionalizados .....	71
Gráfica 19 Comparativo deterioro cognitivo Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados .....	72

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso gradual, adaptativo, que se caracteriza principalmente por la disminución de la respuesta homeostática, debido a los cambios morfológicos, fisiológicos, psicológicos que se presentan en esta etapa y que varía de acuerdo con cada individuo y el ambiente en el que se desarrolla. (Chávez, B., 2014 p. 201).

El envejecimiento individual se considera un proceso continuo e irreversible, que empieza desde el momento de la concepción, sin embargo, hay aspectos propios del envejecimiento que abarca cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. (Nieto, M., 2007 p. 293)

Cada individuo es diferente y tiene aspectos propios al momento de envejecer que son variables, por lo que no puede haber un criterio único de la edad en que una persona puede considerarse vieja o no.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es anciano quien tiene más de 65 años y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es anciano quien tiene más de 60 años.

Para Bobbio, los sexagenarios son viejos estrictamente en un sentido “burocrático”, porque a esa edad tienen derecho a una pensión, hay otro tipo de vejez que describe este mismo autor que es la “fisiológica” que empieza a los 80 años de edad, en esta ya intervienen las ciencias médicas. Y la vejez psicológica que puede venir a cualquier edad. (Antolínez Leonardo 2007 p. 293).

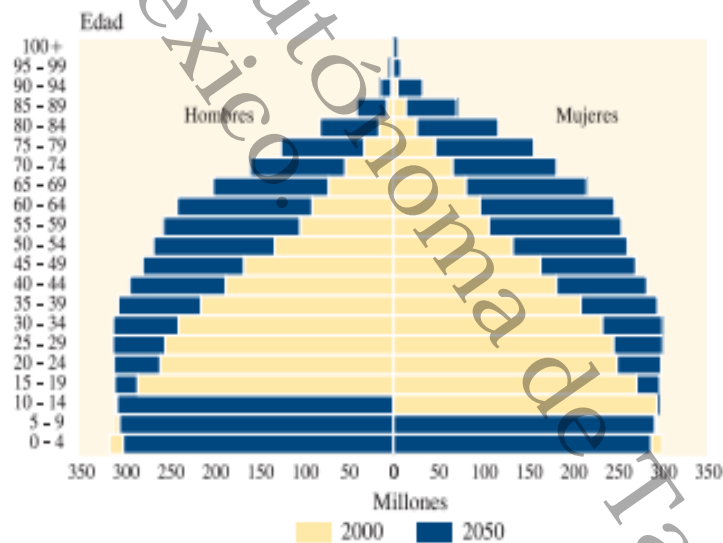
Por otro lado, Mishara y Riedel consideran el envejecimiento desde cuatro puntos de vista, el cronológico, psicobiológico, psicoactivo y social; el primero considerado desde el



conteo de número de años que se tienen, el segundo asociado a los cambios físicos y biológicos, el psicológico y emotivo, que va más al punto de vista cognitivo y que afectan sus capacidades; y el ultimo que tiene que ver con la personalidad y la afectividad.

Según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, el número de personas mayores de 60 años en el mundo pasara de 600 millones en el 2000 a 1.200 en el 2025 y a casi 2,000 millones en el 2050. Durante esos 50 años se espera que la proporción de personas de 60 años y más se duplique en el mundo, pasando de un 10% actual a cerca del 21%, mientras que, en países en vías de desarrollo, este porcentaje aumentara de forma acelerada hasta llegar a cuadruplicarse en el mismo periodo. (Antolínez Leonardo 2007 p. 294).

*Pirámide de la población mundial, 2000-2050*



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

*Figura 1 Pirámide de la población mundial 2000-2050*



---

---

El envejecimiento de la población es una situación de primordial importancia en los países en desarrollo, pues se proyecta que a nivel mundial se pasara de un 8% en 1950 de adultos mayores de 60 años al 22% en 2050, en comparación con los menores de 15 años que pasaran de un 34% a mediados del siglo XX a un 20% cien años después. A nivel mundial, el índice de envejecimiento pasara de 15 mayores de 65 años por cada 100 jóvenes menores de 15 años en 1950 a 83 en 2050; en América Latina y el Caribe este índice pasara de 9 a 114 adultos mayores por cada 100 jóvenes. (Cardona, Peláez 2012 p.338).

Los años de vida adicionales y los cambios demográficos que producen, tienen profundas repercusiones para cada persona y para las sociedades, otorgan oportunidades sin precedentes, y es probable que tengan efectos fundamentales en la forma en que se vive, las cosas a las que se aspiran y las maneras en que las personas se relacionan entre sí. Y, a diferencia de la mayoría de los cambios que experimentarán las sociedades durante los próximos 50 años, estas tendencias fundamentales son, en gran medida, previsibles.

La población adulta mayor aporta a la sociedad de muchas maneras, ya sea en su familia en la localidad donde viven o en la sociedad. Sin embargo, la oportunidad que tengan de envejecer al alcance de sus recursos sociales y humanos dependerá de su salud. Pero si los años que vivan de más, se distingue por el descenso de su capacidad mental y física, las consecuencias para el adulto mayor y la sociedad será más negativa.

En América Latina y el Caribe el proceso de envejecimiento se ha presentado de manera muy rápida. Si para la década de los 50 el grupo de 60 años y más representaba 5.7% de la población total, para 2015 el porcentaje alcanza 11.2%, y se espera que para 2040 represente 21% de la población total. La población de 60 años o más, en América Latina y el





Caribe, se cuadruplicará en 70 años. Cabe destacar que el proceso de envejecimiento entre los países de América Latina ocurrirá de manera distinta, y va a depender de la etapa de transición demográfica.

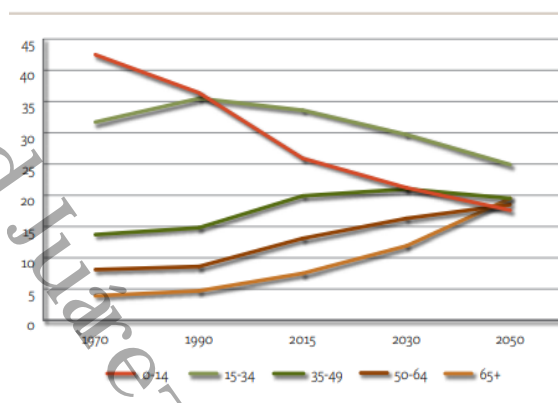


Figura 2 Transición Demográfica América Latina y el Caribe

Fuente: CEPAL

La pobreza es el mayor impedimento para un envejecimiento digno y certero. En América Latina, los datos muestran que en la mayoría de los países se mantienen niveles altos de pobreza en la ancianidad (Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina, p. 7).

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, en 2014 el promedio de las personas adultas mayores que viven en pobreza en sus países miembros (A la fecha, 34 países son miembros de la OCDE: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea del Sur, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino



---

---

Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza y Turquía) fue de 12%.

Siguiendo esta fuente, encontramos a Chile con 18% de adultos mayores en condición de pobreza, y México con 27% (Estadísticas sobre pensiones de la OCDE).

En México se ha venido experimentando un proceso de cambio como resultado de una transición en varios aspectos, que van desde la esfera económica a la social, política y demográfica. Su avance transcurre a pasos constantes, lo que conducirá a transformaciones en la estructura por edad y sexo de la población, así como en su volumen; además supondrá la generación de nuevos desafíos como resultado del pasado demográfico que se acarrea. La aportación de los grupos de población en edades avanzadas dentro de la estructura etaria es un indicador de que el proceso de envejecimiento lleva ya algunos años y muestra una importante aceleración en el presente siglo. En menos de 50 años la estructura poblacional de nuestro país corresponderá a la de un país envejecido, es decir, una proporción importante de su población tendrá 65 años o más. El descenso de la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida han ocasionado este cambio en la estructura por edad y sexo de la población, y se presenta como uno de los rasgos más representativos del cambio demográfico actual. El envejecimiento de la población y la velocidad con la que se presentará tendrá como consecuencia, en el nivel macroeconómico, que la población en edad de trabajar (15 a 64 años) deberá sostener el peso de un numeroso conjunto de personas retiradas de la vida laboral. Habrá cambios sociales importantes, entre ellos una diversidad de arreglos residenciales (convivencias intergeneracionales) y el aumento de hogares con personas adultas mayores. Surgirán nuevos patrones culturales en los que se deberá inculcar una actitud favorable o positiva hacia la vejez y la revalorización de las personas adultas mayores. (Bush, V. 2004).



El sector salud tendrá que adaptar los servicios que otorga, desde los recursos humanos especializados con los que cuenta, hasta la infraestructura necesaria para atender complicaciones de salud propias de la población envejecida, además del acceso a las instalaciones.

Y, por último, la política pública del país tendrá que redirigirse de acuerdo con el aumento de las demandas sociales, económicas y culturales de dicha población (Guzmán y Hackett, 2001).

De acuerdo con las Proyecciones de Población que elabora la SGCONAPO, en 2017 la población adulta mayor (65 años o más) asciende a poco más de 8 millones de personas (8'832,372), de las cuales 54.4% son mujeres y 45.6% hombres. Se estima que para 2050 esta población aumentará a 24.4 millones; en términos relativos, la proporción de este grupo etario crecerá de 7.2% a 16.2% (CONAPO, 2013).

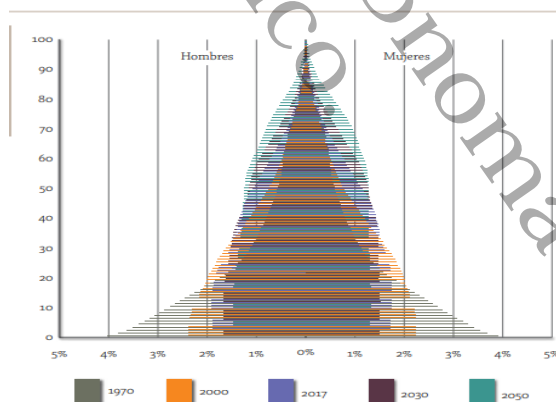


Figura 3 Pirámides de la población en México de 1970 a 2050

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las Estimaciones y Proyecciones de la Población 1990-2050.



---

---

La Ciudad de México (9.7%) y los estados de Veracruz (8.4%) y Oaxaca (8.2%) son las entidades con mayor presencia de personas adultas mayores; por el contrario, Quintana Roo solo tiene 3.9% de su población en estas edades, seguido de Baja California Sur con 5.2%. El escenario para 2030 no se modifica: la presencia de población envejecida en la Ciudad de México (14.7%) y Veracruz (11.6%) seguirá intensificándose, en tanto que la brecha entre los estados con menos población en edades avanzadas se va haciendo imperceptible; así, para 2030 Quintana Roo, Chiapas y Baja California Sur serán las entidades con menos población de 65 años o más, aunque alrededor de 8% de su población estará en ese grupo de edad. En cuanto a la acelerada velocidad de envejecimiento, Baja California Sur y Quintana Roo son los estados que muestran los mayores cambios, ya que para 2030 la población adulta mayor será más del doble de la población de 65 años o más que actualmente reside en esas entidades (Castellanos, & Téllez 2015)

En México, la pobreza y la desigualdad social se han manifestado de manera persistente y con distinta fuerza y efecto entre la población, por lo que resulta más complejo satisfacer de manera oportuna y adecuada sus necesidades de salud. Si se estudian los principales padecimientos que afectan a la población adulta mayor, es posible ver que las principales demandas de atención en los servicios de salud en el país son por enfermedades cardiovasculares y digestivas. En la vejez, las enfermedades más usuales son, para los hombres, las enfermedades digestivas y las cardiovasculares, en tanto que para las mujeres las enfermedades del sistema genitourinario. Es importante señalar que existe una diferencia en el lugar que ocupan los tumores malignos y las fracturas entre las mujeres y los hombres de este grupo de edad. En el caso de las fracturas, estas afectan principalmente a las mujeres en ellas ocupan el cuarto lugar, mientras que en los hombres el octavo) debido a la presencia



de osteoporosis y a cambios hormonales, en tanto que en el caso de los hombres los tumores muestran una incidencia ligeramente mayor en próstata, piel, así como colon y recto, que pueden relacionarse más con el estilo de vida (ver Tabla 1). A ello se agrega el hecho de que algunos padecimientos derivarán en una incapacidad grave, e incluso en la muerte, principalmente para la población más desfavorecida en los aspectos sociales y económicos.

La complejidad que implica un perfil epidemiológico en el que coexisten enfermedades transmisibles y no transmisibles, la considerable cifra de personas en la vejez y las condiciones de desigualdad social, de género y territoriales prevalecientes, indican que la mortalidad y las condiciones de esta ocurrirán de manera diferenciada entre la población adulta mayor del país. (INEGI 2021)

*Tabla 1 Principales causas de defunciones entre la población adulta mayor de 65 años o más por sexo*

Causas	Defunciones	Porcentaje
Total	185,949	
Enfermedades del corazón	47,587	25.6
Diabetes mellitus	27,820	15.0
Tumores malignos	23,434	12.6
Enfermedades cerebrovasculares	11,826	6.4
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	9,991	5.4
Enfermedades del hígado	8,527	4.6
Neumonía e influenza	8,794	3.7
Accidentes	4,967	2.6
Insuficiencia renal	4,232	2.3
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2,546	1.4
Las demás causas	34,138	18.4
Causas mal definidas	4,447	2.2

Mujeres		
Causas	Defunciones	Porcentaje
Total	188,642	
Enfermedades del corazón	50,237	26.6
Diabetes mellitus	33,584	17.8
Tumores malignos	19,933	10.6
Enfermedades cerebrovasculares	14,134	7.5
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	9,144	4.8
Enfermedades del hígado	8,527	4.6
Neumonía e influenza	6,184	3.3
Enfermedades del hígado	5,493	2.9
Insuficiencia renal	3,598	1.9
Accidentes	3,395	1.8
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	3,008	1.6
Las demás causas	35,461	18.8
Causas mal definidas	4,471	2.4

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en INEGI/SS, consultado en junio de 2021.



---

---

En lo referente al estado emocional, 32.3% de la población adulta mayor del total de integrantes del hogar expresa que tiene problemas de memoria o concentración, siendo las mujeres las que se ven más afectadas (58.3%), en tanto que 62% muestra signos de ansiedad y nerviosismo; de estos 32.3% señala experimentarlo diariamente.

La depresión se acentúa entre las personas adultas mayores, que presentan la mayor proporción de personas que se han sentido deprimidas (42.9%); la mitad de estas dicen deprimirse algunas veces al año. Según información del INEGI sobre bienestar subjetivo, en el que las personas manifiestan sus percepciones y opiniones sobre su propia vida, en el caso de la población de 60 a 70 años, en México, se tiene que en una escala de 0 a 10 el promedio de satisfacción con la vida es de 8 puntos; en este sentido, las personas del grupo de 18 a 29 años y de 45 a 59 años registran el máximo y el mínimo de satisfacción: 8.1 y 7.9 puntos, respectivamente. Asimismo, el promedio de felicidad para las personas adultas es de 8.32 puntos, mientras que los jóvenes —18 a 29 años— se manifiestan mayormente felices (8.5 puntos). Por sexo, los promedios muestran que los grupos más envejecidos de hombres se encuentran más satisfechos con la vida, pero menos felices que el resto, y en las mujeres al parecer tanto la satisfacción por la vida como la felicidad se ven reducidas con los años. (González, s/a).

Tabasco, junto con otros estados como Chiapas, Aguascalientes, Querétaro y Tlaxcala se encuentra en una fase moderada o en transición demográfica referente a población Adulta Mayor, con niveles de fecundidad altos o intermedios, nuestro estado se encuentra con un envejecimiento demográfico lento, es decir con un porcentaje de personas de 60 años y más de 10 a 19, sin embargo, se prevé que para 2030 estas entidades se encuentren más avanzadas en el proceso de envejecimiento. (González, s/a).



---

---

El envejecimiento viene acompañado en ocasiones con aparición de enfermedades crónico-degenerativas, o el deterioro de las funciones cognitivas y con ello la dependencia del Adulto Mayor.

Algunas funciones cognitivas declinan poco en el proceso de envejecimiento mientras otras se incrementan, muchas veces está influido por otros factores, adicciones, condiciones psiquiátricas, antecedentes familiares.

El deterioro de las funciones cognitivas está caracterizado principalmente por la alteración o disminución de la memoria, atención o concentración. (Arcila, 2009), por ello la importancia de una valoración previa para la detección oportuna del deterioro de algunas de las funciones cognitivas, con la finalidad de estimular las funciones cognitivas y evitar la dependencia del Adulto Mayor.

Como se ha podido analizar el aumento en la expectativa de vida ha tenido implicaciones importantes para los sistemas de salud en el ámbito mundial.

Las proyecciones señalan que, entre 1980 y el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77%, con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognoscitivo sin demencia y la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud. El deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual. (Arcila, 2009).



---

---

Algunas variables sociodemográficas que se han asociado con una mayor probabilidad de demencia son la edad, el género femenino y la baja escolaridad. Asimismo, algunas enfermedades crónico-degenerativas como diabetes o hipertensión han mostrado una relación con el desarrollo de la demencia por los efectos que tiene en el cerebro.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo, analizar la prevalencia del deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Los resultados de este estudio podrían ser de utilidad para identificar tempranamente grupos de riesgo para sospecha de deterioro cognitivo, y así aplicar más efectivamente iniciativas de intervención orientadas a prevenir o retrasar la aparición de deterioro cognitivo y su posible evolución hacia otras patologías neurodegenerativas como la demencia en personas mayores, así como proponer la elaboración de un programa de estimulación cognitiva; para preservar sus funciones cognitivas.





---

---

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante el incremento de la esperanza de vida de la población adulta mayor se agrega la condición de padecer de al menos una enfermedad crónico-degenerativa. Este envejecimiento poblacional se acompaña de una mayor propensión al desarrollo de enfermedades no transmisibles de tipo crónico propias de la vejez, y con ello la posibilidad del incremento del deterioro cognitivo.

Sabemos que con la vejez es característico que se presentes cambios psíquicos, físicos o sociales que afectan en general la vida del adulto mayor. (Introducción al envejecimiento pág. 1). (INAPAM)

Existen dos tipos de envejecimiento, el normal y el patológico, el primero se caracteriza principalmente porque se da sin que aparezca en la persona alguna patología física o psicológica en la persona, en cambio el envejecimiento patológico se caracteriza por la aparición de alguna enfermedad crónico-degenerativa o psicológica, como enfermedades neurocognitivas como el Alzheimer. (Campus virtual. pág. 2).

El hecho de que existan patologías en el adulto mayor puede ocasionar que los imposibilite a realizar sus actividades de la vida diaria, y el principal problema que existe en la vejez es el deterioro cognitivo.

Según estudios realizados en Bucaramanga, Colombia, existen diferentes factores que influyen en la prevalencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores, como la edad, genero, escolaridad y el contacto familiar, pues el apoyo o intervención de la familia o



---

---

personal de salud, en el caso de los adultos mayores institucionalizados, favorece en la protección en esta etapa de la vejez. (Camargo, 2017).

El deterioro cognitivo puede variar dependiendo del adulto mayor, su estilo de vida o su entorno en el que se desenvuelve, por lo que es importante el estímulo que se les dé a cada uno de ellos al llegar a la etapa de la vejez, los adultos mayores que por diferentes factores residen en alguna institución, dependen del estímulo o intervención que le brinde el personal que labora dentro de ella, como es el caso de los adultos mayores residentes de la Residencia del Anciano “Casa del Árbol”, la cual es una institución que presta servicios de atención y asistencia a Adultos Mayores de escasos recursos o en estado de vulnerabilidad, cuenta con los servicios de Atención médica, trabajo social, atención psicológica, así como terapia ocupacional, sin embargo son actividades enfocadas más a manualidades que cognitivas. Por lo cual es importante conocer los factores que influyen o prevalecen en el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores que aquí residen.

En los adultos mayores no institucionalizados como es el caso de los Adultos Mayores que acuden al Centro Gerontológico de Tabasco el cual brinda atención temporal y la oportunidad de realizar actividades de acuerdo a sus necesidades, cuenta con servicios de valoración gerontológica, atención psicológica, medica, nutricional, tanatológica, así como talleres de música, cognición, manualidades, reacondicionamiento funcional y por lo cual tienen la posibilidad de contar con una red de apoyo familiar o social, varían los factores que influyan en el deterioro cognitivo de estos, ya que se benefician del estímulo que la familia le brinde y las intervenciones no farmacológicas que aquí se imparten.



---

---

Según estudios realizados en la Universidad de Simón Bolívar Colombia, con Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados existe una diferencia marcada en la calidad de vida, bienestar y funcionalidad en los Adultos Mayores que residen en un lugar de larga estancia en comparación con los que residen en sus hogares, esto se debe generalmente a las limitaciones funcionales y la reducción en la participación de su autonomía de los que residen en un hogar geriátrico (Beltrán, 2017), tal es el caso de los Adultos Mayores residentes de la Residencia del Anciano “Casa del árbol” en los cuales prevalece el sedentarismo y la poca estimulación cognitiva, en comparación con los Adultos Mayores que acuden al Centro Gerontológico, y residen en su hogar, los cuales reciben la intervención a través de actividades ocupacionales, tanto físicas como cognitivas por parte del personal que aquí labora, así como el apoyo de la familia al llegar a sus hogares.

Existen influencias del entorno en la salud durante la vejez las cuales pueden ser diferentes, por ejemplo, la situación económica, las actitudes o normas que tiene la comunidad en que se desenvuelven, las características del entorno construido, las redes sociales a las que podemos recurrir. Estas influencias muchas veces definen las capacidades mentales y físicas que presentan en cada momento. Y de igual manera indican, un determinado nivel de capacidad. (OMS, 2015)

Es importante mencionar que no se encontraron investigaciones en México y en el estado relacionadas con el Deterioro cognitivo en Adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, por lo que se plantea la siguiente:



---

---

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la prevalencia del deterioro cognitivo leve en Adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

### 3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha observado un ascenso importante tanto en México como en otros países de la población adulta mayor, sabemos que durante esta etapa se puede llegar a un grado de deterioro cognitivo, que se manifiesta con alteraciones de la memoria, atención o concentración, si no existe la adecuada estimulación que permita el retraso de las funciones cognitivas (Jara, 2007).

Las personas adultas mayores son más propensas a padecer alguna enfermedad Crónica Degenerativa, las cuales pueden influir en su estado cognitivo, lo cual afectaría aún más si no se cuenta con la correcta estimulación. (Barlés, et al, 1998).

El deterioro cognitivo se caracteriza principalmente por un apreciable deterioro en una persona que se encuentra en alerta, y que adicionalmente puede provocar trastornos en la ejecución al realizar sus actividades de la vida diaria, este deterioro no necesariamente es difuso o global, pero generalmente afecta áreas de la función intelectual; de igual manera se manifiesta por la disminución en la memoria y en las facultades intelectuales, sin embargo no solo la memoria se puede ver afectada sino que pueden verse afectados otras funciones como el lenguaje, percepción, calculo, juicio y la habilidad para resolver problemas. (Arcila, 2009).

El deterioro cognitivo en el adulto mayor hace referencia al debilitamiento de las funciones cognitivas de la persona, es decir, la pérdida total o parcial de los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Dicho cambio puede darse de forma natural como consecuencia del envejecimiento o por alguna enfermedad grave como lo es



---

---

la demencia. Cuando se presenta este estado en el anciano comienza a presentar problemas de memoria, lenguaje, pensamiento y en el juicio. Asimismo, sus habilidades tanto para la organización como para la concentración también se ven afectadas, por lo que su vida cotidiana se ve altamente perjudicada, esto muchas veces puede verse aún más en adultos mayores que residen en una institución de larga estancia a diferencia de los que residen en sus hogares, principalmente por la falta de estimulación y otros factores sociales y psicológicos de la población institucionalizada.

Este tipo de deterioro en los adultos mayores se da por la declinación de las funciones cognitivas. Dichas funciones tratan sobre los procesos mentales que le permiten a cada persona recibir, procesar y elaborar la información. Estas funciones son esenciales para realizar cualquier tarea, ya que nos ayuda a recordar todo tipo de información. Esto es algo que se verá afectado por el deterioro cognitivo, pues esta condición afecta a las siguientes funciones:

- Áreas del lenguaje: vocabulario, comprensión y elaboración.
- Memoria a corto, mediano y largo plazo.
- Habilidades manuales.
- Funciones cerebrales que se encargan de resolver problemas o ejecutar determinadas acciones.



---

---

### **3.1 Rasgos de la personalidad.**

Durante el envejecimiento es completamente normal que el anciano comience a presentar un bajo deterioro de las funciones cognitivas, ya que durante esta etapa es común perder un pequeño porcentaje de estas capacidades. Sin embargo, no todos llegan a los límites extremos del deterioro cognitivo porque no todos envejecen con el mismo estado de salud. Esto, en su mayoría, se debe a las siguientes causas que a su vez contribuyen con la aparición de dicha condición:

### **3.2 Cambios psicológicos**

La parte psicológica de cada adulto mayor influye directamente en la aparición del deterioro cognitivo. Esto se debe a que algunos factores como la depresión o el estrés son capaces de desgastar las neuronas con mayor rapidez. Algo que en un futuro causaría la pérdida de memoria a corto, medio o largo plazo. De igual forma, los pensamientos negativos sobre las limitaciones en la vejez también tienen una gran influencia en este aspecto. Ya que el abuelo tiende a dejar de realizar ciertas actividades que antes sí podía hacer y no busca la forma de mejorar y llevar una vida normal.

### **3.3 Cambios en relación con la sociedad**

Una de las principales causas del deterioro cognitivo en el adulto mayor es la pérdida de las relaciones sociales. Sobre todo, cuando se aíslan del mundo exterior y tienen poco contacto con otras personas, ya sean amigos o familiares. Esta falta de interés por relacionarse con el mundo hace que el abuelo sufra un debilitamiento de sus capacidades cognitivas.



---

---

Además de esto, la memoria de la persona también se ve afectada, por lo que con el paso del tiempo comenzará a disminuir poco a poco.

### **3.4 Cambios en el organismo**

Los cambios que ocurren de forma natural en el organismo también son una de las principales causas de esta condición. De hecho, este caso en concreto suele crear mayores probabilidades de sufrir un deterioro más grave. Entre los distintos cambios que suelen suceder durante la vejez, se destaca la pérdida de las neuronas, las cuales al morir no son capaces de regenerarse nuevamente. Otro de estos cambios es la pérdida de la vista y la incapacidad de reconocer objetos.

### **3.5 Efecto de la institucionalización y no institucionalización**

La institucionalización es la integración de un adulto mayor, a un centro o institución de cuidado, ya sea por voluntad propia o por decisión de la familia, este desamparo o internamiento a un centro le puede traer consecuencias tanto físicas como cognitivas en el adulto mayor, sabemos que el contacto con el mundo que le rodea social y familiar, beneficia en las funciones físicas y cognitivas del adulto mayor, pues en el momento que entra a una institución el adulto mayor está expuesto a situaciones de estrés o depresión por el aislamiento social y familiar; por lo tanto a su vez una disminución en las funciones cognitivas como la memoria, atención o concentración; así como un declive en sus funciones físicas. (Rios, Grajales, & Yurley, 2016)





---

---

Los adultos mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que afecte en el estado de su cognición, y este riesgo se multiplica cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Laborda et al, 1998).

Por otra parte, sabemos que los adultos mayores atravesarán por cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que afectarán su autonomía, independencia funcional o calidad de vida, sin embargo al llegar a esta etapa será benéfico en su salud, incorporarlos a que participen en actividades sociales, recreativas o culturales, así como la integración en las actividades del hogar en conjunto con la familia, ya que al momento de la jubilación, es decir es de vital importancia incluir al adulto mayor en un entorno psicosocial y medio ambiente construido, de esta manera será una población no institucionalizada con una mejor calidad de vida (Beltrán et al, 2017)

A su vez los adultos mayores que cuentan con escolaridad u ocupación, que realizan actividades cognitivas, ocupacionales o cuentan con mayor apoyo social o familiar tienen menor riesgo de padecer Demencia o que el Deterioro cognitivo sea más lento. (Cancino et al, 2018)

### **3.6 ¿Cuáles son los Síntomas más Comunes del Deterioro Cognitivo en el adulto mayor?**

El deterioro cognitivo en el adulto mayor se clasifica en tres tipos: leve, moderado y severo. Cada uno de ellos presentan los siguientes síntomas según sea el caso:



---

---

### 3.7 Deterioro cognitivo leve

Este primer tipo de deterioro cognitivo es el menos grave de todos, tal cual lo indica su nombre. En este caso, la memoria y las funciones cognitivas del anciano sufren un deterioro muy leve que no causa ningún efecto negativo en la vida cotidiana del paciente.

Entre los principales problemas que puede afrontar un adulto mayor con deterioro cognitivo leve, se destacan los siguientes:

- Olvidarse de asistir a una reunión.
- Perder objetos con mucha frecuencia.
- No recordar nombres de personas muy conocidas
- Cambios en la conducta como mal humor e irritabilidad.
- Desorientación en el tiempo y espacio en algunas ocasiones.
- Perder el hilo de las conversaciones.

Es posible que este problema aumente las posibilidades de desarrollar un trastorno neurológico más grave en el futuro como, por ejemplo, la demencia, a pesar de esto, hasta el momento la mayoría de las personas afectadas han logrado evitar el avance de la condición, incluso han podido mejorar con el paso del tiempo (Madrigal, 2007)



---

---

### **3.8 Deterioro cognitivo moderado**

En el nivel moderado comienzan a manifestarse determinados cambios que son mucho más evidentes que en el caso anterior. Esto ocurre porque el deterioro cognitivo moderado hace que el adulto mayor tenga varias dificultades para realizar ciertas actividades diarias. Entre ellas están las dificultades de aprendizaje, los errores en los cálculos numéricos, la desorientación y los problemas para comprender órdenes.

Durante el envejecimiento es completamente normal que el anciano comience a presentar un bajo deterioro de las funciones cognitivas, ya que durante esta etapa es común perder un pequeño porcentaje de estas capacidades. No obstante, no todos llegan a los límites extremos del deterioro cognitivo porque no todos envejecen con el mismo estado de salud. Esto, en su mayoría, se debe a las siguientes causas que a su vez contribuyen con la aparición de dicha condición (Madrigal, 2007):

Falta agregar las causas indicadas por Madrigal (2007), para la condición del deterioro cognitivo moderado:

### **3.9 Deterioro cognitivo grave**

El deterioro cognitivo en el adulto mayor de nivel grave puede hacer que sea completamente imposible comunicarse con la persona en cuestión. Esto sucede porque



---

---

el anciano no es capaz de comprender lo que se le está comunicando. Además de esto, algunos abuelos intentan hablar, pero las oraciones que utilizan no tienen sentido alguno.

En la parte de la memoria ocurre un daño permanente, por lo que la persona no será capaz de recordar ningún acontecimiento. Ya sean del pasado o recientes. De igual forma su capacidad para escribir y cuidar de sí mismo se ven perjudicadas, lo cual los hace dependientes a sus cuidadores o familiares para hacer cualquier cosa. Esto incluye caminar, comer, vestirse, etc.

Es importante intervenir de manera no farmacológica, creando un programa con ejercicios o actividades, que permitan el retraso de las funciones cognitivas en específico de la memoria, de la población longeva, con esto asegurar el mejoramiento de su calidad de vida (Madrigal, 2007).

Diferentes investigaciones han demostrado que el adulto mayor puede mantenerse activo cognitivamente ya que el cerebro tiene una gran plasticidad, la cual es la capacidad que tienen las células nerviosas, de desarrollar, mantener y reorganizar sus conexiones, así como la comunicación con otras células. (Manes, y Torralba, 2007, citados en Binotti, 2009). De esta manera se mejora las funciones cognitivas y el retardo del envejecimiento; por lo que la plasticidad cerebral favorecerá el desarrollo de reserva cognitiva, siempre y cuando la persona se mantenga activa intelectualmente la mayor parte de su vida (Binotti, 2009).

En específico, en relación con la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” y el Centro Gerontológico de Tabasco, se cuenta con población Adulta Mayor, tanto independiente como



---

---

dependiente de sus actividades de la vida diaria, la cual presenta un cierto grado de deterioro cognitivo, sin contar en su mayoría con la estimulación necesaria.

Los adultos mayores sufren de un envejecimiento cognitivo por lo que se requiere de una correcta estimulación de las funciones cognitivas para prevenir el deterioro de estas. De acuerdo con Jara (2007) y Binotti (2009), es importante la psicoestimulación para un mejoramiento en la calidad de vida de las personas a las cuales se les aplique procesos de estimulación como: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial.

Los seres humanos son seres que requieren de estimulación necesaria para acrecentar sus potencialidades y de esta manera bajar las deficiencias que pudieran presentar ya sea físicas o cognitivas; con ello, a través de la estimulación, los adultos mayores tendrán la oportunidad de aumentar sus potencialidades y no permitir el deterioro físico o cognitivo (Madriral, 2007).

El proceso cognitivo en la vejez se caracteriza en gran medida por su plasticidad neuronal, por lo que de esta manera le permite al organismo tener la capacidad de reserva que le ayudará a compensar o prevenir el descenso de la cognición en esta etapa y tener la posibilidad de prevenirlo o rehabilitarlo (Puig, 2012).

Las personas que reciben pocos estímulos del entorno pueden padecer más rápidamente del descenso de las facultades mentales en comparación con personas que están expuestas a grandes estímulos por lo que entre más estimulación, mayor autonomía. (Calero, 2003).



---

---

La estimulación cognitiva asegura la rehabilitación de una persona con cierta discapacidad a alcanzar su estado máximo de bienestar en todos sus ámbitos ya sea físico, psicológico o social, siempre y cuando se cuente con la adecuada intervención multidisciplinaria; y alcanzar una mejoría emocional (López y Ariño, 2002).

Con cualquier tipo de estimulación cognitiva adecuada se pretende mantener las habilidades intelectuales como atención, memoria, cálculo conservadas el mayor tiempo que sea posible, de esta manera se favorece la autonomía del adulto mayor (Jara, 2007).

Por lo anterior, la relevancia de esta investigación, se centra en la importancia de conocer la prevalencia del deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, con la finalidad de llevar a cabo estrategias que permitan que el deterioro cognitivo no se agudice en la población adulta mayor institucionalizada de la Residencia del anciano “Casa del Árbol”, y no institucionalizada en el Centro Gerontológico Tabasco.



## 4. HIPÓTESIS

### 4.1 Hipótesis Alterna

La prevalencia del deterioro cognitivo leve en Adultos Mayores está presente en mayor medida en los institucionalizados que en los no institucionalizados.

### 4.2 Hipótesis nula

No existen diferencias significativas en el deterioro cognitivo leve entre los adultos mayores institucionalizados y los no institucionalizados.



---

---

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 General

Analizar la prevalencia del deterioro cognitivo leve en Adultos mayores institucionalizados en la Residencia del Anciano y no institucionalizados en el Centro Gerontológico

### 5.2 Objetivos Específicos

1. Conocer las características Sociodemográficas: de los Adultos mayores institucionalizados y de los no institucionalizados.
2. Describir el deterioro cognitivo leve de los Adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.
3. Comparar las características del deterioro cognitivo leve entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados





---

---

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1 Envejecimiento como proceso sociocultural

#### 6.1.1 Sociodemográfico

El envejecimiento demográfico adquiere importancia debido a que es un fenómeno que ocurre en todas las regiones del mundo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerado un tema importante ya que sus proyecciones indican que “en el año 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentara casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Igualmente, habrá por primera vez más personas de edad avanzada que niños menores de 15 años”. (2012). Además, existirán 64 países donde la población de edad avanzada será representada por más del 30% (citado por Montoya, Soria A., & Bernardino, J,2017)

Para Ordorica (2012), México atraviesa una “fase de plena y acelerada transición demográfica” y es considerado como el tema demográfico del siglo XXI (como se citó en Soria, et al.,2017).

Según la CONAPO en el año 2000 las personas adultas mayores representaban el 6.8% de la población total y en 2002 la proporción para esta población envejecida en las regiones más desarrolladas del mundo habría aumentado de 11.7% en 1950 a 32.3% en 2050. (Bush, 2005)

El cambio demográfico ha sido consecuencia de menores tasas de fecundidad y mortalidad, así como de un alza en la esperanza de vida. En México en el año 2000 la



---

---

esperanza de vida era de 74 años, incrementando a 75.3 años en el 2017, siendo de 77 para las mujeres, y 72 para los hombres (INEGI, 2016, 2017).

En los últimos años se ha venido observando que la población de adultos mayores viene en ascenso, por lo que organizaciones tanto gubernamentales como privadas se han venido interesando en el bienestar y mejoramiento de la vida de la persona de edad avanzada.

Tanto a nivel mundial como nacional desde años atrás se han establecido políticas públicas en beneficio de la población adulta mayor, desde entrega de pensiones acompañado de atención médica y medicamentos en beneficio para combatir enfermedades o la pobreza; muchos adultos mayores cuentan con sistemas de seguridad social, (IMSS, ISSTE etc.) y son pensionados al enfrentarse a una jubilación, sin embargo muchas veces estas pensiones son bajas para cubrir sus necesidades diarias o ya sea que los adultos mayores presenten problemas familiares; es importante hacer ver los derechos con los que cuentan los adultos mayores, sin embargo ver el envejecimiento desde una perspectiva positiva, que los adultos mayores lleguen a un envejecimiento activo, saludable y digno. (Cuellar, 2019)

### **6.1.2 Biológicas**

El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose, "... hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos" (Arriola e Inza, 1999:84). Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos.



---

---

Cuando una persona va envejeciendo, distintas partes del cuerpo se van deteriorando, al pasar los años, el organismo va cambiando, muchas veces los cambios son notorios, otras veces no, o en algunas personas ocurre más rápido que en otras, por lo que las personas requieren hacer ajustes en su vida cotidiana, en algunas ocasiones debido a enfermedades que se van presentando con el tiempo.

Muchos de estos cambios son notables, en el cabello, piel, uñas, visión, audición, gusto, olfato, sin duda es un proceso biológico natural por el que todos vamos a pasar y muchas ocasiones con consecuencias sociales psicológicas. (Coello, 2008).

Al tener el envejecimiento consecuencias sociales, desde años atrás diversas organizaciones se han encargado de proponer o intervenir en el envejecimiento a manera de que la población adulta mayor tenga una mejor calidad de vida, o mejorar sus condiciones de vida.

## **6.2 Funciones Cognitivas en el Adulto Mayor**

Según un estudio en Chile las patologías que más prevalecen en los adultos mayores son obesidad, diabetes mellitus, depresión y demencia; en la demencia, el factor de riesgo más importante es el deterioro cognitivo, el cual es la alteración de memoria, atención, concentración, lenguaje etc., y que por lo tanto afectan en la vida cotidiana del adulto mayor que lo padece.

Los adultos mayores que cuentan con escolaridad u ocupación, que realizan actividades cognitivas, ocupacionales o cuentan con mayor apoyo social o familiar tienen



---

---

menor riesgo de padecer demencia o que el deterioro cognitivo sea más lento. (Cancino et al, 2018).

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea. Desde esta perspectiva, representan la esencia de la adaptación personal del individuo y de todo el proceso social debido a la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar estrategias, planificar el futuro y evaluar sus consecuencias.

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas (Puig, 2012).

Sin duda, el deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002) es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema de gran importancia, que implica una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los adultos mayores. La información que se tiene al respecto se ha extraído, en gran medida, de estudios circunscritos a la demencia (Martínez, 2002). De hecho, los factores de riesgo principales para padecer un deterioro cognitivo guardan mucha relación con la demencia.

Los adultos mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercute en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Laborda et al, 1998).



---

---

### 6.3 Memoria

La memoria es una de las principales funciones que se pierden en el proceso de envejecimiento, pues muchas veces en este proceso se presenta una disminución de las funciones cognitivas y en ocasiones varía dependiendo de factores fisiológicos o ambientales.

Hay autores que han señalado que las actividades sociales o al aire libre beneficia a los adultos mayores en sus funciones cognitivas o pacientes con una demencia, principalmente en la memoria o psicomotricidad. (Valencia, 2008)

Existen diferentes modelos teóricos sobre la memoria, desde los que afirman que consta de diferentes procesos, hasta los que opinan que está compuesta por diferentes sistemas y subsistemas. La memoria es la facultad de conservar las ideas anteriormente adquiridas.

La memoria cumple un rol relevante en el desempeño intelectual, ya que, al funcionar como un sistema, los procesos cognitivos se interrelacionan constantemente y la labor de uno puede afectar el funcionamiento de otro.

Siempre se puede mejorar el funcionamiento de la memoria, a cualquier edad incluso con diagnóstico de alteraciones de memoria subyacentes a una patología.

Se han descrito tres funciones de la memoria:

Existen distintos tipos de memoria, entre ellas la memoria sensorial, que es la que utiliza los cinco sentidos. Cada persona conoce y percibe la realidad de diferente manera, utilizando distintos sentidos para seguir el medio. (Puig, 2012)

Las diferentes memorias asociadas a los sentidos son:

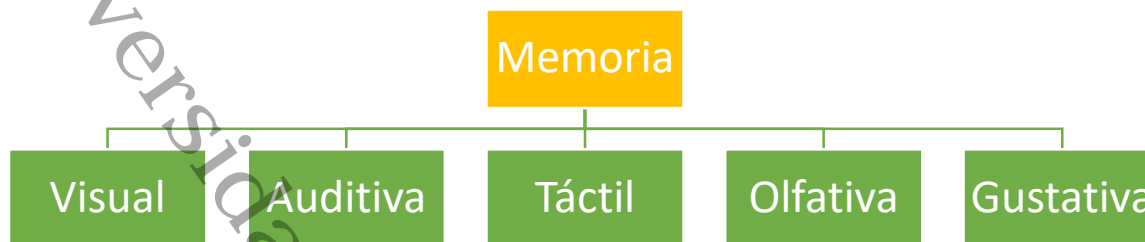


Figura 4 Diferentes tipos de memoria asociadas a los sentidos

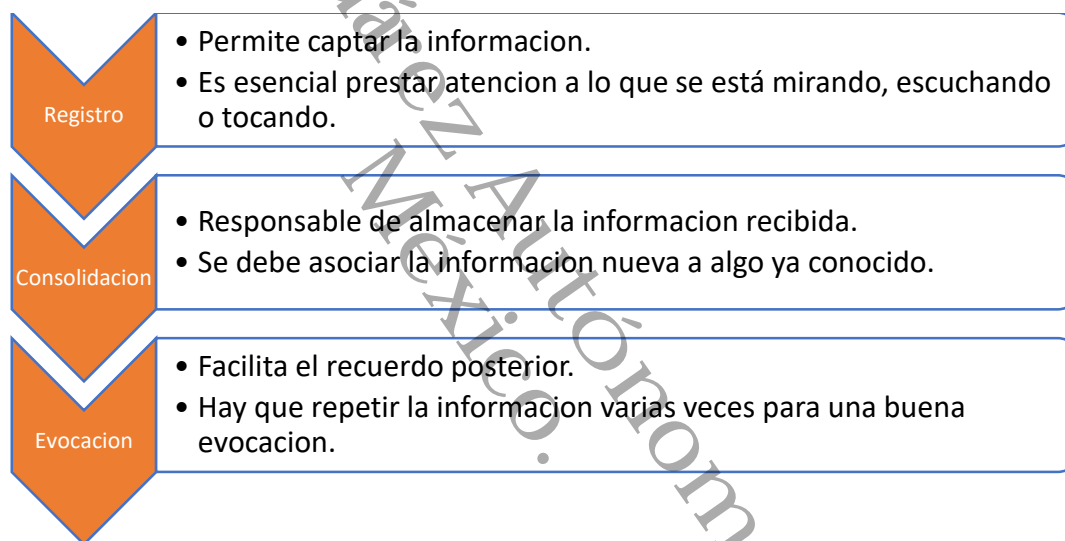


Figura 5 Diferentes tipos de memoria

Adicionalmente, se distinguen otras categorías según el alcance temporal de éstas: memoria a corto y largo plazo. La memoria a corto plazo es el sistema donde el individuo maneja la información del momento, es decir a partir de la interacción aquí y ahora con el ambiente. La memoria a largo plazo es considerada una gran “base de datos” y es lo que

comúnmente denominamos memoria. Almacena los recuerdos, nuestros conocimientos acerca del medio, imágenes, conceptos, estrategias, comportamientos.

#### 6.4 Alteraciones de la memoria

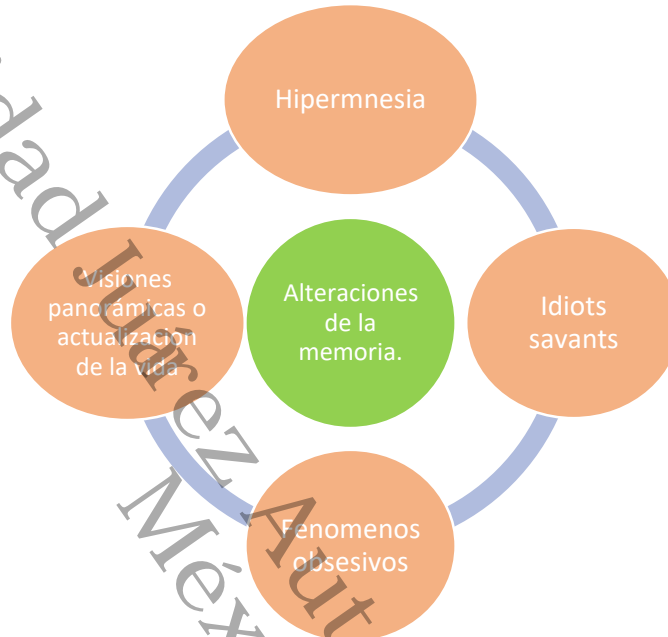


Figura 6 Alteraciones de la memoria

##### 6.4.1 Amnesias

Este trastorno impide de manera total o parcial poder memorizar una información o un periodo de vida del individuo, ya sea a la hora de registrar, de retener o de evocar.

**Casos de lesiones permanentes.** (Ejemplos en la Unidad “Neuronas e información, bases de la conducta”).

##### **Lesiones temporales.**

- Golpes y caídas, que pueden causar daños múltiples en el cerebro.



- 
- 
- La terapia electro-convulsiva. Se utiliza en el tratamiento de la depresión. Tiene como efecto secundario la afectación o bloqueo de la memoria. A veces, la pérdida de información se normaliza en unos días, aunque otras veces las lagunas perduran en el tiempo, según lo especificado por Puig (2012), que además define las principales características de las funciones cognitivas:

**Percepción** En esta función se reconocen los estímulos del medio ambiente, y se utilizan los cinco sentidos, como olfato, vista, audición, tacto y gusto.

**Atención** En esta función la persona es capaz de darse cuenta de cualquier estímulo y la concentración es centrar la atención en ese estímulo.

**Razonamiento lógico** Esta función te permite organizar, categorizar y ordenar las ideas, se distingue lo esencial.

**Orientación** En esta, la persona tiene la posibilidad de ubicarse en tiempo y espacio.

**Lenguaje** Esta te permite la comunicación, ayuda a comprender la realidad, y enriquece el desempeño cognitivo.

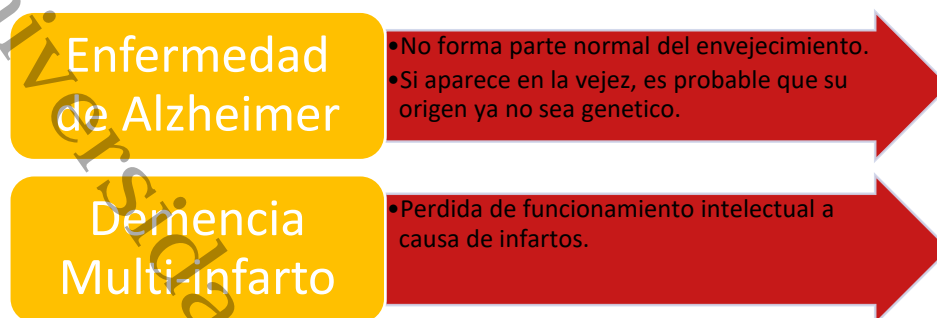
**Praxias** Estas son habilidades que la persona ya tiene adquiridas, se requiere la coordinación motora.



---

---

Destacamos dos enfermedades neurodegenerativas más comunes.



*Figura 7 Enfermedades neurodegenerativas más comunes*

### **6.5 Trastornos Psicológicos con Alteraciones de la Memoria (Trastornos Disociativos).**

- ✓ Amnesias disociativas. Hay incapacidad para recordar información personal importante de naturaleza traumática o estresante. Aquí hablamos de que la situación emocional ha ocasionado un bloqueo en el proceso de registro y codificación, o en el de recuperación, y la persona no puede hacer consciente el hecho o dato.
- ✓ Trastorno de identidad disociativo, donde la persona vive con varias identidades a la vez, alternándolas, de manera que cuando está con una no recuerda que existen las otras.
- ✓ Fugas disociativas, donde la persona desaparece durante un tiempo sin recordar parte o la totalidad de su pasado o su identidad. (Puig, 2012)

### **6.6 Estimulación Cognitiva**

Todos los seres humanos tienen capacidades cognitivas, psicosociales y emocionales que a su vez le ayudaran a adaptarse al entorno que le rodea; sin embargo, es posible mejorarlas con la experiencia a través de una estimulación cognitiva.



---

---

La estimulación cognitiva son actividades, técnicas o estrategias que se utilizan para mejorar las funciones cognitivas principalmente la memoria, atención, lenguaje entre otras.

Sin embargo, la estimulación cognitiva busca no solo beneficiar la parte cognitiva de la persona, sino también la parte social o familiar, es decir intervenir en diferentes esferas.

Con la estimulación cognitiva se trabaja principalmente con las funciones que aún conserva la persona, de esta manera se beneficia positivamente al adulto mayor. (Villalba, 2014)

La persona adulta mayor sufre de un envejecimiento cognitivo que requiere de la estimulación de las funciones cognitivas para prevenir el deterioro de estas funciones.

Es importante la psicoestimulación cognitiva para un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de las personas a las cuales se les aplique procesos de estimulación de las funciones cognitivas: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial.

El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permita aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros) que presenten.

El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminuyéndose así, el riesgo a que este deterioro empeore.

En las personas adultas mayores, “los procesos cognitivos en la vejez se caracterizan por su plasticidad neuronal” (Puig, G 2012:147), ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para



---

---

compensar o prevenir el declive, es decir, que en edades avanzadas la cognición es entrenable y potenciable, este hecho abre una nueva vía de intervención ya que significa que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo.

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales (Calero, 2003), es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona.

La estimulación cognitiva consiste, según López, López y Ariño (2002) en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva. (López y Ariño, 2002).

Cualquier tipo de estimulación cognitiva lo que busca es alcanzar los siguientes objetivos:

- Mantener sus habilidades intelectuales como memoria, atención y cálculo conservadas el tiempo que se pueda con la finalidad de mantener su autonomía.
- Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.
- Mejorar las relaciones sociales y familiares de los sujetos (Puig, 2012).

El hecho de que el cerebro pueda responder positivamente al entrenamiento justifica la elaboración de programas de estimulación cognitiva. Su objetivo es mantener y/o aumentar



---

---

el rendimiento del cerebro, así como buscar estrategias para enlentecer y compensar las fallas normales de atención y memoria.

### **6.7 Estrategias**

Es importante llevar a cabo una valoración previa a cualquier tipo de intervención que permita mejorar las funciones cognitivas del adulto mayor. De esta manera se podrá ver cuáles son las áreas que tiene afectadas y realizar un tipo de intervención adecuado a sus deficiencias.

La estimulación cognitiva se enfoca en trabajar las áreas que se encuentran afectadas y en las que aún no están afectadas con el fin de ralentizar el deterioro, y esto es posible a través de diferentes ejercicios que se adecuan de acuerdo con el tipo de deterioro y las características del adulto mayor. El objetivo de la estimulación cognitiva es fomentar las capacidades mentales del adulto mayor y aumentar su funcionamiento.

De las técnicas terapéuticas utilizadas en la estimulación cognitiva, existen tres tipos de programas que son indicados en casos de pacientes en fases leves de deterioro.



Tabla 2 Técnicas terapéuticas para pacientes con deterioro cognitivo leve

Terapia de orientación a la realidad. (T.O.R.)	Terapia de reminiscencia.	Terapia comportamental.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fue descrita por Folsom en el año 1958.</li><li>• Opera a través de la orientación temporal, espacial y orientación sobre la propia persona.</li><li>• Aumenta la sensación de control y Autoestima.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proviene de los primeros trabajos de Butler (1963) acerca de la "Revisión de la vida".</li><li>• Se trae a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver.</li><li>• Mejora la autoestima del paciente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• También llamada Terapia de modificación de conducta; afirma que se pueden producir cambios en el comportamiento desadaptativo de un paciente.</li><li>• Se ponen en práctica las teorías del reforzamiento (positivo y negativo).</li></ul>

## 6.8 Institucionalización

La institucionalización es la incorporación de un adulto mayor, a una institución de cuidado, ya sea de manera voluntaria o por decisión de la familia, este abandono o internamiento a un centro trae consigo consecuencias tanto físicas como cognitivas en el adulto mayor, sabemos que la interacción con el mundo que le rodea familiar o social, beneficia en las funciones físicas y cognitivas del adulto mayor, por lo que al entrar a una institución el adulto mayor está sujeto a situaciones de estrés o depresión por el aislamiento social y familiar; por consiguiente una disminución en las funciones cognitivas como la memoria, atención o concentración; así como un declive en sus funciones físicas. (Rios, & Yurley, 2016)

La institucionalización se ha relacionado históricamente con la necesidad de protección social. Los llamados asilos o espacios de misericordia como se denominaban desde hace varios años atrás) se relacionan con la indigencia o el abandono, pero a su vez según Torres (s.f), es donde impera un sistema de internado que ejerce una fuerte ruptura



---

---

entre la familia y la persona mayor. Varios de estos espacios han ido transformando sus características y se ha dado apertura a nuevas instituciones bajo cuatro aspectos centrales: a) la opción de lucro; b) una fuerte demanda que trajo problemas frente a la necesidad de cupos y la carencia de espacios; c) según Pedrero (2011), las mujeres (quienes han ejercido el cuidado) se han vinculado laboralmente a causa de las transformaciones sociales y el cuidado ha pasado a ser un ámbito laboral formal, que impulsa la apertura de nuevas instituciones; y, d) el estereotipo negativo frente a la persona mayor en las sociedades modernas y occidentales, haciendo énfasis en sus dificultades y dependencia, impulsando la institucionalización. (Leturia, 1997)

El ingreso en un centro residencial no siempre es igual. No existe un único proceso de institucionalización (Leturia, 1997). Existen diferencias dependiendo de que ya sea un ingreso temporal o definitivo, así una persona con deterioro cognitivo y una con un trastorno depresivo difieren completamente del proceso de toma de decisiones y la participación del mayor en el mismo, de la situación familiar y su capacidad de afrontamiento de estas situaciones y del propio centro.

Según estudios realizados en Huelva, España, de factores predictores del deterioro cognitivo en Adultos Mayores Institucionalizados, la prevalencia del deterioro es del 47% mayor a los no Institucionalizados. (Sánchez, 2016)

Por otro lado, estudios realizados en Tungurahua Ecuador de rendimiento cognitivo en adultos mayores institucionalizados, se reportaron concentración de deterioro cognitivo de 52.9% en adultos mayores institucionalizados. (Pomaquero, 2021)



---

---

## 6.9 No institucionalización

Sabemos que existe un incremento en la población de más de 60 años, de igual manera que los adultos mayores atravesaran por cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales que afectaran su autonomía, independencia funcional o calidad de vida de las personas adultas mayores, sin embargo al llegar a esta etapa será beneficioso en su salud, incluirlos a que participen en actividades sociales, recreativas o culturales, así como la integración en las actividades del hogar en conjunto con la familia, ya que se cuenta con la disponibilidad de tiempo después del proceso de jubilación, es decir es de vital importancia incluir al adulto mayor en un entorno psicosocial y medio ambiente construido, de esta manera será una población no institucionalizada con mejor calidad de vida. Según encuesta de SABE de Colombia, encontró que el 79% de la población es independiente de las actividades básicas de la vida diaria y el 62% independiente en las AVD instrumentales. (Beltrán, s/f).

Según INEGI (2015), Tabasco cuenta con una población de 2,400,967, siendo el 9% de ellos población adulta mayor, con un índice de envejecimiento de 31.8%, lo que equivale a 216, 087.

Tabasco es una de las entidades federativas que no cuenta con muchos programas de apoyo para los adultos mayores; es decir, con lugares físicos de entretenimiento en donde tengan la oportunidad de convivencia, en muchos casos son los propios adultos mayores que apoyan económicamente para realizar actividades. (Garcia, 143-145)

En esta investigación el objetivo es demostrar que el deterioro cognitivo, está condicionado a las situaciones en las que se encuentran los adultos mayores asociándolos a



---

---

la red de apoyo con la que en algún momento podrían o no contar, el grado de sus condiciones físicas, emocionales y sociales y de qué manera esto afectará o no el decremento de su funcionalidad, al haberse observado que en un estado de institucionalización esto se ve gravemente determinado en su capacidad de memoria, atención, concentración, lenguaje, orientación, praxias, sobre todo en las primeros etapas del ingreso lo cual no se logró encontrar en la revisión bibliográfica, que al inicio es meramente funcional y con el paso del tiempo se convierte en una condición crónica.

Se han realizado estudios en Huelva, España, donde se determinó que la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores no Institucionalizados es del 8%. (Sánchez, 2016)

Por otra parte, en estudios realizados en Tungurahua, Ecuador, de rendimiento cognitivo en adultos mayores no institucionalizados reportaron concentraciones de deterioro de 41.7% menor a la población institucionalizada. (Pomaquero, 2021)





---

---

## 7. MATERIALES Y MÉTODOS

### 7.1 Diseño de Investigación

Esta investigación es de carácter no experimental, de tipo cuantitativo, comparativo, y de diseño transversal; debido a que se observa el fenómeno de estudio tal y como ocurre naturalmente, sin intervenir en su desarrollo (Polit & Hungler, 2000, p. 153).

De tipo cuantitativo comparativo porque establece las causas o los factores de riesgo que inciden en determinados problemas (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

De diseño transversal debido a que la información se obtendrá en un solo corte en el tiempo (Polit & Hungler, 2000, p. 159).

### 7.2 Universo

La población objetivo de la investigación fueron los adultos mayores que reciben apoyo por parte de la Dirección de atención del Adulto mayor de la cual dependen la **Residencia del Anciano “Casa del Árbol”** la cual tiene como objetivo la prestación de servicios de atención y asistencia a adultos mayores de escasos recursos económicos; en estado de abandono, desamparo, maltrato y/o discapacidad en instalaciones adecuadas y de estancia permanente, ubicada en Carretera Villahermosa – Teapa; calle Manuel Silva a Parrilla Los Acosta, Poblado Huapinol Villa Parrilla 2da. Sección, Centro, C.P. 86195, fundado en septiembre de 1987; y el **Centro Gerontológico de Tabasco** que tiene como objetivo la prestación de servicios de asistencia social especializada para personas adultas



mayores, en espacios accesibles, para la atención temporal y realización de actividades adecuadas a sus necesidades y atiende personas adultas mayores que, por sus carencias socioeconómicas o por su condición de discapacidad se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo pertenecientes al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, DIF Tabasco. Considerando participantes a Adultos mayores funcionales.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MIN- SAL, 2003).

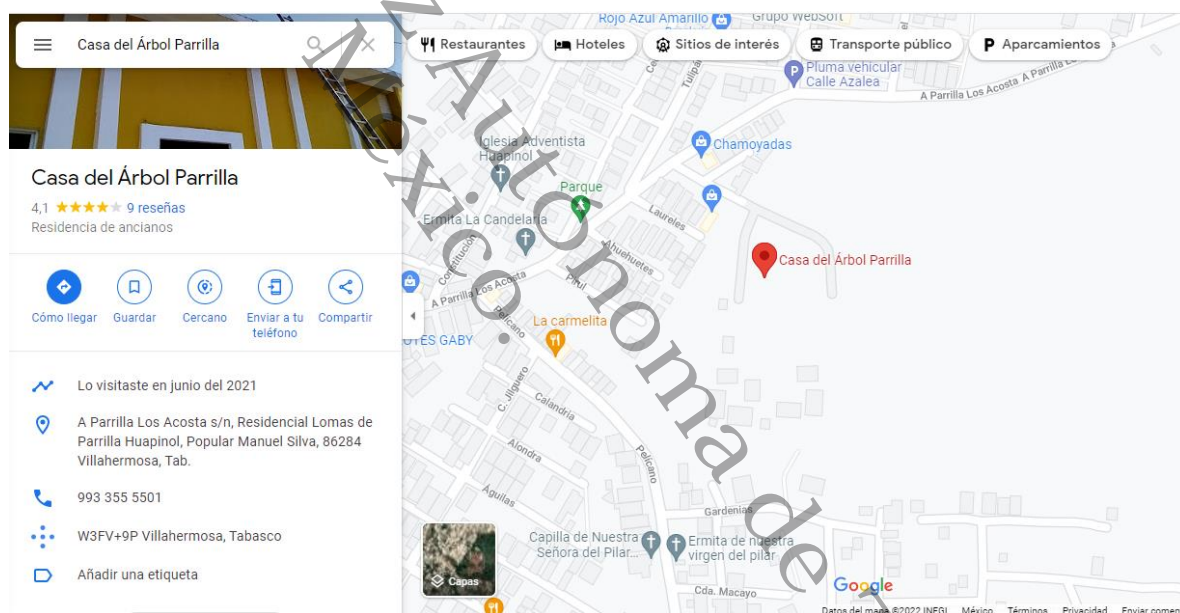


Figura 8 Mapa de geolocalización Residencia del anciano "Casa del Árbol"

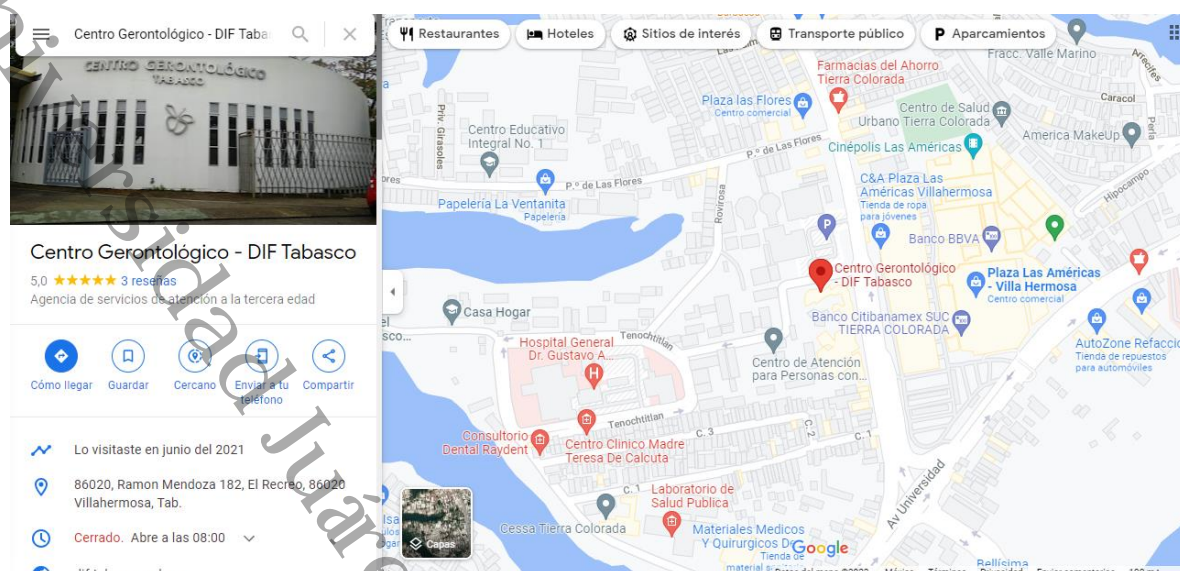


Figura 9 Mapa de geolocalización Centro Gerontológico Tabasco

### 7.3 Muestra y Muestreo

La muestra estuvo conformada por los adultos mayores funcionales que constituían la población en riesgo de desarrollar un posible Deterioro Cognitivo Leve, los Institucionalizados que viven en la Residencia del Anciano y No Institucionalizados que acuden al Centro Gerontológico de Tabasco a los cuales se les aplico él, **Mini-Mental State Examination (MMSE)**, publicado en una revista científica en 1975, cuyo primer autor principal es el Dr. Marshall Folstein. Por esta razón, se la suele denominar “el Mini-Mental de Folstein”. Esta prueba control se aplicó al total de la población Institucionalizada y no Institucionalizada, y seleccionándose para el objetivo de esta investigación los que obtuvieron un puntaje de 18 a 25 o más equivalente a Sin deterioro y Deterioro cognitivo leve.



---

---

Para la aplicación de este instrumento se contó con el apoyo de los 5 psicólogos titulares, previa capacitación.

Se aceptaron para el estudio a 9 Adultos Mayores de la “Casa del Árbol” y 3 Adultos Mayores del Centro Gerontológico de Tabasco.

El Test Mini-Mental comprende una serie de preguntas y la realización de algunas acciones por parte de la persona evaluada. Sus resultados permiten tener una valoración de cribado o despistaje de su estado cognitivo en distintas áreas que se pueden relacionar con diferentes síntomas cognitivos, que en el MMSE son los siguientes:

- **Orientación temporal y espacial:** se realizan algunas preguntas acerca del día y el lugar en el que nos encontramos en ese momento.
- **Memoria inmediata y retención:** para su evaluación se emplea la repetición y recuerdo de tres palabras.
- **Concentración y memoria de trabajo:** se realiza una actividad de cálculo mental o, alternativamente, en algunas versiones se emplea una de deletreo inverso de una palabra.
- **Lenguaje:** se solicita a la persona evaluada la repetición de una frase sencilla, la realización de una orden escrita y una verbal, la escritura de una frase y la denominación de un par de objetos.
- **Praxis constructiva gráfica:** requiere de la copia de un dibujo geométrico.

El MMSE cuenta con un rango de puntuación de 0 a 30

El muestreo, fue no probabilístico por conveniencia debido a que los elementos de la población se elegirán mediante técnicas no aleatorias; y porque, como su nombre lo indica, implica el empleo de una muestra integrada por las personas o los objetos cuya disponibilidad como sujetos de estudio es la más conveniente (Polit & Hungler, 2000, p.270).



### 7.3.1 Datos Sociodemográficos

Tabla 3 Datos Sociodemográficos de la población estudiada

<b>Dato Sociodemográfico</b>	<b>Rango</b>	<b>Institucionalizados</b>	<b>No institucionalizados</b>
<b>Edad</b>	<b>60-75 años</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
	<b>76-90 años</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
	<b>Femenino</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
	<b>Casado</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Tiempo de Residencia</b>	<b>1 a 7 años</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
	<b>8 o mas</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Enfermedad crónico-degenerativa</b>	<b>Si</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
	<b>No</b>	<b>4</b>	<b>2</b>



---

---

## 7.4 Prevalencia

Es la medida o proporción de determinado número de personas de una población que presentan un evento o característica específica en un periodo de tiempo determinado. La fórmula para calcular la prevalencia es.

$$P = \frac{N^{\circ} \text{ eventos}}{N^{\circ} \text{ individuos totales}}$$

Se caracteriza por ser una proporción, su valor varía entre 0 y 1, aunque muchas veces se expresa por porcentaje. Se refiere a un momento temporal.

La prevalencia del deterioro cognitivo leve se estima que varía entre el 17% y 34% en adultos mayores.

Hay diversos estudios que muestran una prevalencia en población adulta mayor entre el 3% y el 19% y un riesgo de presentar algún trastorno neurocognoscitivo del 11% al 33%. (Hernandez, 2008)

## 7.5 Criterios

### 7.5.1 Inclusión

Adultos mayores sanos o con un envejecimiento normal institucionalizados de la Casa del Árbol y no institucionalizados del Centro Gerontológico.

Que hayan obtenido en el Mini-Mental un puntaje de 18 a 31 puntos.

Que hayan aceptado participar en la investigación.

### 7.5.2 Exclusión

Adultos mayores fragilizados o deterioro cognitivo moderado a severo

Que hayan obtenido en el Mini-Mental un puntaje de 0 a 17 puntos.



---

---

Que tengan alguna incapacidad física o cognitiva, que no les permita participar en la investigación o que se niegue a la misma.

## **7.6 Variables**

### **7.6.1 Independiente**

Adscripción institucional: Institucionalizados y no Institucionalizados

### **7.6.2 Dependientes**

Deterioro Cognitivo

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



Tabla 4 Definición de variables

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición operativa</b>
Deterioro Cognitivo	<b>Dependiente</b>	Disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales, memoria, orientación, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento. (T., 2021)
Adscripción institucional	<b>Independiente</b>	Incorporación de una persona, a un centro o institución ya sea por decisión propia o de terceras personas.
Institucionalizados	<b>Independiente</b>	Personas que viven o son enviadas en las residencias para adultos mayores o centros geriátricos, ya sea públicos o privados, el cual puede deberse a diferentes causas ya sea por falta de protección social o por que la familia que tienen, no tiene las condiciones





		favorables para ofrecerle un hogar al adulto mayor
No institucionalizados	<b>Independiente</b>	Personas adultas mayores o población que vive en un entorno comunitario o con una red social o familiar satisfactoria. Generalmente se caracteriza por personas con mejor calidad de vida.

### 7.7 Descripción del Instrumento

Se utilizó Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA) Versión 8.1 concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves.

Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. Cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones puede administrar el MoCA, si bien únicamente un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo podrá interpretar sus resultados. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.



---

---

## 7.8 Método de Recolección de Datos

Para realizar este procedimiento se extendió un oficio dirigido a la Directora de Atención al Adulto Mayor del DIF Tabasco de la cual dependen la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” y el Centro Gerontológico Tabasco para solicitar acceso al campo de investigación e informarle el tipo de estudio y el tiempo destinado para la recolección de los datos.

La recolección de datos se llevó a cabo por cinco psicólogos titulares, los cuales aplicaron la prueba control (Mini-Mental).

Se hizo hincapié en la confidencialidad de sus datos personales y en que los resultados solo se utilizarían con fines académicos.

## 7.9 Plan de tabulación y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete computacional IBM SPSS Statistics versión 23, mediante el cual se realizaron tablas de frecuencia y medidas de tendencia central.

## 7.10 Consideraciones éticas

Esta investigación se apegó a las disposiciones establecidas en las normativas estatales de investigación, sobre el adulto mayor Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Gobernación, 2014).



---

---

Y las institucionales del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) sobre la confidencialidad en el manejo de los resultados, así como de su divulgación y publicación.

(Gobierno de México, SNDIF, 2020)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 8. RESULTADOS

El cálculo de la prevalencia de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se obtuvo de acuerdo con la fórmula descrita, número de eventos entre número de personas totales evaluadas. (Fajardo-Gutiérrez A. 2017)

$$P = \frac{\text{Num de eventos}}{\text{Personas totales}}$$

En los adultos mayores institucionalizados el número de eventos corresponde a 9, los cuales fueron quienes obtuvieron deterioro cognitivo leve según la prueba control aplicada; entre 42 el número total de personas a quienes se le aplicó la prueba control, obteniendo que el 0.21 es el porcentaje de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve.

En los adultos mayores no institucionalizados, el número de eventos corresponde a 3; los cuales fueron quienes obtuvieron deterioro cognitivo leve según la prueba control; entre 46, obteniendo que el 0.06 es el porcentaje de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve.

*Tabla 5 Fórmula de la prevalencia*

Institucionalizados	No institucionalizados
$P = \frac{9}{42} = 0.21$	$P = \frac{3}{46} = 0.06$

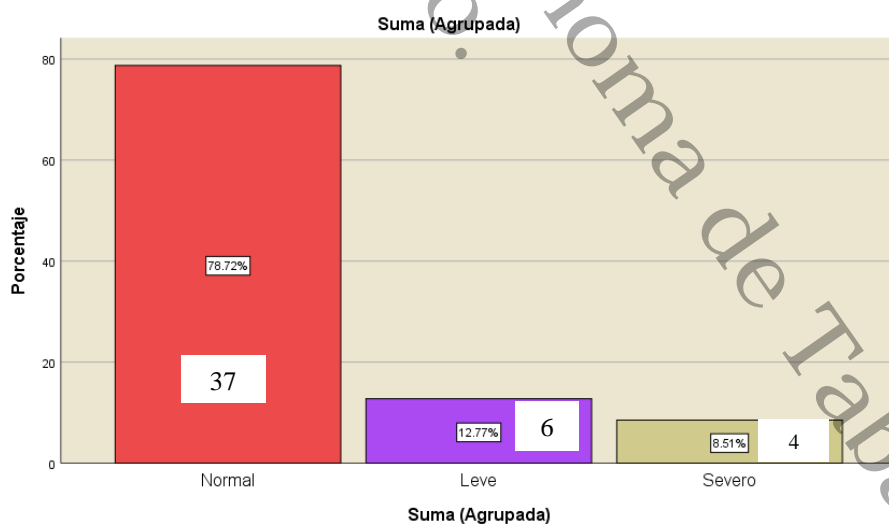


## Centro Gerontológico Mini Mental

En la gráfica 1 se puede apreciar que el 78% de los Adultos Mayores no Institucionalizados gozan de un funcionamiento cognitivo normal y solo el 12% de ellos padecen deterioro cognitivo leve.

Tabla 6 Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores no institucionalizados

		Suma (Agrupada)			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	37	78.7	78.7	78.7
	Leve	6	12.8	12.8	91.5
	Severo	4	8.5	8.5	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

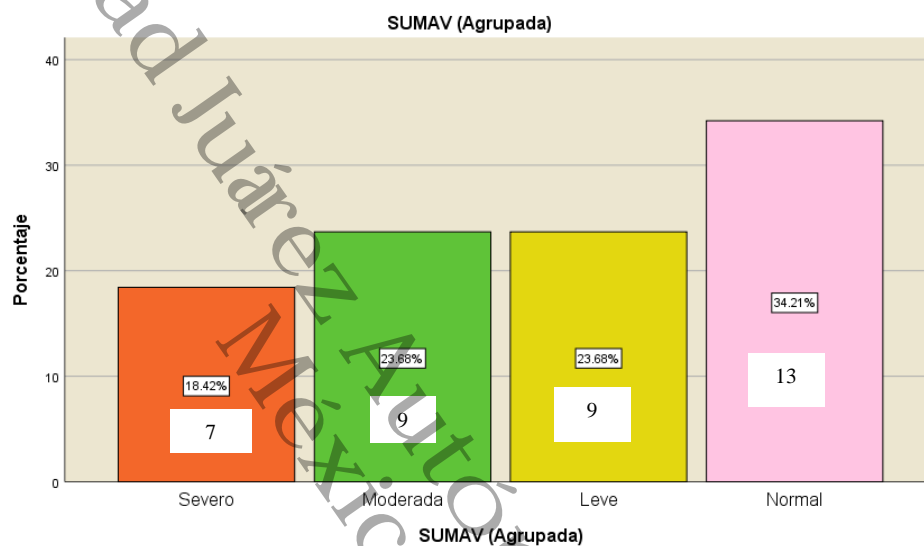


Gráfica 1 Nivel de Deterioro Cognitivo en adultos mayores No institucionalizados



## Residencia del Anciano “Casa del Árbol” Mini-Mental

En la gráfica 2, se puede observar que solo el 34% de los adultos mayores institucionalizados gozan de un funcionamiento cognitivo normal, el 23% de ellos tienen deterioro cognitivo entre leve y moderado y el 18% tienen deterioro cognitivo severo según el instrumento Mini-mental.



Gráfica 2 Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores Institucionalizados

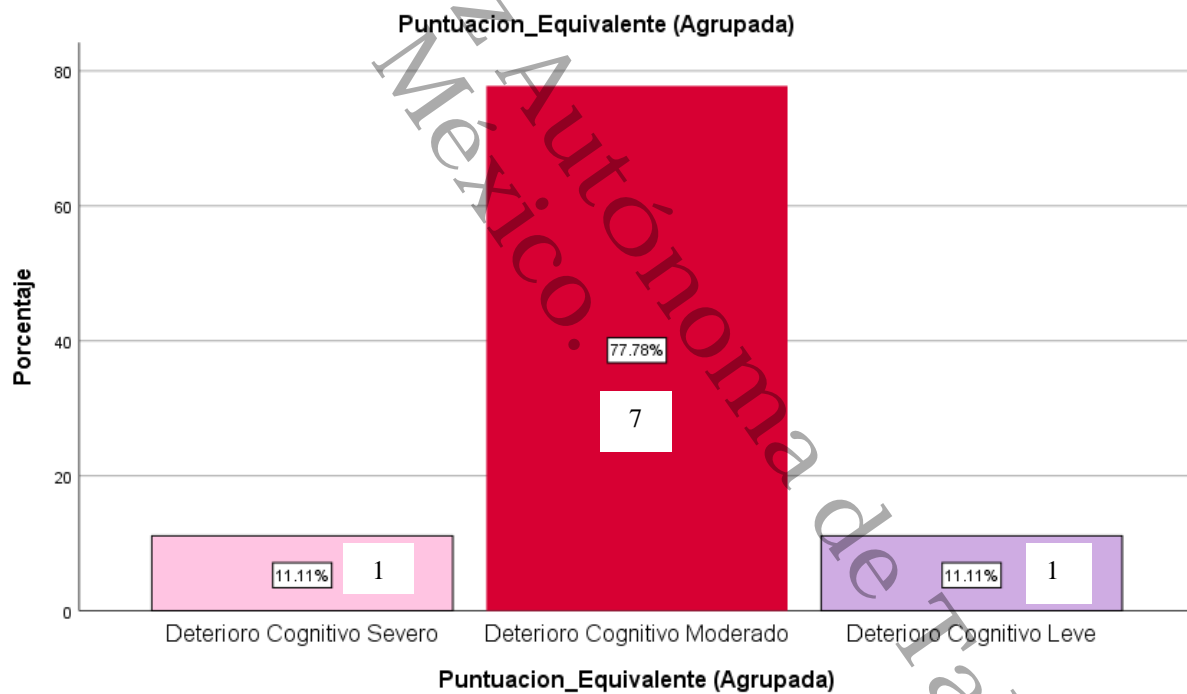
## Residencia del Anciano “Casa del árbol” MOCA

Para determinar el Deterioro Cognitivo Leve de los Adultos Mayores Institucionalizados resultó que el 77% de ellos tienen mayor grado de deterioro cognitivo resultando con Deterioro Cognitivo Moderado y el 11% de ellos tienen deterioro cognitivo leve y severo, ver gráfica 3.



Tabla 7 Frecuencia del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deterioro Cognitivo Severo	1	11.1	11.1	11.1
	Deterioro Cognitivo Moderado	7	77.8	77.8	88.9
	Deterioro Cognitivo Leve	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100	100.0	

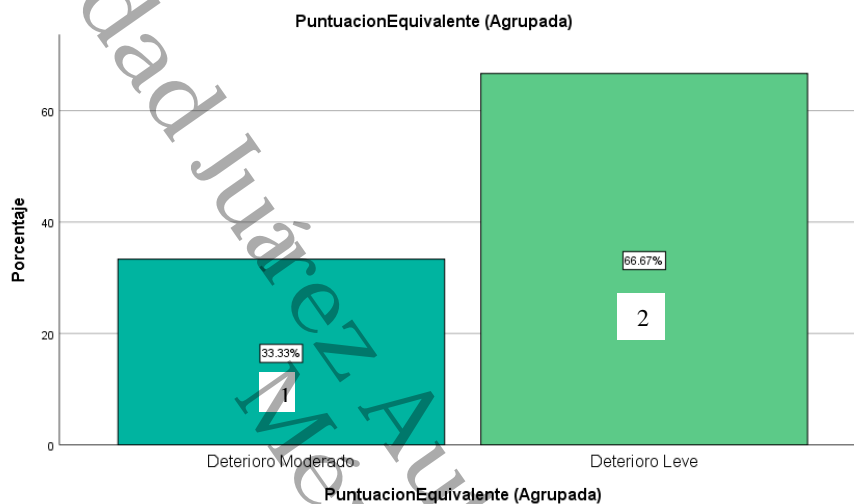


Gráfica 3 Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores Institucionalizados



### Centro Gerontológico MOCA

Para determinar el deterioro cognitivo leve en adultos mayores no institucionalizados resultado que el 66% de ellos tienen deterioro cognitivo leve y solo el 33% de ellos tienen deterioro cognitivo moderado. (Ver gráfica 4)



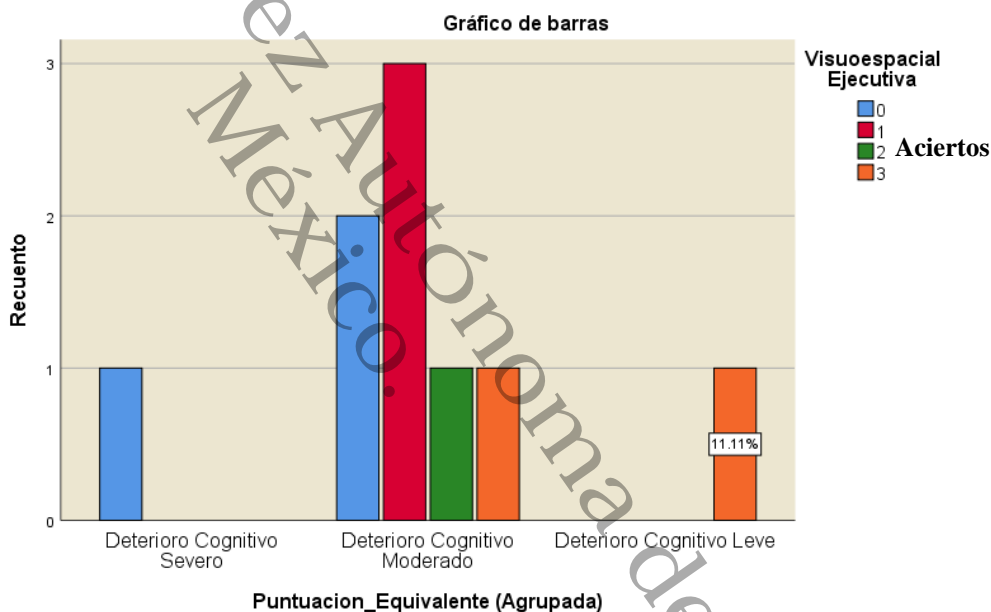
Gráfica 4 Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores no institucionalizados





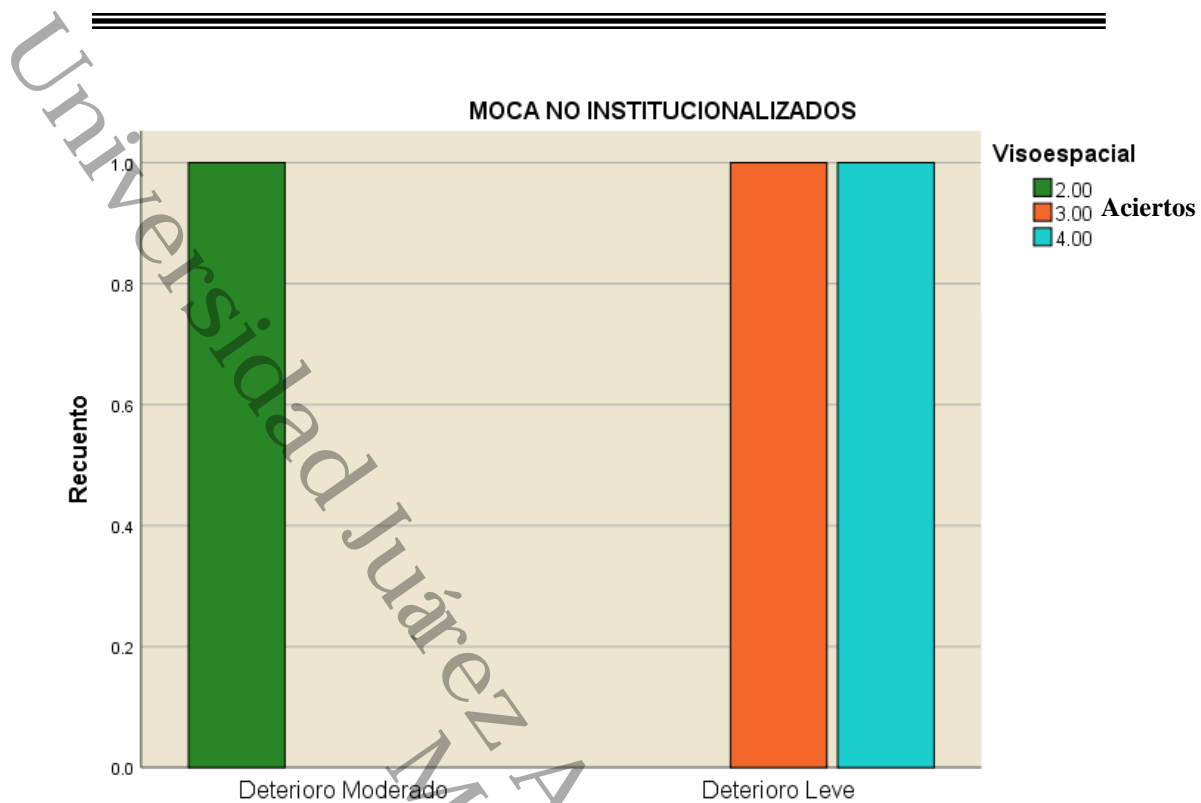
### MOCA institucionalizados y no institucionalizados (viso espacial)

En la siguiente grafica según el Instrumento utilizado (MOCA) para determinar el deterioro cognitivo leve, de los adultos mayores institucionalizados se puede observar que existe congruencia con el instrumento utilizado, ya que, a mayor deterioro, menor el puntaje obtenido de los adultos mayores, y a menor deterioro mayor el puntaje. Se puede indicar que solo un adulto mayor con deterioro cognitivo leve alcanzó 3 puntos de 5 posibles, y un adulto mayor con deterioro cognitivo severo, obtuvo 0 puntos en el rubro de viso espacial ejecutiva. (Ver gráfica 5).



Gráfica 5 Descripción de deterioro en Viso espacial Ejecutiva según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados

En comparación podemos observar en la gráfica 6 de los adultos mayores no institucionalizados dos de ellos con deterioro cognitivo leve uno obtiene 3 puntos y el otro obtiene 4 puntos de los 5 posibles, de igual manera se observa no hubo adultos mayores con deterioro cognitivo severo y solo uno con deterioro cognitivo moderado.

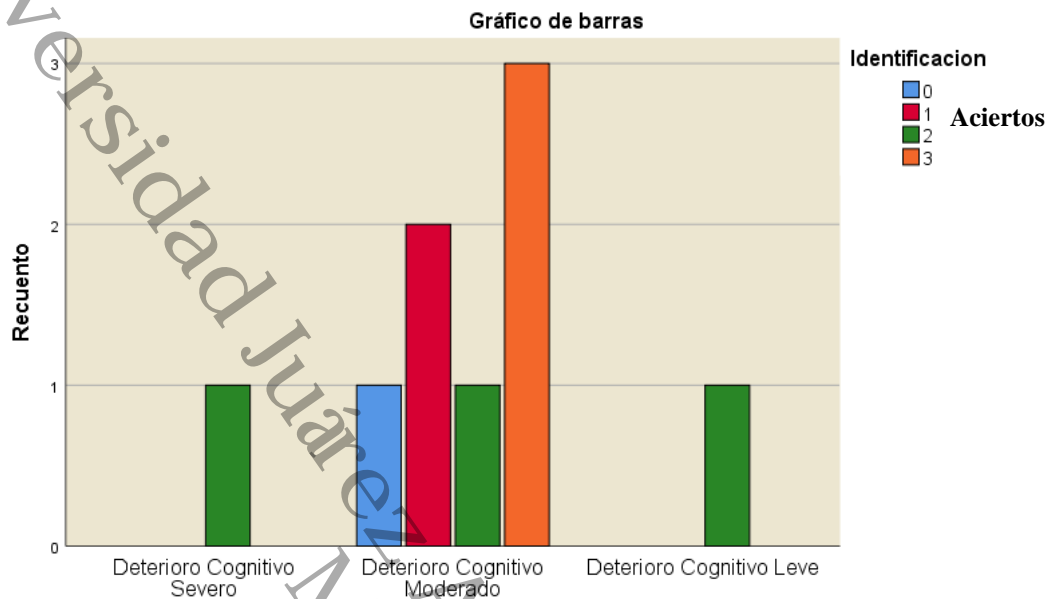


Gráfica 6 Descripción de deterioro en Viso espacial Ejecutiva según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados.

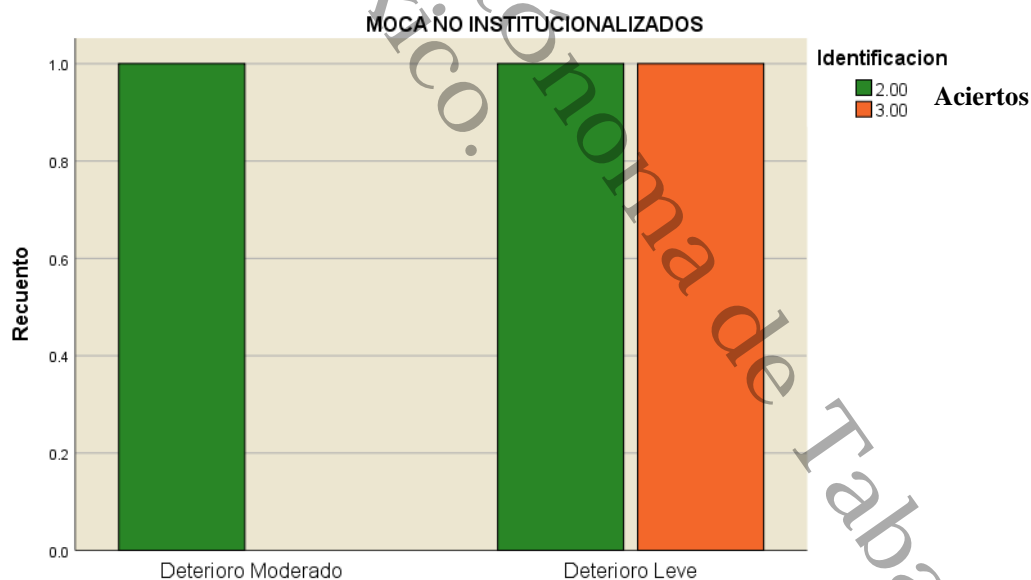
En la siguiente gráfica se puede observar que un adulto mayor con deterioro cognitivo leve obtuvo 2 puntos de 3 posibles en el rubro de identificación, así como un adulto mayor con deterioro cognitivo severo, el resto de los adultos mayores con deterioro cognitivo moderado obtuvieron puntajes de 0 a 3. (Ver gráfica 7), en comparación con la siguiente gráfica de los adultos mayores no institucionalizados en donde se aplicó la misma prueba (Ver gráfica 8) dos adultos mayores con deterioro cognitivo leve obtuvieron 2 y 3 puntos de



3 posibles, en el rubro de Identificación, solo un adulto mayor con deterioro moderado y no se observa adultos mayores con deterioro severo.



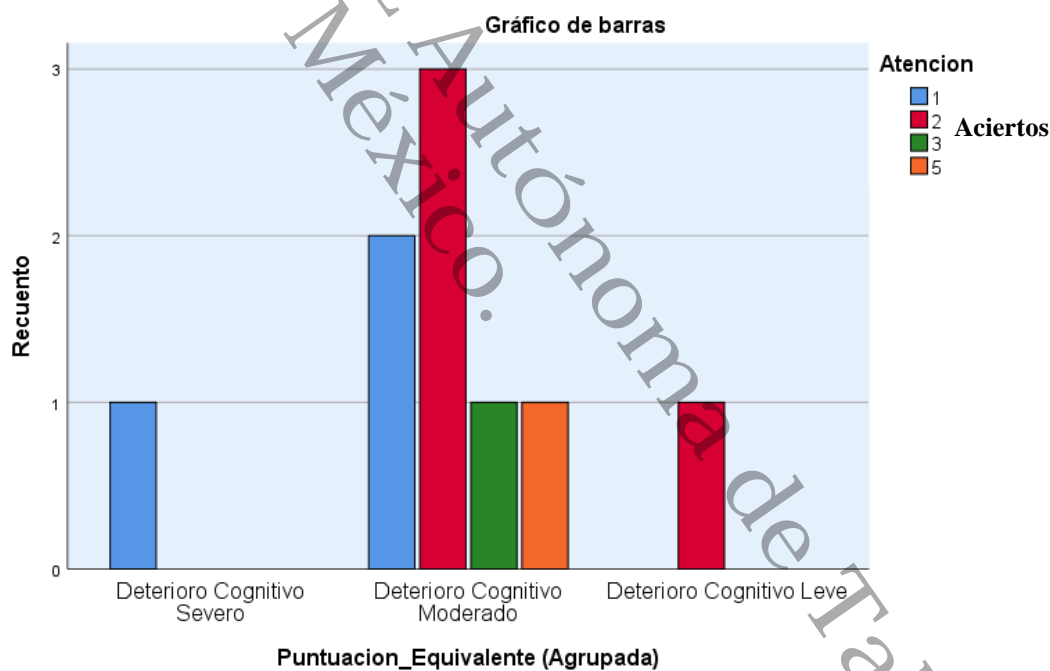
Gráfica 7 Descripción de deterioro en Identificación según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados



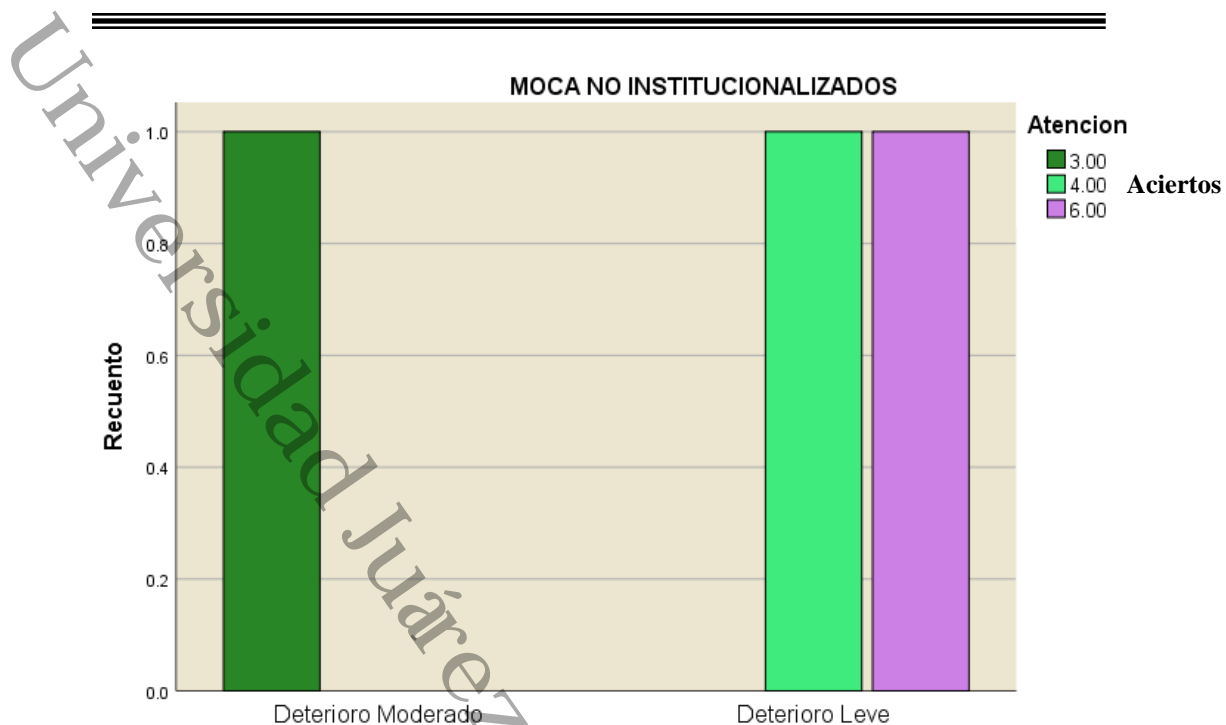
Gráfica 8 Descripción de deterioro en Identificación según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados



En la siguiente gráfica se puede observar que en el rubro de atención de los adultos mayores institucionalizados un adulto mayor con deterioro cognitivo leve obtuvo 2 puntos de 6 posibles, solo un adulto mayor con deterioro cognitivo severo y el resto con deterioro moderado los cuales obtuvieron de 1 a 5 puntos, es decir no hubo adultos mayores que obtuvieran el máximo de puntos posibles. (Ver gráfica 9), en comparación en la siguiente grafica (Ver gráfica 10) de los adultos mayores no institucionalizados, se observa que un adulto mayor obtuvo el máximo de puntos posibles y el otro 4 punto de 6, no se observa adultos mayores con deterioro severo, y un adulto mayor con deterioro moderado el cual obtuvo la mitad de los puntos posibles.

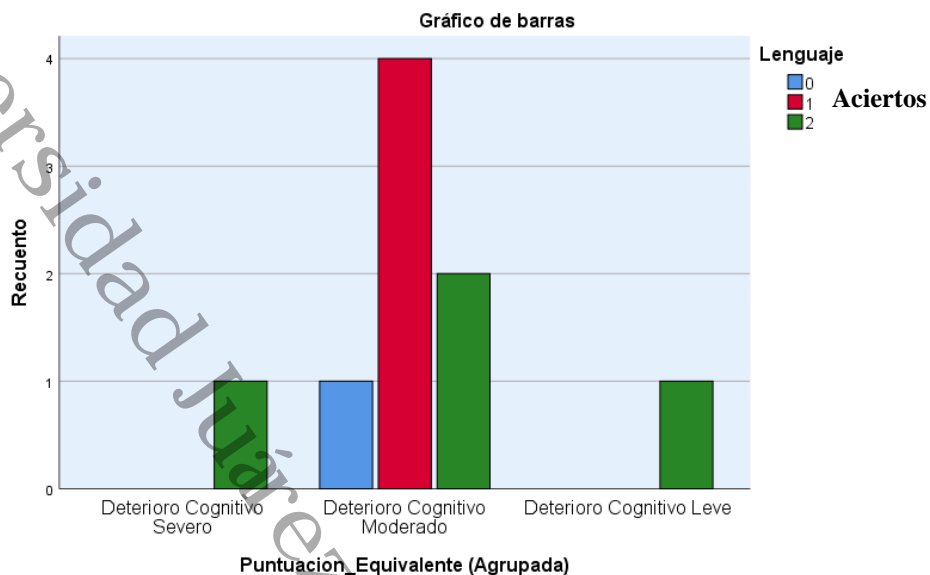


Gráfica 9 Descripción de deterioro en Atención según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados

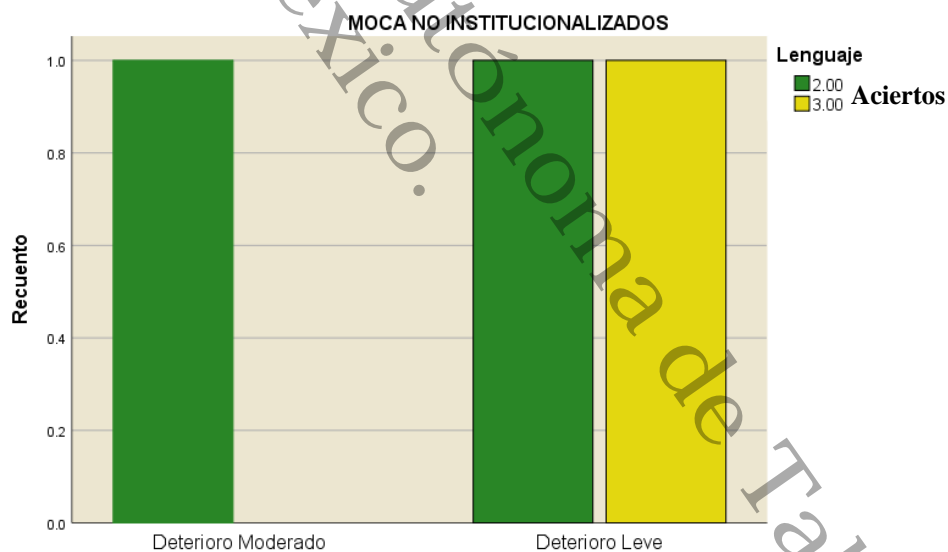


Gráfica 10 Descripción de deterioro en Atención según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados

Según el Instrumento aplicado (MOCA), en el rubro del lenguaje de los adultos mayores institucionalizados 1 adulto mayor con deterioro cognitivo leve obtuvo 2 puntos de 3 posibles (Ver gráfica 11), en comparación con los adultos mayores no institucionalizados en el que 1 adulto mayor con deterioro cognitivo leve obtuvo 3 puntos de los 3 posibles (Ver gráfica 12)



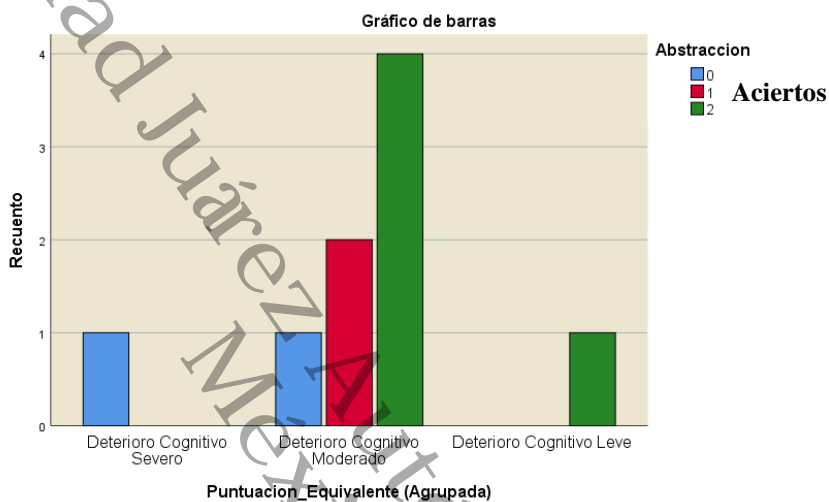
Gráfica 11 Descripción de deterioro en Lenguaje según MOCA en adultos mayores institucionalizados



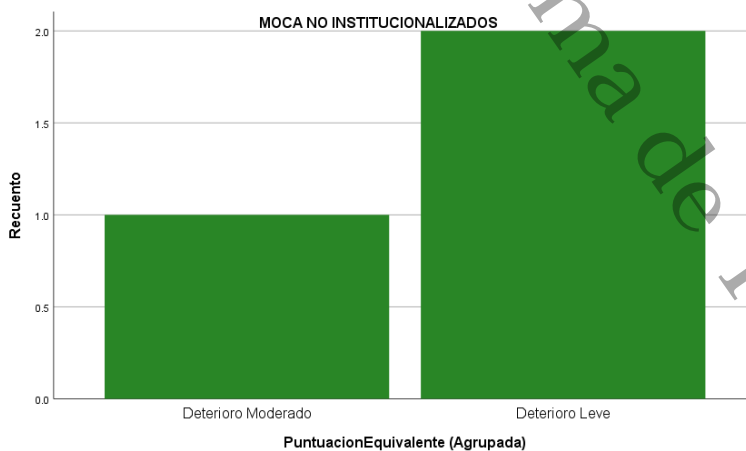
Gráfica 12 Descripción de deterioro en Lenguaje según MOCA en adultos mayores no institucionalizados



En la siguiente gráfica se puede apreciar que 1 adulto mayor con deterioro cognitivo Leve obtuvo 2 puntos en el rubro de abstracción de 2 puntos posibles y 1 Adulto Mayor con deterioro severo obtuvo 0 puntos. (Ver gráfica 13) En los Adultos mayores no Institucionalizados 2 Adultos Mayores obtuvieron deterioro cognitivo leve, no se observaron adultos mayores con deterioro cognitivo severo. (Ver gráfica 14)



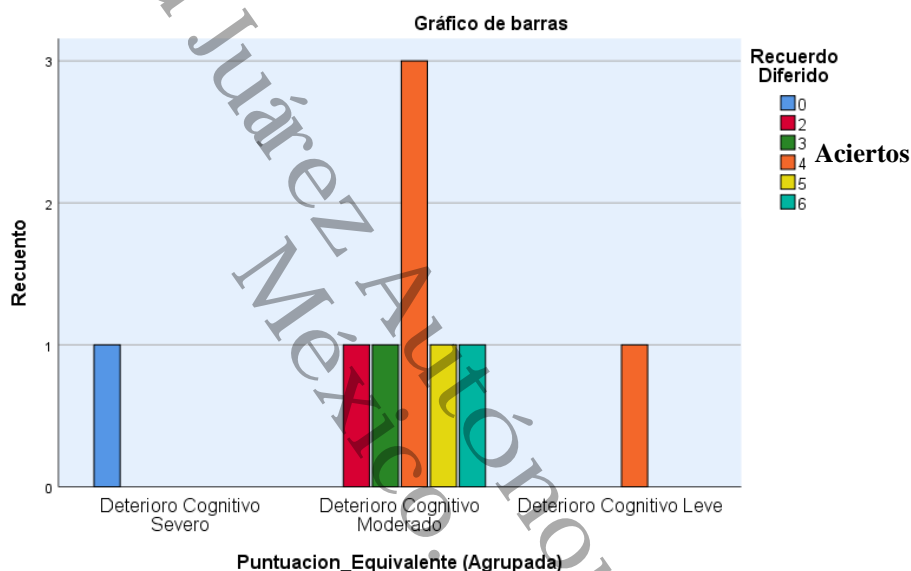
Gráfica 13 Descripción de deterioro en Abstracción según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados



Gráfica 14 Descripción de deterioro en Abstracción según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados

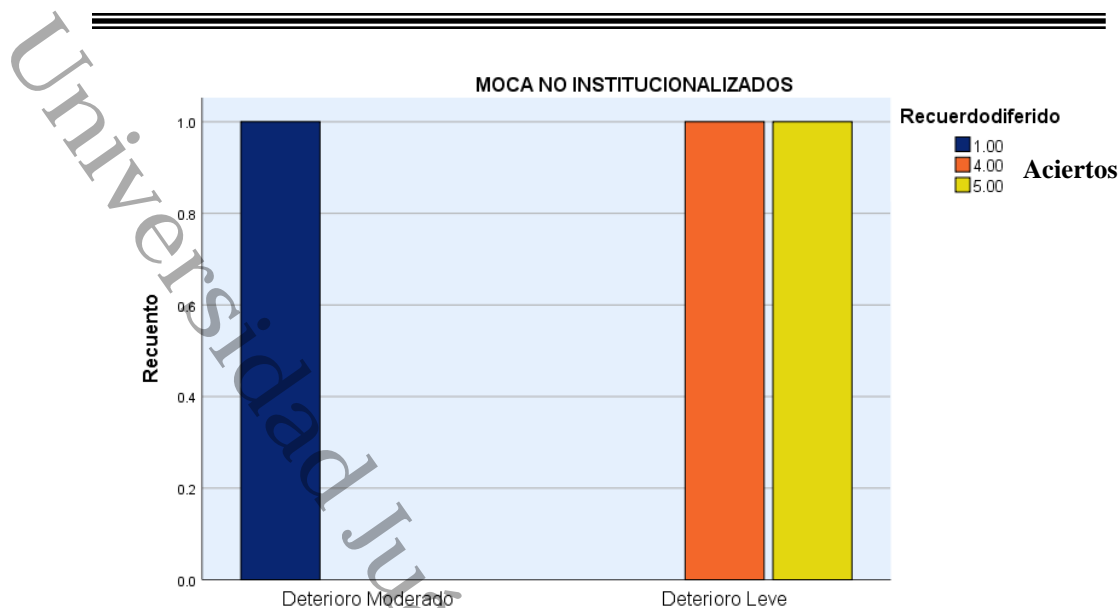


En la siguiente gráfica se puede apreciar que un adulto mayor con deterioro cognitivo leve obtuvo 4 puntos de 5 posibles, un adulto mayor con deterioro severo obtuvo 0 puntos en el rubro de Recuerdo diferido (Ver gráfica 15) en comparación con los adultos mayores no institucionalizados (Ver gráfica 16) en donde se puede observar que dos adultos mayores con deterioro leve obtuvieron 4 y 5 puntos, solo un adulto mayor con deterioro moderado obtuvo 1 punto, no se observa adultos mayores con deterioro severo.



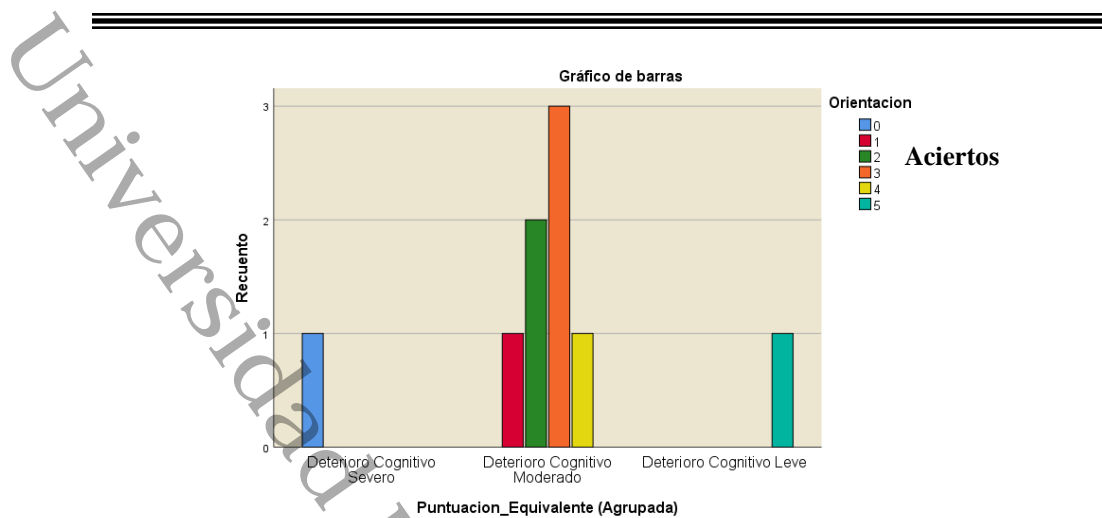
Gráfica 15 Descripción de deterioro en Recuerdo Diferido según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados



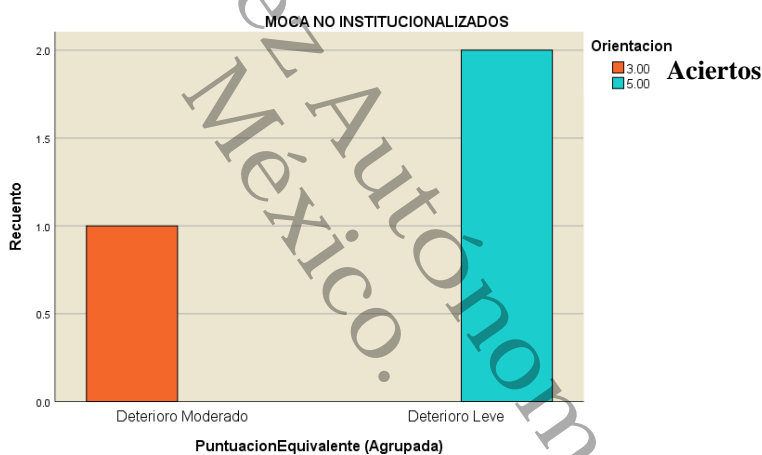


*Gráfica 16 Descripción de deterioro en Recuerdo Diferido según MOCA en Adultos Mayores no Institucionalizados*

Según el MOCA de los Adultos Mayores Institucionalizados en el rubro de Orientación se puede observar que 1 Adulto Mayor con deterioro leve obtuvo 5 puntos de 5 posibles, 1 Adulto Mayor con deterioro severo obtuvo 0 puntos (Ver gráfica 17) y de los Adultos Mayores no Institucionalizados 1 Adulto Mayor obtuvo 5 puntos, no se observan Adultos Mayores con deterioro severo (Ver gráfica 18) es decir en el rubro de Orientación no se observa diferencia entre ambas poblaciones con Deterioro Cognitivo Leve.

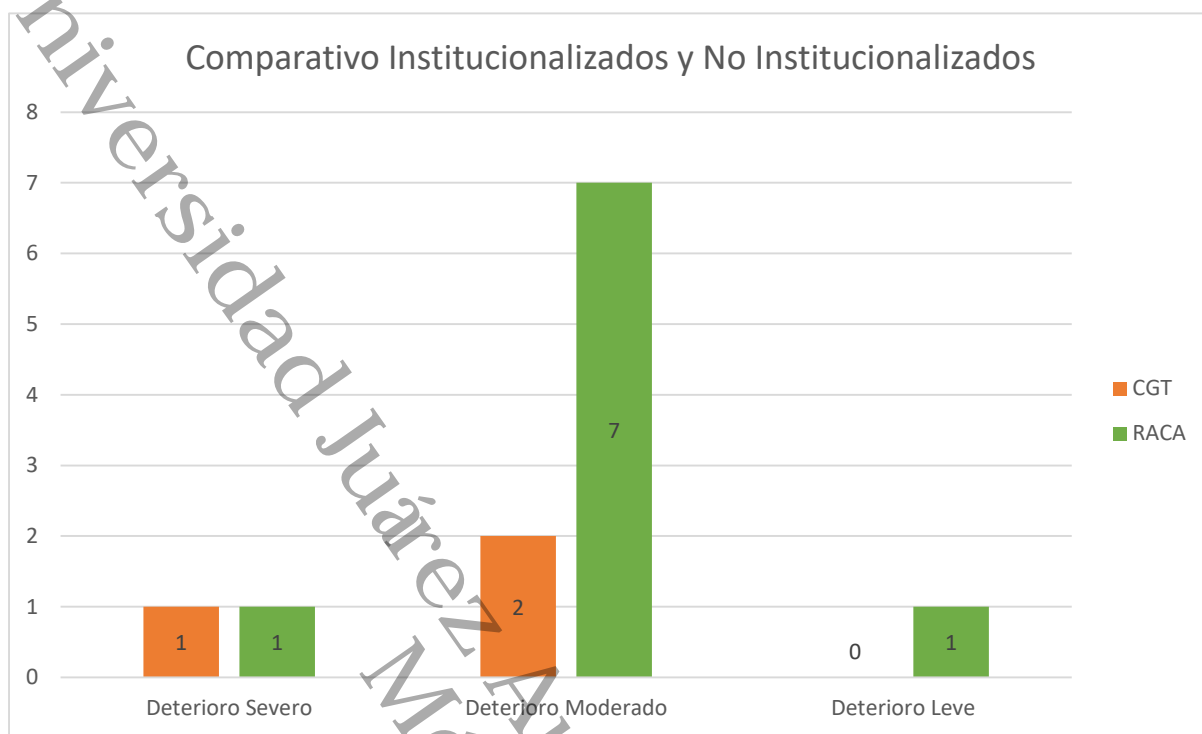


Gráfica 17 Descripción de deterioro en Orientación según MOCA en Adultos Mayores No Institucionalizados



Gráfica 18 Descripción de deterioro en Orientación según MOCA en Adultos Mayores Institucionalizados

Dando respuesta al tercer objetivo específico, comparar el deterioro cognitivo leve de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, resultado que en la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” los adultos mayores presentan mayor deterioro cognitivo, a diferencia de los AM no institucionalizados que acuden al Centro Gerontológico se observa menor deterioro cognitivo. (Ver gráfica 19)



Gráfica 19 Comparativo deterioro cognitivo Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados



---

---

## 9. DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó la prevalencia del deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados encontrándose algunos datos significativos que se discuten a continuación.

Se encontró que existe una mayor presencia de deterioro cognitivo leve con 3 veces más de riesgo de presentar deterioro en los adultos mayores que residen en “Casa del Árbol” que los adultos mayores que acuden al Centro Gerontológico.

Esto difiere con lo reportado por algunos autores como Cubillos, quien encontró que no hay diferencia significativa del nivel de deterioro cognitivo entre Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados. (Cubillos, 2020).

Por su parte Pomaquero Villalobos, encontró diferencias en el rendimiento cognitivo del adulto mayor Institucionalizado 52.9% y No Institucionalizados 41.7% así como diferencias significativas en las funciones cognitivas de ambas poblaciones. (Pomaquero, 2021).

Leyva Saldaña y Sánchez Ramos, también reportaron diferencias significativas en la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, en la cual en los que residen en un lugar de larga estancia el deterioro es superior con el 47%, en comparación con los AM que residen en sus hogares que fue del 8%. (Sánchez, 2016).

Incluso diversos estudios coinciden en que la institucionalización afecta predominantemente en el deterioro cognitivo, de los adultos mayores, así como otros factores



---

---

como a nivel social y emocional, como lo mencionado por Fajardo Pía. (Fajardo, 2019). Carbonell y colaboradores encontraron que el 56% de la población evaluada presenta deterioro cognitivo, destacando principalmente a las mujeres con el 72.7% en comparación con los hombres con un 42.9%; sin embargo, no se encontró relación alguna entre el deterioro y el tiempo de institucionalización. Esto puede deberse a que, en esa población estudiada, la mayoría de los adultos mayores refirió tener contacto con familiares (Carbonell, 2018). Por lo tanto, es evidencia en el presente estudio y la literatura encontrada que prevalece el deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados, así como que la intervención con planes de estimulación cognitiva retardaría el deterioro de las funciones cognitivas.

En cuanto a algunas de las discordancias encontradas puede deberse diferencias entre las poblaciones estudiadas, ya que, a diferencia de las otras poblaciones, los adultos mayores de la Residencia del Anciano “Casa del Árbol”, la mayoría de su población son Adultos Mayores en estado de vulnerabilidad, con poca interacción familiar o social.

Por otra parte, como menciona la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

“El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores. Asimismo, deberá establecer programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro”. (Zariñan, 2018)

Aunque la muestra estudiada haya sido pequeña si refleja la falta de programas que incluyan estimulación cognitiva, y la necesidad de su implementación, por lo que es importante continuar realizando estudios en México que permitan tener una visión más clara



---

---

del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados y la necesidad de implementar planes que ayuden a retardar el deterioro de las funciones cognitivas en la población adulta mayor.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

## 10. CONCLUSIONES

La población sujeta a estudio estuvo conformada por 42 adultos mayores institucionalizados de los cuales 9 de ellos obtuvieron deterioro cognitivo leve según el “Mini mental de Folstein”; 46 Adultos mayores no institucionalizados, de los cuales 3 obtuvieron deterioro cognitivo leve según la prueba control aplicada.

Se analiza la prevalencia del deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados obteniendo que es de 0.21% y de los no institucionalizados es de 0.06%, es decir que el riesgo de presentar deterioro cognitivo leve es de tres veces más en los adultos mayores que se encuentran en una institución de larga estancia, en comparación con los adultos mayores que residen en casa y acuden a un centro gerontológico para diversas actividades cognitivas, recreativas o manuales.

Se conocieron las características sociodemográficas de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en donde se encontró mayor población con por lo menos alguna enfermedad crónico-degenerativa en los AM que residen en “Casa del Árbol”, así como el tiempo de residencia.

La realización de actividades cognitivas y el fomentar la autonomía personal como es el caso de los adultos mayores no institucionalizados puede retrasar la aparición del deterioro cognitivo.

Se describió el deterioro cognitivo leve de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, en donde se observó mayor alteración en el rubro de Atención, Lenguaje y Abstracción en los AM que residen en “Casa del Árbol”.



---

---

Comparando las características del deterioro cognitivo leve de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se obtuvo que la mayor parte de la población que reside en “Casa del Árbol” posee Deterioro Cognitivo Moderado.

Es decir, con los resultados obtenidos se acepta la hipótesis que la prevalencia del deterioro cognitivo leve en adultos mayores está presente en mayor medida en los institucionalizados que en los no institucionalizados.

De acuerdo con lo obtenido en los resultados, se concluye que en los adultos mayores institucionalizados se requiere mayor estimulación con la finalidad de retardar el deterioro de las funciones cognitivas en comparación con los adultos mayores que acuden al Centro Gerontológico a realizar diversas actividades recreativas, cognitivas y físicas.





---

---

## 11. SUGERENCIAS

Aplicar una escala de riesgo al momento que el adulto mayor ingresa a la institución, con base en ello elaborar el plan a seguir, y evitar mayor deterioro.

Realizar valoración gerontológica integral completa al ingreso para conocer las áreas afectadas y con base en ello elaborar las estrategias a seguir.

Planificar intervenciones del equipo multidisciplinario adaptándolas al mantenimiento, recuperación o potenciación de la independencia y capacidades cognitivas del anciano.

Integrar al adulto mayor desde su ingreso en la institución, en actividades recreativas, manuales y cognitivas.

Con los adultos mayores que conservan familia o amistades fuera de la institución, fomentar las visitas y reforzar el vínculo familiar.

En los adultos mayores no institucionalizados, se sugiere un programa con actividades planeadas por mes en donde se realicen actividades enfocadas en orientación, memoria y lenguaje para los adultos mayores a fin de retardar el deterioro cognitivo.



---

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Ema, Díaz Claudia, Mary Manquing Fu, Arie Kapteyn, Ashley Pierson (2011) *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*.

Aguilar Navarro, S., Gutiérrez Gutiérrez, L. & Zamudio Cruz, A. (2018), *Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo*.

Bazo María Teresa, *Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico*.

Bermejo F, Vega S, Olazarán J, Fernández C, Gabriel R. *Alteración cognitiva leve del anciano*. Rev. Clin Esp 1998; 198: 159-65.

Bermejo F, Alom J, Peña-Casanova J *et al*. Registro multicéntrico de casos incidentes de demencia. Un estudio del grupo de demencias de la Sociedad Española de Neurología. Neurología 1994; 9: 401-6.

Bermejo FP. *Alteración cognitiva leve. Una revisión de la clínica y epidemiología con datos del estudio NEDICES*. En: *Fronteras en la enfermedad de Alzheimer*, García AG, Gandía L, eds. Madrid: Farmaindustria. UAM 2002; 231-54.

Bush, V. P. (2005). *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México*. CIEAP/UAEM, 10-27.



---

---

Chávez Reátegui, Beatriz del Carmen; Manrique Chávez, Jorge Enrique; Manrique Guzmán, Jorge Adalberto (2014) Odontogeriatría y gerontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor.

Castellanos Nájera, José Iván, Téllez Vázquez Yolanda (2015); Vejez y pensiones en Mexico.

Cancino, M., Rehbein, L., & Ortiz, M. (2018). Funcionamiento Cognitivo en adultos Mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Medica Chilena*, 315-322.

Coello, M. G. (2008). Teorias y Cambios del Envejecimiento. *Cocmed*, 4-6.

Cuellar, P. C. (2019). ¿Que envejecimiento? El problema publico de la vejez en la ciudad de Mexico. *Revista de Ciencias sociales y humanidades*, 143-174.

Cubillos Ríos Karem Jackeline, Castañeda Rojas Carlos Eduardo (mayo 2020) Estudio comparativo del deterioro cognitivo y el nivel de depresión en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas del municipio de Fusagasugá.

Estrella Hernandez A., G. P. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clinica de medicina familiar de la ciudad de mexico. *Archivos en medicina familiar*, 127-132.

INAPAM. (2021 de agosto de 2021). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable*.

Obtenido de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores:



---

---

<https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>

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.

De León Arcila, Rubén; Milán Suazo Feliciano; Camacho Calderón Nicolás; Arévalo Cedano Rosa Elena; Escarpín Chávez, Minerva (2009) Factores de Riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el Adulto Mayor

Doris Cardona Arango, Enrique Peláez (2012) Envejecimiento Poblacional en el Siglo XXI: Oportunidades retos y preocupaciones.

Fajardo-Gutiérrez A. Medición en Epidemiología: Prevalencia, Incidencia, Riesgo, Medidas de Impacto. Rev. Alerg. Mex 2017;64(1):109-120.

Guevara Peña, Nora Liliana (2016) Impactos de la Institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales.

Gutiérrez J, Jiménez F, Alonso A, Sáenz L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2009; 44 (1): 31-3 [Consultado 30/6/2009].



---

---

Herazo Beltrán, Yanet; Quintero Cruz, María Victoria; Pinillos Patiño, Yisel; García Puello, Floralinda (2017) Calidad de Vida, Funcionalidad y Condición Física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Iñiguez J. El Deterioro Cognitivo Leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia de tipo Alzheimer. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n° 17, 2004. [Consultado 12/12/2007].

Iñiguez J. El Deterioro Cognitivo Leve (2): factores predictivos y abordaje terapéutico. Madrid, Informes Portal Mayores, n° 46, 2006. [Consultado 12/12/2007].

Jara Madrigal, M. (2007) La estimulación cognitiva en personas adultas mayores.

Leiva Saldaña A, Palacios Gómez L, Sánchez Ramos JL, Forjan Lozano E, León Jariego 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].

Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T *et al.* Revalidación y normalización del Mini Examen Cognoscitivo (primera versión al castellano del Mini Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clínica 1999; 112: 767-74.



---

---

López R, López J.A., Castrodeza FJ *et al.* Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44 (1): 5-11. [Consultado 30/6/2009].

Martínez Pérez, Teresita de Jesús (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?

Matas Castillo, M. Alteraciones de la memoria y posibilidades de mejora.

Nieto Antolinez Eco, Mario Leonardo, Alonso Palacio, Luz Marina (2007) ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?

Pérez J. Delirium, deterioro cognoscitivo y tipos de demencia. En: García FJ, López JM (Coord.) El anciano con demencia. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica, 2007; pp. 83-112.

Puig Grasset, X., (2012), Calidad de vida en la vejez- Estimulación Cognitiva.

Rojas MJ, Toronjo A, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos 2006;17 (1):6-23.

Walter L. Arias; Luis Yépez; Ana L. Núñez; Adriana Oblitas; Susana Pinedo; María A. Masías; Joice Hurtado (2014) Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

Pomaquero Villalobos Miguel Ángel (marzo 2021) El rendimiento cognitivo en el Adulto Mayor Institucionalizado y No Institucionalizado



---

---

Puig, G., X. (2012). Calidad de vida en la vejez Estimulacion cognitiva. *Guia calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir mas y mejor.*

Rios, J., Grajales, J., & Yurley, L. (2016). Influencia de la institucionalizacion del adulto mayor en el desempeño de la memoria declarativa Visuo-Verbal asociada a contenido emocional. *Katharsis*, 35-61.

T., P. M. (2021). El deterioro cognitivo. Una mirada previsor . *Ravista cubana de medicina general integral.*

Valencia, C. L.-A.-H. (2008). Efectos Cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Revista de Neurologia*, 465-471.

Valeria Alejandra Garcia Reyes, C. R. (s.f.). Política social para la atención de los adultos mayores en Tabasco, Mexico. 143-145.

Villalba, A. S. (Julio 2014). Estimulacion cognitiva, una revision neuropsicologica. *Therapeia*, 73-93.

(Estrella Hernandez A., 2008)

Leiva Saldaña Antonio, Sánchez Ramos José Luis, León Jariego José Carlos, Palacios Gómez Leopoldo (abril 2016)

Fajardo Jacobsen Pía Kiomara (2019) Estudio comparativo de las funciones ejecutivas en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados en el gran concepción.



---

---

Organización Mundial de la Salud (2015) Informe mundial sobre el Envejecimiento y la salud.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Julio 2018) Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.





## ANEXOS

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

### ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año..... (5 puntos)

• Dígame el hospital (o lugar).....

planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

### FIJACION

• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

### CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)

• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

### MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)

### LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)

• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)

• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos)  
¿qué son el rojo y el verde ?

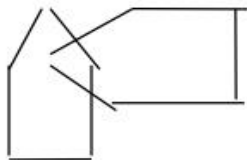
• ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)

• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)

• Escriba una frase (1 punto)

• Copie este dibujo (1 punto)





**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)**  
**(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)**  
Versión 8.1 Spanis(Spain)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

<b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b>						<b>Copiar el cubo</b> <input type="checkbox"/>		<b>Dibujar un RELOJ (Once y diez)</b> (3 puntos) <input type="checkbox"/>		<b>PUNTOS</b> _____/5			
<b>IDENTIFICACIÓN</b>								<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>MEMORIA</b>		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO		SEDA		TEMPLO		CLAVEL		ROJO	
		1º INTENTO		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		2º INTENTO		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>ATENCIÓN</b>		Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetirlos en el mismo orden.		<input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4		El paciente debe repetirlos en orden inverso.		<input type="checkbox"/> 7 4 2		_____/2	
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> FBACMNAAIKLBFAKDEAAAJAMOF AAB		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____/1	
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/> 93		<input type="checkbox"/> 86		<input type="checkbox"/> 79		<input type="checkbox"/> 72		<input type="checkbox"/> 65	
		4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____/3	
<b>LENGUAJE</b>		Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____/2	
		El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____/1	
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____/1	
<b>ABSTRACCIÓN</b>		semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta		<input type="checkbox"/> tren-bicicleta		<input type="checkbox"/> reloj-rega		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____/2	
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>		Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS		ROSTRO		SEDA		TEMPLO		CLAVEL		ROJO	
Puntuación de la escala de memoria (MIS)		X3		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		X2 Pista de categoría		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		X1 Pista de elección múltiple		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente MIS = /15		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>ORIENTACIÓN</b>		<input type="checkbox"/> Fecha		<input type="checkbox"/> Mes		<input type="checkbox"/> Año		<input type="checkbox"/> Día de la semana		<input type="checkbox"/> Lugar		<input type="checkbox"/> Localidad	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							



---

---

## MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA SOCIAL INTEGRAL

### Apéndice G: Consentimiento informado

Estimado (a) señor (a):

Fecha\_\_\_\_\_

#### Solicitud del consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Determinar la prevalencia del deterioro cognitivo leve en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados en la Residencia del Anciano “Casa del Árbol” y Centro Gerontológico de Tabasco. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la alumna: Cesia Asenath Rangel Mendoza, asesorada por la Mtra. María Trinidad Fuentes Álvarez y el Mtro. Alfonso Rodríguez León de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, de la Maestría en Gerontología Social Integral. Autorización del adulto mayor para participar en la investigación una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio.

Asimismo, he sido notificada(o) que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por la alumna para recoger la información, lo que les da un carácter confidencial a los datos recolectados.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



Villahermosa, Tab., a 21 de enero de 2021

UJAT/POSG/ MGS/001/2021

**DRA. VERONICA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**

**TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR**

**DIF-TABASCO**

**PRESENTE:**

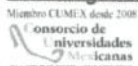
Por este medio enviamos a usted un cordial saludo, felicitándola por la gran labor que realiza para la protección de los Adultos Mayores en el Estado de Tabasco.

Le informamos que en este momento los estudiantes de la Maestría de Gerontología Social Integral (PNPC) se encuentran elaborando sus trabajos recepcionales, lo que hace necesario la aplicación de sus instrumentos de evaluación, es por esto que solicitamos a usted su inestimable apoyo para que la alumna Cesia Asenah Rangel Mendoza, Matricula 192e65007, inscrita al 3er. Semestre se pueda asistir al Centro Gerontológico Tabasco.

El nombre del trabajo es "Prevalencia del Deterioro Cognitivo Leve en Adultos Mayores institucionalizados y no institucionalizados, en la Residencia del Anciano "Casa del Árbol" y del Centro Gerontológico Tabasco cuyo objetivo es Conocer la prevalencia del Deterioro Cognitivo Leve de los Adultos Mayores de ambas instituciones y proponer un Programa de Estimulación Cognitiva.

Para lo cual se aplicarán el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein y la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal. El procedimiento se realizará en tres semanas, para determinar la población con la que se trabajará y la aplicación de las Escalas. La Profesora Investigadora que fungirá como responsable será la Dra. María Trinidad Fuentes Alvarez, asesora de la alumna.

Es de suma importancia mencionarle que de acuerdo a los criterios que rigen los procesos de investigación esta investigación se apegará a las disposiciones establecidas en el Reglamento



www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Av. Cnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamul de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Gobernación, 2014) que en su Artículo 13 señala que debido a que el ser humano es el sujeto de estudio, prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se mantendrá su anonimato y la información obtenida solo se utilizará para fines científicos, avalado lo anterior por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Además, si así lo considera necesario se realizará la presentación del documento Recepcional y se harán las sugerencias pertinentes en beneficio de la población atendida.

En espera de su respuesta y su apoyo, me reitero a sus órdenes, agradeciendo la atención que se sirva brindar a la presente.

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

*Maria Trinidad Fuentes Alvarez*  
Dra. María Trinidad Fuentes Alvarez

Coordinadora de la Maestría de Gerontología Social Integral  
DACs-UJAT

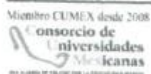
*Recibí original  
25/01/2021*

*Lucia Esther Garcia Canoa*

Ccp. - Dr. Xavier Moreno Enríquez. Jefe del Área de Estudios de Posgrado de la División Académica de Ciencias de la Salud-UJAT

Ccp. - Interesada

Ccp. - Archivo



www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Av. Cnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx