

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Estado cognitivo-afectivo en ancianos de la Casa de Abuelos Provincial de Guantánamo

Dra. Reyna Mercedes Alba Durán<sup>1</sup>, Dra. Loraine González Fernández<sup>2</sup>, Dr. Jaime Fajardo Bernal<sup>3</sup>, Lic. Camilo Macías Bestard<sup>4</sup>, Lic. Víctor Manuel Méndez Torres<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Especialista en I Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría. Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba.

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba.

<sup>4</sup> Licenciado en Psicología y Pedagogía. Máster en Investigaciones y en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba.

<sup>5</sup> Licenciado en Defectología. Instructor. Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba.

---

### RESUMEN

Se realiza un trabajo descriptivo en la primera Casa de Abuelos Provincial de Guantánamo con el propósito de caracterizar el estado cognitivo-afectivo de los ancianos durante el año 2010. El universo está constituido por la totalidad de los ancianos seminternos. Se estudian las siguientes variables: causas de ingresos, factores macrosociales y microsociales de riesgo, estado cognitivo y afectivo. El dato primario proviene de las historias clínicas y entrevistas realizadas. Se obtuvo como resultados que la principal causa de ingreso fue el hecho de no tener familiares que los atiendan adecuadamente, siendo este también un riesgo microsocial que repercute negativamente. La pérdida de roles sociales es el riesgo macrosocial. La mayor parte de los ancianos no presenta deterioro cognitivo pero sí tiene algún grado de depresión, aunque por lo general ligero.

**Palabras clave:** estado cognitivo-afectivo, tercera edad

---

## **INTRODUCCIÓN**

El concepto de vejez, el ser o sentirse viejo, es muy ambiguo y en ocasiones contradictorio, cuando no convencional, está sometido a múltiples factores e intereses (económico, social, cultural, político, médico, demográfico).<sup>1</sup>

La noción de que la ancianidad corresponde a la edad de 50 a 60 años ha desaparecido.<sup>2</sup> El envejecimiento es un proceso biológico intrínseco, progresivo, universal declinante, programado genéticamente, que puede ser modificado por factores externos. Está determinado por cambios morfológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales profundos.<sup>1</sup>

La atención al envejecimiento plantea grandes cuestiones médicas, sanitarias, familiares y conflictos con la distribución de recursos. La oferta asistencial y sanitaria debe cambiarse al igual que la actitud de los profesionales y de la sociedad, porque la atención al viejo es un problema socio-sanitario de primera magnitud que aumentará progresivamente.<sup>1</sup>

Entrar en la ancianidad es una de las etapas del desarrollo que puede plantear más problemas: mantenerse sano y físicamente bien es una de las prioridades de la gente mayor y una tarea cada vez más difícil con el paso de los años; conservar la movilidad y la capacidad para el auto cuidado, otro problema importante es el mantenimiento de unos ingresos económicos adecuados; otra de las preocupaciones de los ingresos es mantener el propio hogar y evitar la dependencia de la familia o de alguna institución; la pérdida de familiares, amistades y de bienes se suceden por lo general en esta etapa, conllevando al individuo a la soledad y a la depresión; otra situación es la posible aparición de una enfermedad psiquiátrica.<sup>3</sup>

La población de adultos mayores en Cuba la integran actualmente alrededor de 1.8 millones de personas y la esperanza de vida de los cubanos es hoy de 77 años lo que apunta a un sostenido crecimiento de la cantidad de personas con 60 o más años.<sup>4</sup>

En la provincia Guantánamo existen actualmente 63 050 personas con edades de 60 años y más, lo que representa el 12.13 % de su población. Al igual que en el resto del país se llevan a cabo profundas transformaciones en la atención a las personas de la llamada "Tercera Edad", cumpliendo con el programa de atención integral al adulto mayor, han surgido numerosas casas de abuelos en todo el país, las cuales son instituciones sociales que brindan atención integral diurna a los ancianos carentes de amparo filial o de familiares que puedan

atenderlos durante el día, teniendo como características desde el punto de vista funcional que se les dificulta la realización de las actividades de la vida diaria instrumentada y que mantengan las capacidades funcionales básicas para realizar estas actividades.

En la primera casa de abuelos provincial un grupo de ancianos de ambos sexos se encuentran seminternos, y algunos de ellos necesitan de atención psiquiátrica, despertando el interés por precisar cuánto y cuáles de los ancianos que se encuentran allí presentan trastornos cognitivos o afectivos, debido a que los ancianos que permanecen en estas instituciones tienen mayores afectaciones en estas esferas que los que se encuentran en la comunidad.

Por tales razones se realiza el presente estudio con el objetivo de caracterizar el estado cognitivo-afectivo de los ancianos en la casa de abuelos provincial de Guantánamo, durante el año 2010; con vistas a proyectar una estrategia de intervención terapéutica en aquellos que lo necesiten.

## **MÉTODO**

Se realiza un trabajo descriptivo en la primera casa de abuelos provincial de Guantánamo, con el propósito de caracterizar el estado cognitivo-afectivo de los ancianos internados en dicho centro durante el año 2010.

El universo está constituido por la totalidad de los ancianos seminternos en la casa de abuelos durante el período objeto de estudio y que cumplieron criterios de inclusión (un total de 37 ancianos). A los mismos se le realizaron entrevistas y test psicológicos para determinar el estado cognitivo afectivo y precisar el posible riesgo suicida.

Criterios de inclusión: conformidad del paciente para ser incluido en el estudio, aptitud para la realización de los test y entrevistas.

Se estudiaron las siguientes variables: causas de ingresos, factores macrosociales y microsociales de riesgo, deterioro cognitivo, estado depresivo y nivel del mismo.

Se solicita el consentimiento informado a los ancianos a través de una entrevista individual y se deja constancia escrita de la misma.

El dato primario proviene de las historias clínicas y entrevistas realizadas. Para el análisis estadístico se crea una base de datos con la

ayuda del software (Excel). Se utilizaron técnicas de distribución de frecuencias; para las variables cuantitativas se empleo la proporción en porcentaje.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En la primera casa de abuelos provincial de Guantánamo los pacientes seminternos durante el año 2010 fueron 45; de los cuales 37 resultaron incluidos en el estudio, ya que el resto no cumplieron los criterios de inclusión. De estos 37 pacientes la mayoría tenían edades que oscilaban entre 75 y 85 y más años 28 (75.7 %) siendo el grupo de 75 a 79 años con 15 ancianos (40.5 %) el que predominó, seguido del de 80 a 84 años con 7 pacientes (18.9 %).

Distribución según causas que determinaron el ingreso se aprecia que la causa más frecuente fue el hecho de que los familiares trabajan y no pueden atenderlo, encontradas en 23 casos (62.2 %), mientras 11 casos (29.7 %) viven solos, no tiene familiares cercanos o estos trabajan; lo que equivale a decir que en 34 casos (91.9 %), el hecho de no tener familiares que los atiendan es el motivo que lleva al ingreso (Tabla 1).

Las instituciones de salud dedicadas al cuidado de los ancianos tienen una función específica en relación con los niveles de atención que son los siguientes:

Atención primaria: que se ocupa fundamentalmente de la prevención y promoción de salud y cuenta para su atención con el médico de la familia, círculos de abuelos, los policlínicos, el gabinete gerontológico, la comida y atención domiciliaria, la casa de abuelos y los hogares de ancianos. Atención secundaria: curación; para lo cual se cuenta con la sala de geriatría de corta y mediana estadía, la sala de psicogeriatría y la hospitalización domiciliaria por el médico de la familia. Atención terciaria: rehabilitación con los círculos de abuelo, hospital de día y la sala de crónico del hogar de ancianos. En los ancianos que acuden a las casas de día en el estado de Morelos, México, también una gran cantidad viven solos y no reciben apoyo familiar.<sup>5</sup>

La familia sigue constituyendo la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de sus miembros de edad avanzada. La forma y el significado de las relaciones en el seno de la familia varían de una sociedad a otra según los antecedentes culturales, sociales y económicos pero siguen siendo esenciales para el mantenimiento de la

asistencia, la comunicación y la prestación de servicios entre distintas generaciones.<sup>6</sup>

Estas causas de ingresos motivan a analizar los factores sociales de riesgo que pueden repercutir negativamente en el anciano, encontrando que la pérdida de papeles sociales es decir de roles, jugó un papel sumamente importante, al igual que la institucionalización y la inadaptación a la jubilación que fueron los factores macrosociales de mayor importancia.

La Tabla 2 expone la distribución según factores de riesgo social que pueden repercutir negativamente en el anciano. Entre los factores macrosociales la pérdida de papeles sociales en 30 ancianos (81.1 %), la institucionalización (70.3 %) y la inadaptación a la jubilación (65.7 %) son los que más inciden, mientras en los factores microsociales el hecho de que la familia trabaja y no puede atenderlo fue representado por 34 pacientes (91.9 %), y la falta de participación en la discusión de cuestiones y solución de problemas de interés encontrados en 25 ancianos (67.6 %) fueron los más frecuentes, mientras 24 ancianos (64.9 %) sienten falta de apoyo e igual número tiene falta de comprensión.

Tener un rol vigente y activo es capaz de repotenciar la autoestima y de lograr que el individuo se integre a su entorno familiar y social.

En un trabajo realizado en Perú se hizo evidente que el individuo necesita una opción de vida, necesita de un rol social y familiar que siempre es reeducable y perfectible y que toda edad merece un futuro.<sup>7</sup>

Existe una estrecha relación entre el individuo y la sociedad a través del desempeño de funciones en una relación recíproca entre la exigencia social del papel, los intereses y motivaciones personales. Esta relación no siempre se corresponde, y cuando esto sucede aparecen entonces las inadaptaciones e inconformidades tanto por parte del individuo como lo esperado por la sociedad de él.

El fracaso en el desempeño de un papel trae como consecuencias la reducción de la actividad y de las relaciones humanas, además de trastornos afectivos y de autoestima. En cuanto a la institucionalización esta tiende a desvincular el individuo de su medio familiar, y su consiguiente debe realizar significativo esfuerzo al nuevo ambiente.

El envejecimiento hace que un número creciente de individuos arribe a la edad de jubilación y no siempre los mismos están preparados para ello. Jubilarse sin la adecuada preparación mental y social supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, que

puede conllevar a que el individuo no encuentre bienestar y estimulación en otras actividades cotidianas con la correspondiente autopercepción de inutilidad y vejez.<sup>8</sup>

Con relación a los factores microsociales se puede decir que además del hecho de que la familia trabaja y no puede atenderlo que fue analizado en el cuadro anterior; la falta de participación en la decisión de cuestiones y solución de problemas de intereses fue lo más frecuente conjuntamente con la falta de apoyo y comprensión. Estas cuestiones llevan al individuo a una disminución de la autoestima y en muchas ocasiones a la depresión.

Es frecuente que en el anciano afectivamente primen los sentimientos de soledad y abandono, reforzados por la pérdida de allegados y seres queridos así como la conciencia de estar viviendo la etapa final de su existencia.<sup>9</sup>

En un trabajo realizado por Cosme Ordañes y otros en un círculo de abuelos encontró que el 19.2 % se sentían mejor cuando no se habían jubilado y un grupo considerable quería empezar a trabajar 4 horas. El 23 % no se sentía útil a la familia ni a la sociedad. Un grupo importante eran atendidos por un vecino o amigo. Un alto porcentaje quería ir al cine, teatro, visitar amigos, y solo la mitad lograba sus deseos. El 22 % se sentían deprimidos, aburridos, aislados.<sup>10</sup>

En general el estado cognitivo es bueno con solo 9 ancianos (24.3 %) con deterioro, la mayoría de ellos ligero 6 (16.2 %) mientras 28 (75.7 %) no presentaban deterioro cognitivo (Tabla 3).

En un grupo de ancianos evaluado por el equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG), policlínico "28 de Septiembre" donde los mismos se clasificaron por niveles según escala de evaluación funcional, biomédica, psicológica y social, predominó integralmente el nivel 2, la presencia de limitaciones para realizar las actividades instrumentadas de la vida diaria, la depresión en más de la mitad de los evaluados, y alteraciones de la memoria, así como la ausencia del apoyo familiar.<sup>11</sup>

Existen obstáculos sociales que influyen en la forma de comportamiento del anciano e intervienen en su declinación psíquica, como la jubilación en que se observan diferentes posturas que obligan a buscar rasgos diferenciales en cada individuo, como son el medio social, su estado de salud, su poder adquisitivo, el nivel de escolaridad, la integración social y la actitud ante el trabajo.

En numerosas ocasiones se valoran insuficientemente estos aspectos, lo que eleva el sentimiento de minusvalía social con incremento de

aislamiento, margina o subestima sus capacidades aun conservadas y su experiencia laboral y social.

El reconocimiento de la autonomía y de la responsabilidad social en la tercera edad, forman la base tanto en la comunidad como en los hogares e instituciones de ancianos; los límites deben estar enmarcados dentro de la salud, características intelectuales y sociales, debiendo en lo posible mantener un rol como adulto útil.

El estado cognitivo de los ancianos estudiados observándose que no existe deterioro cognitivo en la mayoría de ellos, en la cual coincidimos con un estudio realizado en el policlínico "26 de Julio" de Playa durante el año 1999 quienes aplicaron el mini-menta (examen del estado mental) y encontraron que un gran número no presentaba deterioro cognitivo al igual que lo sucedido en un estudio de prevalencia de la demencia en pacientes de 65 años y más realizado en Ciudad de la Habana y Matanzas respectivamente donde el 50.9 % de los pacientes no presentó ninguna alteración cognitiva para considerarlo demente<sup>12,13</sup>; no coincidiendo sin embargo con otras investigaciones en que se plantea la presencia de deterioro cognitivo ligero sin llegar a la demencia.<sup>14,15</sup>

Por otro lado la distribución según estado afectivo en la Tabla 4 muestra que la depresión es presentada por 35 ancianos (94.6 %) o sea la mayoría teniendo 24 (64.9 %) una depresión ligera y 11 (29.7 %) una depresión acentuada.

Con relación al estado afectivo que aparece en esta tabla, la mayor parte de los pacientes presentaba algún grado de depresión coincidiendo con diversos estudios que encuentran un alto grado de depresión en los pacientes ancianos.

Son múltiples los trabajos donde se comparan las tasas de depresión entre ancianos institucionalizados y los que viven en la comunidad y hay cierto acuerdo generalizado sobre la extraordinaria que resulta la depresión en ancianos, que viven en residencias geriátricas, habiéndose llegado a estimar que el 80 % de los ancianos en instituciones manifiestan síntomas depresivos.

La depresión durante la senectud se acompaña de complejidades nosológicas, fenomenológicas, diagnósticas y terapéuticas que requieren conocimientos especiales. Son frecuentes las presentaciones clínicas poco usuales como depresión oculta y pseudodemencia que pueden confundir el diagnóstico. Los ancianos depresivos se encuentran en dos poblaciones: los individuos en quienes se inició el problema en la edad adulta joven que han envejecido y aquellos que sufren la enfermedad por primera vez durante la senectud. En ambos grupos contribuyen al

desarrollo de la crisis depresiva los factores psicosociales, biomédicos y neurofisiológicos relacionados con el envejecimiento.

## **CONCLUSIONES**

- La principal causa de ingreso en la casa de abuelos fue el hecho de no tener familiares que los atiendan adecuadamente, siendo este también el principal factor de riesgo microsocio (familiar) que puede repercutir negativamente en el anciano; mientras la pérdida de roles sociales constituye el principal factor macrosocio.
- La mayor parte de los ancianos no presenta deterioro cognitivo, pero sí tienen algún grado de depresión, aunque por lo general ligero.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar intervención educativa con la familia de estos ancianos para mejorar el manejo de los mismos.
- Generalizar la investigación con otros grupos de ancianos que se encuentren en instituciones o no.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aizpiri Díaz J, Bárbaro Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ; et al. Vejez. En: Habilidades en Salud Mental (II). Alteraciones psíquicas a lo largo de la vida. Edición de carácter no venal. Madrid: Smithkline Beecham; 2008. P 127-132.
2. Tolsty A. La Vejez. En: El hombre y la edad. Moscú: Progreso; 2009. P 197-215.
3. Aizpiri Díaz J, Bárbaro Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ; et al. Etapas del Ciclo Vital. En: Habilidades en Salud Mental (II). Alteraciones psíquicas a lo largo de la vida. Edición de carácter no venal. Madrid: Smithkline Beecham; 2008. P 25-26.
4. Sandoval JE, Hernández A. Alcohol, Mito y Realidad. La Habana: Científico Técnica; 2007. P 86.
5. De León V, Pelcastre B, Roja J, Criadra M. Perfil de la población de la tercera edad que acude regularmente a las casas de día en el estado de Marelos, y exploración de indicadores de maltrato familiar e

- institucional. En: Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Habana; 2009. P 197.
6. García Rodríguez CM. Aspectos psicosociales a considerar por el médico de la familia en la Tercera Edad. Rev. Cubana Medicina General Integral. 2001; 7 (3): p 271-275.
  7. Abanto M, Takuma E. Colores, pinceles y lienzos, "Camino a la felicidad En: En: Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Habana; 2009. P 200-201.
  8. Quintero Danay G, Trujillo Gros O. Aspectos Sociales del Envejecimiento. En: Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Científico Técnica; 2006. P 32-37.
  9. Valdés Mier M. Psicogeriatría. Ciudad Habana: Ciencias Médicas; 2005. P 9-15.
  10. Carrasco García MR. Control del Stress para envejecer con éxito. En: Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Científico Técnica; 2005. P 112-127.
  11. Fernández M, Fernández M, Aguilar M, López A. Evaluación Multidisciplinaria del Anciano en la Comunidad. En: Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Habana; 2007. P 189.
  12. Bayarre H, Clavijo T, Herrera H. Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de 60 años y más, Policlínico "26 de Julio", Playa. En: Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Habana; 2009. P 157-158.
  13. Valhuerdi A, Moreno L, Porto G, Almeida M, Mendoza D. Algunos Aspectos Epidemiológicos de la Demencia en la Atención Primaria. En: Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Habana; 2006. P 191.
  14. Francisco P, Amado P. Acción del Nimodipino y Acetil Carnitina en Pacientes de 60 a 100 años de edad que fueron tratados en el Servicio de Geriatria del Hospital Arzobispo Loayza, por presentar deficiencia cognitiva sin demencia, en el periodo de 15 meses. En: Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Habana; 2006. P 151-152.
  15. Leliebre JJ, Sellek A, Bayorre H. Síndrome Demencial y factores de riesgo en Adultos Mayores del municipio La Lisa. En: Congreso Nacional Cubano de Gerontología y Geriatria. Habana; 2009. P 263-264.

**Recibido:** 3 de marzo de 2011

**Aprobado:** 31 de enero de 2012

**Dra. Reyna Mercedes Alba Durán.** Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba. **Teléf:** (53) 21 36 5015

Tabla 1. Causas que determinaron el ingreso

Causas	No.	%
Todos los familiares trabajan y no pueden atenderlo	23	62.2
Vive solo, no tiene familiares cercanos o estos trabajan	11	29.7
Inactividad e insatisfacción con las actividades cotidianas.	3	8.1

Fuente: Encuesta

Tabla 2 Factores de riesgo social que pueden repercutir negativamente en el anciano

Factores macrosociales	No.	%
Pérdidas físicas o espirituales	24	64.9
Aislamiento	12	32.4
Ausencia de confidentes	14	37.8
Inactividad	18	48.6
Inadaptación a la jubilación	28	65.7
Insatisfacción con actividades cotidianas	21	57.8
Pérdida de roles sociales	30	81.1
Institucionalización	26	70.3
Condiciones materiales de vida	14	37,8
Edad avanzada (75 años o más)	17	75.9
Vivir solo	11	29.7
La familia trabaja y no puede atenderlo	34	91.9
Falta de apoyo	24	64.9
Falta de aceptación	22	59.5
Falta de participación	25	67.6
Falta de comprensión	24	64.9
Falta de protección	20	54.1

Fuente: Encuesta y entrevistas

Tabla 3. Estado cognitivo

Estado cognitivo	No.	%
Sin deterioro cognitivo (24-30)	28	75.7
Deterioro ligero (23-17)	6	16.2
Deterioro moderado (16-10)	3	8.1

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Estado afectivo

Estado afectivo	No.	%
Normal (0-10)	2	5.4
Depresión ligera (11-20)	24	64.9
Depresión acentuada (21-30)	11	29.7

Fuente: Encuesta.