



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Evaluación cognitiva de los ancianos que viven en los hogares de ancianos: estudio transversal

Vivian Carla de Castro¹, Celmira Lange², Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera¹, Eraldo Schunk Silva¹, Lígia Carreira¹

¹ Universidad Estadual de Maringá

² Universidad Federal de Pelotas

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cognición de los ancianos que residen en hogares de ancianos y verificar la asociación entre estado cognitivo y las variables sociodemográficas y los dominios del Mini examen del Estado Mental (MEEM). **Método:** estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Los datos fueron colectados utilizándose el MEEM, con 161 ancianos, entre enero y marzo de 2013 y analizados por medio de los testes chi-cuadrado y Mann-Withney. **Resultados:** Presentaron déficit cognitivo 39,8% de los ancianos y se evidenció peor desempeño cognitivo en el sexo femenino. Los dominios del MEEM tuvieron asociación estadísticamente significativa con la decadencia cognitiva, siendo que orientación, atención y cálculo y memoria de evocación presentaron mayor influencia con la presencia de déficit cognitivo. **Conclusión:** El MEEM se mostró un instrumento práctico para la evaluación cognitiva de los ancianos y el mismo puede orientar las intervenciones de la enfermería, constituyendo un modelo de metas a ser cumplidas en el cuidado ofrecido al anciano institucionalizado.

Descriptor: Salud del Anciano Institucionalizado; Cognición; Hogares para Ancianos; Enfermería Geriátrica; Anciano.

INTRODUCCIÓN

La proporción de ancianos ha crecido expresivamente en el escenario mundial, lo que representa innúmeras repercusiones sociales y económicas, principalmente en los países en desarrollo. En ellos, el suministro de las necesidades de salud es desafiado por los recursos limitados o por su gestión y depende del desarrollo de políticas específicas e innovadoras para la población anciana. Brasil, que está incluido en este grupo, ha sufrido, en las décadas recientes, descensos sucesivos en las tasas de natalidad y mortalidad, lo que contribuyó para la contabilización actual de 21 millones de personas con 60 años o más^(1,2).

La percepción del envejecimiento bien sucedido posee, entre sus características, la manutención de las habilidades cognitivas, la cual está asociada a la longevidad, a la calidad de vida, al bienestar físico y social y, consecuentemente, a niveles satisfactorios de autonomía e independencia^(3,4). Con el envejecimiento biológico, el Sistema Nervoso Central es uno de los más perjudicados, sobre todo en las regiones responsables por las funciones cognitivas, porque ocurre hipotrofia cerebral y alteraciones en el sistema de neurotransmisores⁽⁵⁾. A pesar de los cambios estructurales, su intensidad es fuertemente influenciada por factores culturales, genéticos, presencia de comorbilidades y el estilo de vida del anciano⁽⁶⁾.

Las alteraciones cognitivas, comúnmente relacionadas a la atención, memoria, lenguaje, velocidad de procesamiento ejecutivo y psicomotor⁽³⁾, representan un gran impacto en la vida del anciano y la de sus familiares. La progresión de la decadencia cognitiva determina los síndromes demenciales, que acometen 5 a 30% de los ancianos brasileños, e interfieren en su funcionalidad y en la calidad de vida⁽⁶⁾.

Delante de las transformaciones demográficas e epidemiológicas vivenciadas, las familias

pasaron a enfrentar dificultades al cuidar a los ancianos en su domicilio, principalmente por los cambios ocurridos en la estructura familiar, tales como la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo y los nuevos arreglos familiares⁽¹⁾. Además de eso, la presencia de la fragilidad, aquí entendida como un síndrome geriátrico multifactorial, cuyo desarrollo se relaciona a las alteraciones derivadas del envejecimiento⁽²⁾, cuando no identificada y tratada rápidamente, impide la realización de actividades antes ejercidas por los ancianos⁽⁷⁾, lo que contribuye para aumentar la búsqueda por los hogares de ancianos (HDA).

En Brasil, existen más de 80 mil ancianos abrigados en cerca de 3.500 HDA. Además de los factores mencionados, ancianos del sexo femenino, con más de 70 años, solteros, sin hijos o viudos con poca renta están más propensos a ser ingresados en una institución⁽¹⁾. Aunque esta no sea siempre una opción ruin, a veces perjudica la salud física y emocional del anciano, siendo su principal causa la falta de apoyo familiar y social⁽⁸⁾. Por tanto, le corresponde al HDA proporcionar una atención gerontogeriatrica calificada enfocada en las necesidades de los ancianos, por medio de la actuación de un equipo multiprofesional⁽¹⁾ teniendo en cuenta la heterogeneidad de sus residentes, cuyas necesidades pueden permear las actividades instrumentales o básicas de la vida diaria⁽⁹⁾.

En esta perspectiva, la evaluación y el acompañamiento de las aptitudes cognitivas, utilizando testes neuropsicológicos, permiten identificar las reales necesidades de los ancianos institucionalizados y adecuar los cuidados de salud, considerando los diferentes procesos de envejecer⁽¹⁰⁾. Entre los testes de rastreo cognitivo direccionados a las personas adultas y ancianas, el Miniexamen del Estado Mental (MEEM) es el más utilizado entre los profesionales de gerontogeriatrica en el mundo. La publicación original

del test es la más citada en periódicos científicos del área de neurología y en las pesquisas, se han usado como instrumento único o componente de baterías de evaluación neuropsicológica⁽¹¹⁾.

Como miembro del equipo multidisciplinar, el enfermero tiene la atribución de realizar la evaluación multidimensional del anciano, usando esta y otras estrategias, para investigar el estado mental, social y funcional del anciano^(1,2). El cuidado de enfermería ofrecido al anciano institucionalizado debe estar pautado en acciones sistematizadas, basadas en el inventario de las necesidades afectadas, respaldadas en las teorías de enfermería⁽¹²⁾.

En este contexto, emergieron las siguientes cuestiones para investigación: ¿Cuál es el estado cognitivo de los ancianos residentes en los HDA? ¿El estado cognitivo está asociado a las variables sociodemográficas y a los dominios del MEEM? Para responderlas, se delimitó como objetivo de este estudio: evaluar la cognición de los ancianos residentes en los HDA y verificar la asociación del estado cognitivo con las variables sociodemográficas y con los dominios del MEEM.

MÉTODO

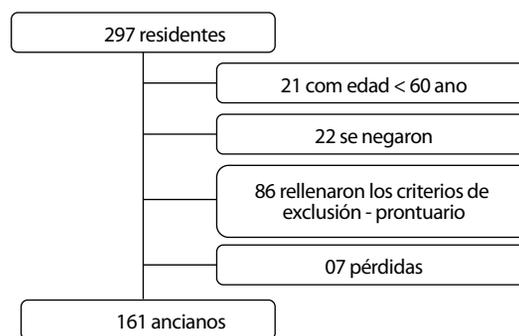
Se trató de un estudio descriptivo, en corte transversal y abordaje cuantitativo, realizado en siete hogares de ancianos regularmente registrado en la Secretaría de Asistencia Social y Ciudadana (SASC) del municipio de Maringá/PR, Brasil que concedieron la autorización por escrito para realizar la investigación.

De los 43.716 ancianos que componían la población de Maringá, representando 12% de esta, 297 (0,68%) residen en HDA componiendo la población de este estudio, en el período de enero a marzo de 2013. Inicialmente, se analizaron los prontuarios multiprofesionales de cada residente, para poder seleccionar a los sujetos

aptos para participar del estudio, siendo adoptados como criterios de inclusión: tener edad igual o superior a 60 años y no presentar condiciones que les pudieran impedir responder a las cuestiones del MEEM. Por lo que se excluyeron a aquellos ancianos con deficiencia auditiva, afasia o problema mental clínicamente significativo, conforme documentados en el prontuario. Vale destacar que, a pesar de vivir en los HDA, 21 individuos tenían menos que 60 años y por eso no alcanzaron el criterio de edad establecido.

Durante la selección inicial de la muestra (Figura 1) no fueron consideradas las respuestas de siete sujetos por la imposibilidad de contabilizar los escores, debido al relleno inadecuado de la puntuación en el instrumento. Por lo que la muestra definitiva fue composta por 161 ancianos.

Figura 1 - Etapas para definición de la muestra de ancianos del estudio. Maringá/PR, 2013.



Fuente: Los autores (2013)

Los datos primarios se obtuvieron por medio de la aplicación del MEEM⁽¹³⁾, compuesto por cuestiones agrupadas en los dominios orientación temporal, orientación espacial, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria de evocación, lenguaje y capacidad constructiva visual. La puntuación total puede variar de cero a 30 puntos, indicando mayor o menor grado de comprometimiento cognitivo respectivamente. Los ancianos fueron clasificados con o sin decadencia cognitiva conforme los puntos de corte

propuestos por los autores: escora abaja de 20 puntos para ancianos analfabetos; 25 puntos para ancianos con uno a cuatro años de estudio; 26,5 para ancianos con cinco a ocho años de estudio; 28 puntos para ancianos con 9 a 11 años de estudio; y 29 puntos para ancianos con más de 11 años de estudio⁽¹³⁾.

La recopilación de los datos de caracterización socio demográfica de los ancianos ocurrió a partir de los registros de los prontuarios, mediante la utilización de un instrumento elaborado por la propia investigadora y ellos pasaron por un análisis estadístico descriptivo. Los escores provenientes del MEEM se analizaron por medio del test chi-cuadrado para asociarlos con las variables sociodemográficas, y también por medio del test de Mann-Withney (test de la suma de rank) para probar las hipótesis acerca de la decadencia cognitiva en cada dominio del MEEM, utilizando el *Software Statistical Analysis System (SAS) 91.1*. El nivel de significancia considerado para los testes estadísticos fui de 5%.

El presente estudio hace parte de la investigación de disertación de la maestría nominada "Actitudes del anciano frente al ocio: un estudio en Hogares de ancianos", aprobada por el Comité de Ética en Pesquisas Envolviendo a Seres Humanos, de la Universidad Estadual de Maringá (COPEP/ UEM) en 12/11/2012, con el Parecer nº 160.445, de acuerdo con la Resolución 466/12. Después de ser aclarados los objetivos de la investigación, los ancianos que concordaron participar en el estudio firmaron o marcaron su huella digital en el Término de Consentimiento Libre y Aclarado en dos vías.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 161 ancianos institucionalizados, siendo 81 (50,3%) del sexo masculino y 80 del sexo femenino (49,7%). En

relación al MEEM, la media para todos los ancianos fue de 20,9 puntos ($\pm 7,1$). Se identificaron 64 (39,8%) ancianos con decadencia cognitiva, cuya media en el MEEM fue de 13,6 puntos ($\pm 4,9$).

Se observó la predominância de ancianos con 80 años de edad o más (42,2%). Al relacionar la edad con la decadencia cognitiva, se destaca que 47,9% de los ancianos con edad entre 70 y 79 años y 41,2% de los ancianos con 80 años o más presentaron decadencia cognitiva. Cuanto al estado civil, se verificó que la mayoría tenía o ya tuvo una unión estable, que incluye casados, viudos y divorciados (60,25%), y en relación al estado cognitivo, se notó que 45,3% de los ancianos que relataron nunca haber tenido un(a) compañero(a) presentaron decadencia cognitiva.

Cuanto al nivel de escolaridad, prevalecieron los ancianos alfabetizados (62,1%), y ellos presentaron un nivel cognitivo aparentemente mejor en relación a los ancianos analfabetos. A pesar de no haber evidencias estadísticas, es posible observar una reducción del número porcentual de individuos con decadencia cognitiva de 47,5% para 40% al comparar ancianos analfabetos y alfabetizados, respectivamente. Sobre el tiempo de institucionalización, la mayoría vivía, como mínimo, un año y como máximo, cinco años (49,7%) en los HDA, siendo los de carácter gubernamental o filantrópico los que abrigaban el mayor número de ancianos (63,3%) estudiados (Tabla 1).

Entre los 64 ancianos que presentaron decadencia cognitiva, predominaron los del sexo femenino (59,4%), con 80 años de edad o más (43,75%), que tenían o ya tuvieron un compañero(a) (54,7%), que frecuentaron de un a ocho años la enseñanza formal (46,9%) y que tenían entre uno y cinco años de institucionalización (50,0%). Al asociar la variable sexo con la decadencia cognitiva, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0459$) entre

Tabla 1 - Distribución de los ancianos institucionalizados con y sin decadencia cognitiva, según características sociodemográficas. Maringá, PR, 2013.

Variab	Categorías	CDC [†]		SDC [‡]		Total N	p-valor
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	26	32,10	55	67,90	81	0,0459*
	Femenino	38	47,50	42	52,50	80	
Grupo Etario	60 a 69 años	13	28,90	32	71,10	45	0,1644
	70 a 79 años	23	47,90	25	52,10	48	
	80 años o +	28	41,20	40	58,80	68	
Estado Civil	Soltero	29	45,30	35	54,70	64	0,2415
	Tenía/tuvo unión estable	35	36,10	62	63,90	97	
Escolaridad	Analfabeto	29	47,50	32	52,50	61	0,4390
	Alfabetizado	40	40	60	60	100	
Tiempo de Institucionalización	6 meses a 1 año	16	42,10	22	57,90	38	0,9021
	1 a 5 años	32	40,00	48	60,00	80	
	5 años o +	16	37,20	27	62,80	43	
Carácter de los HDA	Gubernamental/Filantropica	40	24,80	62	38,50	102	0,8550
	Particular	24	14,90	35	21,75	59	

*p-valor<0,05 - test chi-cuadrado; [†]COM decadencia cognitiva - MEEM; [‡]Sin decadencia cognitiva - MEEM.
Fuente: los autores (2013).

Tabla 2 - Distribución de los ancianos institucionalizados con y sin decadencia cognitiva, según los hogares de ancianos. Maringá, PR, 2013.

ILPI	Carácter ILPI	MEEM (Media)	CDC [†]		SDC [‡]		Total
			N	%	N	%	
A	Filantropica	19,8	26	42,6	35	57,4	61
B	Filantropica	22,4	10	30,3	23	69,7	33
C	Particular	19,8	09	56,3	07	43,7	16
D	Particular	20,9	07	43,7	09	56,3	16
E	Gubernamental	20,9	04	50,0	04	50,0	08
F	Particular	23,0	03	21,4	11	78,6	14
G	Particular	21,3	05	38,5	08	61,5	13

[†]Con decadencia cognitiva - MEEM; [‡]Sin decadencia cognitiva - MEEM.
Fuente: Los autores (2013).

hombres y mujeres, que obtuvieron en el MEEM, respectivamente, las medias de escore 14,8 y 12,8 para ancianos con decadencia cognitiva y 25,9 y 25,4, para ancianos sin decadencia cognitiva. Para las otras variables categóricas no hubo diferencias estadísticas relacionadas a la decadencia cognitiva (Tabla 1).

En relación a la decadencia cognitiva de los ancianos en los siete HDA estudiados, se constató que de los dos que obtuvieron la menor media en el MEEM (19,8), uno presentó también el mayor porcentual de ancianos con decaden-

cia cognitiva (56,3%). La media más alta para el MEEM (23,0) fue alcanzada solamente por una institución particular, la cual presentó el menor porcentual de ancianos con decadencia cognitiva (21,4%) (Tabla 2).

Referente a los dominios que componen el MEEM, se verificó que todos presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la decadencia cognitiva para ancianos institucionalizados (Tabla 3).

Principalmente en las categorías, orientación tiempo y espacio, atención y cálculo y me-

Tabla 3 - Evaluación cognitiva de los ancianos institucionalizados, según dominios del MEEM. Maringá, PR, 2013.

Dominio MEEM	CDC [†] (n = 64)				SDC [‡] (n = 97)				p-valor
	Media	DP [§]	Min	Max [¶]	Media	DP [§]	Min	Max [¶]	
Orientación tiempo/espacio	3,0	2,05	0	9	8,5	1,74	3	10	0,00*
Memoria inmediata	2,3	1,00	0	3	2,9	0,24	2	3	0,00*
Atención y cálculo	2,1	1,82	0	5	4,4	1,24	0	5	0,00*
memoria de evocación	0,6	0,83	0	3	2,0	0,90	0	3	0,00*
Lenguaje	2,3	0,91	0	3	3,0	0,14	2	3	0,00*
Capacidad constructiva visual	3,2	1,36	0	6	4,8	1,20	2	6	0,00*

*p-valor<0,05 - test de Mann-Whitney; †Con decadencia cognitiva - MEEM; ‡Sin decadencia cognitiva - MEEM; §Desviación- estándar; ¶Valores mínimos; ||Valores máximos.

Fuente: Los autores (2013).

moria de evocación, es posible observar que las medias obtenidas por ancianos con decadencia cognitiva son menores que la mitad de las medias obtenidas por aquellos que no presentaron decadencia cognitiva (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La feminización del grupo etario formado por ancianos, por causa de la diferencia entre la expectativa de vida de hombres y mujeres, expone a las mujeres a la pobreza, a la soledad y al riesgo de morbilidad^(7,14), siendo la presencia femenina más frecuente en los HDA^(7,12,14). No obstante, entre los ancianos incluidos en el presente estudio no hubo la predominancia de ningún sexo, condición que puede estar relacionada a la selección de los sujetos, con base en los criterios de inclusión y exclusión.

Hay que considerar también, la variabilidad de la composición de estas residencias colectivas, porque hay constantes entradas y salidas de ancianos, principalmente por la elevada mortalidad en esa población, conforme demuestra el análisis de sobrevivencia realizado en Inglaterra y en el País de Gales, en el cual el final llegó a ser cuatro veces mayor entre ancianos institucionalizados de que en ancianos de la comunidad⁽¹⁵⁾.

El avance de la edad trae consigo el aumento del riesgo de incapacidad funcional, y el aumento de enfermedades crónicas e internaciones hospitalarias y consecuentemente, indica una tendencia a aumentar el chance de institucionalización⁽¹⁴⁾, lo que hace común la prevalencia de ancianos más viejos en los HDA⁽¹²⁾, como puntuado en los resultados de esta investigación.

Cuanto a la decadencia cognitiva, se verificó que 39,8% de los ancianos presentó esa condición. Este número es expresivo cuando consideramos que de los ancianos que frecuentaba grupos de convivencia en el municipio de Santa María/RS, Brasil⁽¹⁰⁾, 23,6% presentaron decadencia cognitiva. Se pondera, no obstante, que todos los participantes del referido estudio eran escolarizados. Por otro lado, el resultado de un estudio realizado en un HDA del municipio de Londrina/PR, Brasil⁽⁷⁾ se asemeja al encontrado en Maringá/PR, Brasil, ya que 39,3% de los ancianos tenían déficit cognitivo.

Otro hallazgo que merece destaque en la presente investigación, se refiere a los 47,9% de los ancianos con edad entre 70 y 79 años que presentaron decadencia cognitiva, porcentual mayor de que entre los ancianos con 80 años o más (41,2%). La misma condición fue apuntada en un estudio realizado en el municipio de Lon-

drina/PR, Brasil⁽⁷⁾, citado anteriormente, en el que los autores asociaron tal evento a la imposibilidad de algunos ancianos más viejos responder al MEEM, situación también ocurrida en los HDA de Maringá/PR, Brasil. Un cohorte desarrollado en el municipio de São Paulo/SP, Brasil, destacó que el avance de la edad acarrea la reducción del porcentual de desempeño cognitivo arriba de la media, por causa de la disminución de la plasticidad cerebral⁽⁴⁾.

Se destaca que casi la mitad de los ancianos solteros (45,3%) tenía déficit cognitivo según el MEEM. Un estudio realizado en el estado de Rio Grande del Sur, Brasil, comparó el desempeño cognitivo de los ancianos con y sin compañero(a), siendo que los primeros tenían prevalencia 45% menor de déficit cognitivo, hecho que podría estar relacionado con la posibilidad de involucramiento del compañero(a) en el cuidado de la salud⁽⁶⁾, según la justificativa de los autores.

En la población estudiada aquí, no hubo asociación significativa, desde el punto de vista estadístico, entre el nivel educacional y la decadencia cognitiva. La literatura resalta que el bajo nivel educacional está asociado a la presencia de déficit cognitivo^(6,7), sugiriendo que al mejorar la educación de los individuos se puede retardar el apareamiento de demencias⁽¹⁶⁾. Un análisis integrativo de estudios longitudinales sobre el envejecimiento⁽¹⁷⁾ enfatiza que, a pesar de que más años de estudio está asociado a mayores escores iniciales en el MEEM, no se observó cambios significativos en los escores del MEEM intrapersonal asociados a la educación a lo largo del tiempo en los seis cohortes analizados.

El hallazgo de esta investigación se confirma con el estudio realizado en el municipio de Londrina/PR, Brasil⁽⁷⁾, que destacó que la inexistencia de asociación no descarta la percepción, por medio del análisis descriptivo, de que más años de educación formal acarrearán en mejor

estado cognitivo. En este sentido, el enfermero debe tener la habilidad de comprender si las informaciones de salud fueron entendidas por los ancianos con baja escolaridad, para poder elaborar intervenciones que minimicen posibles perjuicios en la cognición⁽⁶⁾.

Se constató, en el análisis estadístico una asociación entre el sexo y la decadencia cognitiva, demostrado por el mal desempeño de las mujeres de la población estudiada. Aunque no se haya encontrado significancia estadística en esta asociación, un estudio con ancianos del estado de Rio Grande del Sur, Brasil⁽⁶⁾, evidenció la prevalencia del déficit 22% mayor entre las mujeres. Como posible explicación, los autores apuntaron la expectativa de vida mayor del sexo femenino en relación al sexo masculino. Por otro lado, un análisis integrativo internacional pondera que este resultado varía de acuerdo con la muestra envuelta, pues se analizaron dos estudios en el que las mujeres tenían escores más elevados que el de los hombres en el MEEM y otros dos que observaron mayor decadencia cognitiva en el sexo femenino⁽¹⁷⁾.

De las medias de los escores del MEEM calculadas para los siete HDA, dos se quedaron abajo del punto de corte mínimo establecido por nivel educacional (20 puntos), y cinco se ubicaron entre el primer y el segundo punto de corte (25 puntos) para individuos que frecuentaron de un a cuatro años la enseñanza formal. Se cree que este hecho se deba al considerable número de ancianos analfabetos. Vale resaltar, en este caso, que mayores oportunidades de acceso a los medios de alfabetización podrían contribuir, especialmente, para promover la salud de los ancianos que viven en el contexto institucional⁽¹⁴⁾.

El análisis de la puntuación en cada dominio del MEEM puede contribuir para relacionar el perfil del desempeño cognitivo con diferentes desenlaces, como demostrado en un análisis de

sobrevivencia con ancianos coreanos, el cual demostró que los dominios orientación temporal y atención y cálculo estaban estadísticamente asociados a la mortalidad⁽¹⁸⁾. Un caso-control prospectivo longitudinal, realizado con niños hospitalizados en Colombia, señaló que bajos scores en los dominios de orientación temporal y espacial en la admisión fueron factores de riesgo para la ocurrencia de delirio⁽¹⁹⁾. Otro estudio, realizado en Taiwan, destacó que un peor desempeño en los dominios de orientación temporal y en la capacidad constructiva visual eran factores de riesgo para que ocurriera fractura en la cadera⁽²⁰⁾.

En el presente estudio, los dominios orientación temporal y espacial, memoria de evocación y atención y cálculo obtuvieron las mayores diferencias entre las medias de los scores del MEEM para ancianos con y sin decadencia cognitiva. El test de orientación es una parte habitual del examen del estado mental, desde el punto de vista clínico, y hasta los errores pequeños son útiles para rastrear el comprometimiento cognitivo y alerta si hay necesidad de intervención^(18,19).

La orientación temporal es más susceptible a alteraciones de que la orientación espacial debido a su deficiencia al inicio del proceso de decadencia cognitiva. Además de eso, es el dominio que presenta las modificaciones más intensas en el transcurso de la enfermedad de Alzheimer, esto porque el juzgamiento acerca del intervalo de tiempo depende del acceso a los marcos de la memoria tanto episódica, como semántica^(18,20). El dominio de atención y cálculo, es considerado el más difícil entre todos los ítems del MEEM, ya que las capacidades necesarias para ejecutar los comandos están sujetas a la deterioración en el envejecimiento normal y por tanto, este dominio es útil para evaluar la decadencia relacionada a la edad⁽¹⁸⁾.

El MEEM es muy utilizado como herramienta de clasificación de la decadencia cognitiva,

pero, se sabe que también se puede emplear en el acompañamiento de la evolución de enfermedades y en la supervisión de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos⁽¹¹⁾. En este último caso, el análisis de los scores de cada dominio del MEEM es importante para distinguir, por ejemplo, problemas relacionados a la demencia, a la fase de la enfermedad de Alzheimer o al cuadro de decadencia cognitiva⁽²⁰⁾. En este sentido, el MEEM surge como oportunidad para abarcar diferentes poblaciones en diferentes contextos, aunque todavía sean pocas las investigaciones sobre la contribución específica de cada dominio o de su combinación para evaluar cognitivamente al individuo.

El cuidado de la enfermería ofrecido al ser envejecido tiene sus singularidades, que se hacen más evidentes cuando se trata del contexto institucional, configurándose como desafíos para el profesional. El enfermero debe estar apto para desarrollar el raciocinio clínico y realizar la evaluación global para interpretar las peculiaridades de las condiciones de salud del anciano, y también para elaborar un plan adecuado de cuidados fundamentado en saberes gerontogerátricos⁽¹²⁾. El uso de herramientas validadas para mensurar el déficit cognitivo suministra datos fidedignos para la intervención de enfermería, y favorece la creación de un modelo de metas para ser cumplidas en la atención ofrecida al anciano institucionalizado.

CONCLUSIÓN

En los HDA estudiados se evidenció el predominio de ancianos con 80 años de edad o más, que tienen o ya tuvieron un(a) compañero(a) y alfabetizados. El tiempo de institucionalización varió de un a cinco años y las instituciones eran, en su mayoría, de carácter gubernamental o filantrópico. Del total de ancianos, 39,8% presen-

taron déficit cognitivo, según el MEEM, siendo que este porcentual varió entre 21,4% y 56,3% en las instituciones, con media mínima obtenida por el MEEM de 19,8 y máxima de 23,0.

Entre las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad, tiempo de institucionalización y carácter de los HDA, solamente el primero obtuvo asociación estadísticamente significativa en relación a la decadencia cognitiva, estando ella presente con más frecuencia entre las mujeres. Los dominios que componen el MEEM tuvieron asociación significativa con la decadencia cognitiva, siendo que los dominios de orientación, atención y cálculo y memoria de evocación presentaron las diferencias más evidentes para ancianos con y sin déficit cognitivo.

El MEEM se mostró una herramienta práctica para evaluar la cognición de los ancianos institucionalizados en el presente estudio y a partir del score alcanzado, se verificó la asociación de la decadencia cognitiva con las características sociodemográficas y con los dominios del instrumento, utilizándose una muestra considerablemente significativa, para agregarles subsidios al cuerpo del conocimiento ya existente en esta perspectiva. Sin embargo, la investigación también presentó limitaciones, como por ejemplo la no inclusión de una variable sobre las condiciones de la salud de los ancianos, que podría influenciar en su desempeño cognitivo.

CITAS

1. Oliveira PB, Tavares DMS. Condições de saúde de ancianos residentes em instituição de longa permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(2): 241-6.
2. Leonardo KC, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, Fabricio-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em ancianos mais velhos, residentes no domicílio. *Cienc Cuid Saude.* 2014; 13(1): 120-7.
3. Vance DE, Graham MA, Fazeli PL, Heaton K, Moneyham L. An Overview of Non-pathological Geroneuropsychology: Implications for Nursing Practice and Research. *J Neurosci Nurs.* 2012; 44(1): 43-53.
4. Silva HS, Duarte YAO, Andrade FB, Cerqueira ATAR, Santos JLF, Lebrão ML. Correlates of above-average cognitive performance among older adults: the SABE study. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(9): 1977-86.
5. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em ancianos. *Cad. Saúde Colet.* 2015; 23(4): 386-93.
6. Zortea B, Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Silva BT, Ilha S, Cruz VD. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. *Rev Rene.* 2015; 16(1): 123-31.
7. Mello BLD, Haddad MCL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de ancianos institucionalizados. *Acta Scientiarum.* 2012; 34(1): 95-102.
8. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em ancianos de um município de Santa Catarina. *Texto contexto – enferm.* 2013; 22(2): 370-8.
9. Maseda A, Balo A, Lorenzo-López L, Lodeiro-Fernández L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Cognitive and affective assessment in day care versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. *Clin Interv Aging.* 2014; 9: 887-94.
10. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de ancianos que participam de grupos de convivência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4): 64-71.
11. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com ancianos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2015; 20(12): 3865-76.
12. Oliveira JMM, Nóbrega MML, Oliveira JC. Diagnósticos e resultados de enfermagem para a pessoa idosa institucionalizada: pesquisa metodológica. *Online Braz J Nurs (Online) [internet].* 2015 [Cited 2016 Mar 23] 12(2). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5151/html_679.

13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B): 777-81.
14. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de ancianos: estudo de casos e controles. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(1): 147-53.
15. Shah SM, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Cook DG. Mortality in older care home residents in England and Wales. *Age Ageing.* 2013; 42(2): 209-2015.
16. Terrera GM, Minett T, Brayne C, Matthews FE. Education associated with a delayed onset of terminal decline. *Age Ageing.* 2014; 43(1): 26-31.
17. Piccinin AM, Muniz-Terrera G, Clouston S, Reynolds CA, Thorvaldsson V, Deary IJ, et. al. Coordinated analysis of age, sex, and education effects on change in MMSE scores. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013; 68(3): 374-90.
18. Park MH, Kwon DY, Jung JM, Han C, Jo I, Jo A. Mini-Mental Status Examination as predictors of mortality in the elderly. *Acta Psychiatr Scand.* 2013; 127: 298-304.
19. Franca JG et. al. MMSE items that predict incident delirium and hypoactive subtype in older medical inpatients. *Psychiatry Research.* 2014; 220: 975-81.
20. Tseng WJ, Hung LW, Lin J. Time Orientation and Visual Construction Subdomains of the MMSE as Independent Risk Factors for Hip Fractures. *Orthopedics.* 2013; 36(7): 869-76.

Contribución de los autores en la investigación:

Vivian Carla de Castro: Contribución científica e intelectual efectiva para el estudio; Concepción y delineamiento; Adquisición de los datos; Interpretación de los datos; Pre-

paración del manuscrito; Redacción del manuscrito.

Celmira Lange: Revisión crítica del manuscrito; Aprobación final.

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera: Revisión crítica del manuscrito; Aprobación final.

Eraldo Schunk Silva: Análisis e inferencias estadísticas.

Lígia Carreira: Contribución científica e intelectual efectiva para el estudio; Concepción y delineamiento; Revisión crítica del manuscrito; Aprobación final.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 29/03/2016

Revisado: 22/06/2016

Aprobado: 29/06/2016