



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Articulos Originales



Capacidad cognitiva, estilo y calidad de vida de los ancianos: estudio transversal

Laura Ligiana Dias Szerwieski¹, Diógenes Aparício Garcia Cortez^{2,3},
Rose Mari Bennemann¹, Eraldo Schunk Silva³, Lucia Elaine Ranieri Cortez¹

¹Centro Universitario de Maringá

²Centro de Enseñanza Superior de Maringá

³Universidad Estatal de Maringá

RESUMEN

Objetivo: verificar la capacidad cognitiva, estilo y calidad de vida de los ancianos usuarios de la atención primaria. **Método:** estudio transversal, correlacional, analítico y descriptivo, con abordaje cuantitativo. Se aplicaron 252 cuestionarios semiestructurados a ancianos urbanos, conteniendo informaciones sociodemográficas, evaluación de la capacidad cognitiva y cuestiones referentes al estilo y calidad de vida. **Resultado:** predominó el sexo femenino, con baja escolaridad, presencia de decadencia cognitiva en 68,25% (n=172) de los ancianos y asociación significativa entre las Unidades de Salud (p=0,0351). **Discusión:** se destaca que ancianos que no presentan decadencia tienen un mejor escore del componente nutrición, este dato enfatiza que mantener buenos hábitos alimentarios influye positivamente en la capacidad cognitiva. **Conclusión:** los entrevistados son ancianos jóvenes que presentan decadencia cognitiva, se enfatiza la importancia de que el enfermero actúe como promotor de la salud, favoreciendo el envejecimiento activo.

Descriptor: Envejecimiento; Cognición; Estilo de Vida; Calidad de Vida.

INTRODUCCIÓN

El panorama demográfico mundial destaca que actualmente está ocurriendo un envejecimiento poblacional, lo que conlleva al desafío de mantener a los ancianos activos por el mayor tiempo posible, prolongar la pérdida de la capacidad cognitiva y prevenir el surgimiento de enfermedades que puedan perjudicar la calidad de vida de esos individuos a medida que envejecen^(1,2).

El proceso de envejecimiento implica en el aumento del riesgo de desarrollar vulnerabilidades de naturaleza biológica, social, económica y psicológica, debido a los cambios que ocurren en ese período de la vida. Además, trae consigo alteraciones en la parte cognitiva, dificultando que el anciano aprenda cosas nuevas, reciba informaciones actuales, y hasta puede presentar problemas de orientación espacial. Una investigación reciente destaca que estos factores se agravan con el pasar de los años, o sea, los ancianos más viejos tienden a presentar mayor decadencia cognitiva^(2,3).

Los ancianos que presentan daño cognitivo empiezan a demostrar limitaciones que interfieren desde la realización de actividades cotidianas, pérdida de la autonomía, hasta la sobrecarga de cuidadores. Estas pérdidas funcionales y psicosociales pueden repercutir en el surgimiento de patologías como depresión y demencias, que irán a perjudicar la convivencia del anciano en el ambiente familiar y social⁽²⁾.

Se destaca que el problema cognitivo acomete al individuo en su integralidad, por lo que se hace necesario que se adopten medidas que prevengan y evalúen esa pérdida de la función cognitiva. Algunos instrumentos han sido credos para evaluar la función cognitiva y la capacidad funcional del anciano, y pueden determinar el grado del daño cognitivo. A partir de ellos, es

posible que el equipo de salud, principalmente, el enfermero, identifique precozmente la decadencia cognitiva y consiga realizar estrategias de prevención e intervención individuales, de forma precoz y eficiente⁽⁴⁾.

Considerando estos aspectos, es primordial que los ancianos activos, capaces de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como los que ya presentan disminución de la capacidad cognitiva y tienen problemas funcionales, participen de acciones que promuevan su salud, busquen tener buena calidad de vida y desarrollen un estilo de vida sano, para prevenir así, que ocurran pérdidas cognitivas y la evolución hacia un cuadro de demencias⁽²⁾.

El estilo y la calidad de vida son factores determinantes en la búsqueda por la mejoría de la capacidad cognitiva. El anciano que tiene buenos hábitos alimentarios, practica actividades físicas periódicamente, duerme lo suficiente, evita el consumo de productos maléficos, tiene una vivienda, acceso al servicio de salud, mantiene la convivencia social y es capaz de realizar tareas y actividades intelectuales, es considerado un individuo con factores positivos que pueden aumentar su calidad y expectativa de vida^(2,3,5).

A pesar de que diversas investigaciones enfatizan que la capacidad cognitiva sufre la influencia del estilo y de la calidad de vida, pocos estudios han sido realizados con ancianos, y cuando realizados están dirigidos solamente a las pérdidas biológicas, disminución de los vínculos sociales y a las alteraciones psicológicas^(2,3). Por lo expuesto, se considera necesaria la realización de estudios que desvelen las particularidades del envejecimiento y que contribuyan para el planeamiento de acciones de enfermería. Buscando llenar la laguna existente, este estudio tiene como objetivo verificar la capacidad cognitiva, el estilo y la calidad de vida de los ancianos usuarios de la atención primaria.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, correlacional, analítico y descriptivo, con abordaje cuantitativo. Participaron 252 ancianos residentes en el medio urbano, del municipio de Itaipulândia (PR), que tiene una población estimada de 10.236 habitantes y presenta 12% de ancianos, trascendiendo las tasas esperadas de ancianos en Brasil⁽⁷⁾. Existen cuatro Unidades Básicas de Salud que prestan cuidado a la población, una central que atiende el mayor flujo de personas y tres periféricas que atienden a los demás barrios. Todos poseen un sistema informatizado, el E-SUS, para registrar el acompañamiento de los pacientes. En media, son atendidos 250 ancianos por semana, que buscan por atendimento médico, de enfermería, nutrición, odontología y orientaciones con los agentes de salud.

Primeramente, fue realizado un levantamiento en el sistema informatizado del efectivo de ancianos, junto a las Unidades Básicas de Salud: Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru y UBS Central. Considerándose elegibles los ancianos con edad igual o superior a 60 años. En el total, fueron considerados 754 ancianos registrados para las cuatro UBS's (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de los ancianos por Unidad Básica de Salud, Itaipulândia (PR).

Local	Urbano	Rural	Total
UBS Santa Inês	68	114	182
UBS São José do Itavó	64	00	64
UBS Caramuru	93	00	93
UBS Centro	415	00	415

Para calcular el tamaño de la muestra, se consideró una prevalencia de enfermedades crónicas en la población de ancianos igual 50% ($p=0,5$). La regla para calcular las muestras para proporciones, considerándose el factor de corrección para poblaciones finitas se da por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot \text{erro}^2}$$

Se consideró un total poblacional de ($N=754$) ancianos, un nivel de confianza de 95% ($Z=1,96$) y un error de 5% ($\text{erro}=0,05$). Para mantener la representatividad en la muestra de los ancianos que serían entrevistados, la muestra de ancianos ($n=252$) fue seleccionada directamente proporcional al número de ancianos atendidos en las UBS. Pero, debido a las dificultades encontradas para coleccionar los datos en las UBS's periféricas (Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru), la muestra fue no probabilística en ellas. Para la UBS ubicada en la región central la selección de la muestra fue aleatoria.

Se excluyeron a las personas con más de 60 años que presentaban deficiencias sensoriales (ceguera, sordera, mudéz) y motoras (ortopédicas, reumatológicas) que podían impedir la realización de las evaluaciones.

Las entrevistas para coleccionar los datos se realizaron en el domicilio de los ancianos de febrero a abril de 2016. La investigadora principal identificó a los ancianos elegibles para el estudio, después les presentó los objetivos del estudio y les invitó a participar en él. En caso de que aceptaran, ellos tuvieron que firmar el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido o tuvieron sus huellas digitales tomadas. A continuación respondieron a un cuestionario con cuestiones sociodemográficas referentes a la edad, sexo, escolaridad, renta mensual, ocupación, arreglo familiar y si frecuentaba el gimnasio de la tercera edad, y cuestiones que evaluaban la capacidad cognitiva, estilo y calidad de vida.

Como instrumentos de colecta de datos, se utilizó el Cuestionario Mini Examen del Estado Mental⁽⁸⁾ que evalúa la capacidad cognitiva del anciano en orientación temporal y espacial, registro, atención y cálculo, recuerdos y lengua-

je, con escores de 0 punto, indicando un daño cognitivo mayor, a 30 puntos, que corresponde a una capacidad cognitiva mejor. Los entrevistados se clasificaron en con o sin decadencia cognitiva. El cuestionario del Perfil del Estilo de Vida Individual⁽⁹⁾ evalúa: nutrición, actividad física, comportamiento preventivo, relacionamiento social y control del estrés clasificados según la escala *Likert* de 0-3 en cada componente. Y el cuestionario WhoqolOld⁽¹⁰⁾ evalúa seis facetas de la calidad de vida: funcionamiento del sensorio, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir, intimidad, con puntaje de 4 a 20 en cada faceta y escore total de 24 a 120 puntos, en el que escores bajos señalan percepción de salud baja y escores altos percepción de salud buena.

Los datos se describieron a través de tablas de frecuencias. La asociación entre las categorías se comprobó por medio del test Chi-cuadrado (χ^2) o Test Exacto de *Fisher*. La diferencia entre los grupos se probó por medio del test de *Wilcoxon*. La decisión de rechazar la H_0 no se tomó considerándose un nivel de confianza de 95% ($\alpha=0,05$), o sea, p-valor menor que 0,05. Los datos se analizaron en el Programa *Statistical Analysis Software* (SAS, versión 9.4, a partir de una base de datos construida en el aplicativo *Excel*).

Este estudio respetó las exigencias formales contenidas en las normas éticas para investigaciones que envuelven a seres humanos, siguiendo la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, siendo sometida al Comité de Ética en Pesquisas (CEP) del Centro Universitario de Maringá - Unicesumar y aprobado con el parecer n° 1.401.270.

RESULTADOS

La media de edad fue de 70,22 años, 62,69% (n=158) declararon ser del sexo femenino y 37,70% (n=94) del sexo masculino. Cuanto a la presencia

de decadencia cognitiva, se verifica la asociación significativa entre los géneros ($p=0,0451$). En relación al estado civil, predominaron los casados, con 59,92% (n=151), siendo también estadísticamente significativa la presencia de la decadencia entre las diferentes condiciones ($p=0,0492$).

Cuanto a la escolaridad, se puede verificar que la mayoría de los ancianos son analfabetos o tienen solamente hasta cuatro años de estudio, siendo 70,23% (n=117) y 44,44% (n=112) respectivamente. Ya en relación a la renta mensual 96,81% (n=244) reciben hasta un salario mínimo, y 85,31% (n=215) refieren ser inactivos económicamente. Al observarse el arreglo familiar, es posible verificar asociación significativa ($p=0,0215$) entre los que viven acompañados y los que viven solos. (Tabla 1).

Tabla 1- Características sociodemográficas y decadencia cognitiva de los ancianos usuarios de las Unidades Básicas de Salud de Itaipulândia (PR), 2016.

Perfil	Decadencia Cognitiva		p-valor
	No n (%)	Sí n (%)	
Género			
Mujeres	55 (68,75)	103 (59,98)	0,0451*
Hombres	25 (31,25)	69 (40,12)	
Edad (años)			
60 - 69	46 (57,50)	81 (47,09)	
70 - 79	29 (36,25)	68 (39,53)	0,1481
80 o +	5 (6,25)	23 (13,37)	
Estado civil			
Soltero	1 (1,25)	10 (5,81)	
Casado	55 (68,75)	96 (55,81)	0,0492*

Viudo	16 (20,00)	55 (31,98)	
Divorciado	8 (10,00)	11 (6,40)	
Escolaridad			
No alfabetizado	49 (61,25)	68 (39,53)	
1 a 4 años de estudios	27 (33,75)	85 (49,42)	----
5 a 8 años de estudios	4 (5,00)	17 (9,88)	
9 a 11 años de estudios	0 (0,00)	2 (1,16)	
Renta mensual (salarios mínimos)			
< 1 sm	14 (17,50)	25 (14,33)	
1 sm	64 (80,00)	141 (81,98)	0,7771
2 a 3 sm	2 (2,50)	6 (3,49)	
Ocupación económica			
Activo	15 (18,75)	22 (12,79)	0,0689
Inactivo	65 (81,25)	150 (87,21)	
Arreglo familiar			
Solo	14 (17,50)	49 (28,49)	0,0215*
Acompañado	66 (82,50)	123 (71,51)	
Frecuenta Gimnasio de la Tercera Edad			
Sí	21 (26,25)	54 (31,40)	0,0847
No	59 (73,75)	118 (68,60)	
Clase Económica			
B	0 (0,00)	3 (1,74)	
C	15 (18,75)	24 (13,95)	----
D-E	65 (81,25)	145 (84,30)	

*significativo al nivel de confianza de 95%

La Tabla 2 presenta el número de ancianos por Unidad Básica de Salud (central y periféricas) cuanto a la decadencia cognitiva. Se puede ob-

servar que independiente de la unidad de salud, la mayor parte de los ancianos posee decadencia cognitiva, en una totalidad de 68,25% (n=172).

Se verifica que la ausencia de decadencia cognitiva es mayor en las unidades periféricas (34,16%), mientras que la presencia de decadencia es más expresiva (78,00%) en la Unidad Central, con asociación significativa entre ambas (p=0,0351).

Tabla 2. Unidades Básicas de Salud y presencia de decadencia cognitiva en ancianos, Itaipulândia (PR), 2016.

Decadencia Cognitiva	Unidades Periféricas	Unidad Central	p-valor
	n(%)	n(%)	
No	69(34,16)	11(22,00)	
Sí	133(65,84)	39(78,00)	0,0351*
Total	202(100)	50(100,00)	

*significativo al nivel de confianza de 95%

En relación a la presencia de decadencia cognitiva para el Estilo y Calidad de vida de los ancianos, solamente 31,74% (n=80) de los ancianos no presentaban decadencia cognitiva. Al observarse los dominios del Estilo y Calidad de vida, se verifica asociación significativa (p=0,0350) en el componente nutrición, siendo que los ancianos con ausencia de decadencia cognitiva presentan score medio mayor en este componente, por lo que se verificó así que buenos hábitos alimentarios influyen positivamente en la capacidad cognitiva (Tabla 3).

La Tabla 4 presenta la evaluación del Estilo y la Calidad de vida de los ancianos usuarios de las Unidades Básicas de salud, con asociación significativa entre ambas. La Unidad Central presentó mejores puntajes en el Score total del Estilo de Vida (p=0,0005), en el componente nutrición (p=0,0191), comportamiento preventivo (p=0,0272) y control del estrés (p=0,0174). Al observarse la Calidad de vida, también es posible

Tabla 3. Comparación de los escores (Teste de *Wilcoxon*), en la presencia o no de decadencia cognitiva para el Estilo y la Calidad de vida de los ancianos usuarios de las Unidades Básica de salud de Itaipulândia (PR), 2016.

Dominios	Decadencia cognitiva				p-valor
	Não (n = 80)		Sim (n = 172)		
	Mediana	Escore medio	Mediana	Escore medio	
Estilo de Vida					
Escore total	31,00	130,89	30,00	124,46	0,2571
Nutrición	8,00	138,47	7,00	120,93	0,0350*
Actividad física	3,00	118,80	3,00	130,08	0,1244
Comportamiento preventivo	6,00	129,21	6,00	125,23	0,3408
Relacionamiento social	7,00	137,04	6,00	121,60	0,0564
Control del estrés	8,00	126,20	8,00	126,64	0,4822
Calidad de Vida					
Escore total	88,50	118,96	89,00	129,29	0,1469
Funcionamiento de lo sensorio	12,00	124,44	12,00	127,46	0,3785
Autonomía	14,00	125,86	14,00	126,79	0,4620
Actividades pasadas presentes y futuras	15,00	122,35	15,00	128,43	0,2681
Participación social	13,00	118,91	14,00	130,03	0,1288
Muerte y morir	16,00	121,57	16,00	128,79	0,2258
Intimidad	18,00	125,01	18,00	127,19	0,4115

*significativo al nivel de confianza de 95%

Tabla 4. Comparación de los escores (Test de *Wilcoxon*) del Estilo y la Calidad de vida de los ancianos usuarios de las Unidades Básica de salud de Itaipulândia (PR), 2016.

Dominios	Unidad Básica de Salud				p-valor
	Periféricas (n=202)		Central (n = 50)		
	Mediana	Escore medio	Mediana	Escore medio	
Estilo de Vida					
Escore total	29,00	119,00	34,00	156,79	0,0005*
Nutrición	7,0	121,85	8,0	145,28	0,0191*
Actividad física	3,0	125,93	3,5	128,81	0,4007
Comportamiento preventivo	6,0	122,19	8,0	143,90	0,0272*
Relacionamiento social	6,0	123,81	7,0	137,36	0,1167
Control del estrés	8,0	121,79	8,0	145,52	0,0174*
Calidad de Vida					
Escore total	90,00	129,89	85,00	110,36	0,0444*
Funcionamiento de lo sensorio	12,00	129,56	12,00	114,13	0,0867
Autonomía	14,00	128,24	14,00	119,46	0,2216
Actividades pasadas presentes y futuras	15,00	130,32	14,00	111,05	0,0461*
Participación social	14,00	126,83	13,50	125,15	0,4420
Muerte y morir	20,00	127,54	16,00	122,31	0,3204
Intimidad	18,00	129,63	18,00	113,84	0,0816

*significativo al nivel de confianza de 95%.

verificar asociación significativa, en la que las Unidades Periféricas presentan score medio mayor en el Escore total de la Calidad de vida ($p=0,0444$) y en la faceta Actividades pasadas presentes y futuras ($p=0,0461$). Se destaca que los ancianos de la Unidad Central refieren mejor estilo de vida mientras que los ancianos de la Unidades periféricas presentaron una percepción de la calidad de vida mejor.

DISCUSIÓN

En este estudio, predominaron los participantes del sexo femenino, con baja escolaridad, renta mensual de hasta un salario mínimo, que viven acompañados, no frecuentan el Gimnasio de la Tercera Edad y pertenecientes a la clase económica D-E. Estos datos corroboran con estudios que afirman que actualmente existe la feminización del envejecimiento, asociado a la baja escolaridad y clase económica desfavorecida^(5,11).

Al evaluarse la capacidad cognitiva 68,25% de los entrevistados, presentaban decadencia cognitiva, con diferencia estadísticamente significativa entre los géneros ($p=0,0451$), siendo que en las mujeres era mayor. Esto ocurre debido a que la estimativa de vida femenina es más alta, lo que influye en la pérdida de la capacidad cognitiva⁽⁶⁾. Además de la longevidad, un estudio destaca que el daño cognitivo puede asociarse a factores intrínsecos y extrínsecos al individuo, siendo considerada la escolaridad como uno de los factores determinantes para la presencia de decadencia cognitiva. Los autores destacan que la disfunción cognitiva sufre la influencia de las condiciones individuales, sociales y ambientales, por lo que los ancianos con baja escolaridad están en la mayoría de las veces expuestos a condiciones de vida precarias y escasa estimulación neuropsicomotora, lo que puede contribuir a la decadencia cognitiva y perjudicar la calidad de vida⁽¹²⁾.

En relación a la actividad económica y a la presencia de decadencia cognitiva, no hubo diferencia significativa, pero los investigadores relatan que ancianos inactivos presentan más decadencia cognitiva de que los activos. Se destaca que permanecer económicamente activos los hace más independientes, lo que posibilita que resuelvan sus problemas, mantengan la interacción social y realicen sus tareas cotidianas, además de que auxilia en la prevención de incapacidades cognitivas y en la pérdida de memoria⁽¹³⁾.

La evaluación de la capacidad cognitiva de los ancianos permite comprender que la pérdida cognitiva puede limitar la capacidad de desempeñar las actividades básicas de la vida diaria, por lo que es posible, a partir de ese panorama, que el enfermero pueda intervenir con estrategias que contribuyan para minimizar y retardar las incapacidades, y también es posible que todo el equipo de salud realice entrenamientos cognitivos y actividades psicomotoras que puedan rehabilitar las incapacidades detectadas, buscando mejorar la calidad de vida⁽¹⁴⁾.

Otro dato que merece destaque es que los entrevistados tenían principalmente de 60 a 69 años, siendo considerados ancianos jóvenes. Pesquisas evidenciaron que el aumento de la edad está relacionado a la presencia de decadencia cognitiva, siendo dos veces mayor en aquellos con edad igual o superior a 80 años⁽¹⁵⁾. En este estudio se puede observar que la presencia de decadencia cognitiva en ancianos más viejos (80 o +) coincide con la literatura. Estos resultados muestran la necesidad de mantener a los ancianos activos, disminuyendo o retardando las fragilidades causadas por el envejecimiento⁽¹⁾.

Autores verificaron que vivir con una o más personas, incluyendo a los nietos, hijos o el conyuge repercute positivamente en la vida del anciano, haciendo que ellos tengan una interacción social mejor y un bienestar subjetivo, porque se sienten más útiles de los que viven solos.⁽¹¹⁾ Para otros

investigadores, el anciano que vive acompañado tiene menos decadencia cognitiva do que los que viven solos y presentan mejores escores cuando cuestionados sobre la calidad de vida⁽²⁾. En el presente estudio, 59,92% refieren vivir acompañados, este hecho subraya que aunque presentes diversos factores negativos como baja escolaridad, clase económica D-E y decadencia cognitiva, ellos tienen otros factores positivos para la calidad de vida.

A partir de esos resultados, notamos la necesidad de que las Unidades Básicas de Salud verifiquen la presencia de decadencia cognitiva, lo que facilitaría la realización de estrategias direccionadas a las necesidades locales⁽¹⁶⁾. Entonces, se constató que la ausencia de decadencia cognitiva es mayor en las Unidades periféricas mientras que la presencia de decadencia es más expresiva en la Unidad Central, siendo estadísticamente significativa entre ambas. Esto ocurre porque la estimativa de vida en el centro es mayor que en los barrios alrededores, además, este estudio demostró que el estilo de vida de los ancianos que residen en esta región central es mejor, lo que se refleja en la longevidad⁽⁵⁾. De este modo, es necesario que se piensen estrategias dirigidas a la promoción de salud de esos ancianos que están envejeciendo. Una investigación realizada en la región nordeste de Brasil también verificó esa necesidad y desarrolló, junto con un grupo de ancianos, herramientas lúdicas y constructivas, como talleres, ruedas de charlas, dinámicas de grupo y recursos audiovisuales, para facilitar la reflexión y la construcción de saberes entre extensionistas y ancianos, buscando minimizar las pérdidas causadas por la vejez y así mejorar la capacidad cognitiva⁽²⁾. Otro estudio destacó que los ancianos que participan de grupos sociales y realizan actividades físicas, intelectuales y sociales, mantienen un comportamiento de prevención de enfermedades. También los ancianos que están envueltos socialmente consiguen mantener buena la capacidad mental y tienen menos estrés⁽²⁾.

Destacamos que tanto en la Unidad Central como en las periféricas, los ancianos presentan decadencia cognitiva, por lo que a pesar de vivir una situación de vulnerabilidad económica o tener baja escolaridad, el anciano puede mantenerse activo participando en talleres u otras actividades de grupo que favorezcan sus conocimientos sobre la promoción de la salud, prevención de enfermedades, y que posibiliten la interacción social, compartiendo saberes e intercambiando experiencia, fortaleciendo los lazos familiares, pues estos factores influyen positivamente en la capacidad cognitiva^(13,17).

La literatura refiere que las funciones mnésicas sufren la influencia de diversos factores, tanto ambientales, biológicos, como de comportamientos^(4,6,11), y se puede evidenciar que el estilo y la calidad de vida interfieren en el estado cognitivo de los ancianos.

Se destaca en este estudio el componente nutrición, ya que ancianos con la ausencia de decadencia cognitiva, presentan mejores escores. Este dato enfatiza que mantener buenos hábitos alimentarios influye positivamente en la capacidad cognitiva⁽³⁾. Investigadores resaltan que el estado nutricional influye en la realización de actividades de la vida diaria, y mantener buenos hábitos alimentarios trae inúmeros beneficios para la salud⁽¹³⁾.

Una investigación pionera realizada en la región del nordeste con ancianos verificó la importancia de la alimentación en los niveles de hemoglobina. Los autores describen que estos individuos presentan una alimentación insuficiente de hierro, ácido fólico y vitamina B12, lo que lleva a bajas concentraciones de hemoglobina en el organismo y este hecho está relacionado con la presencia de disturbios cognitivos. Señalaron que mientras menor es la concentración de hemoglobina, mayor es el daño en la memoria de los ancianos⁽¹⁸⁾.

Investigadores describen que la actividad física promueve la autonomía, ayuda a minimizar

las pérdidas causadas por la vejez, auxilia en la circulación sanguínea mejorando la memoria, y puede retardar las pérdidas cognitivas^(1,2). Resultados contradictorios fueron observados en este estudio, ya que la mayor parte de los ancianos con decadencia cognitiva relataron practicar alguna actividad física. Como en el cuestionamiento de ellos no se mensuró el número de veces, ni el tiempo e inicio de la práctica de la actividad física, este puede haber sido un factor limitante. Pero a pesar de haber esa divergencia de resultados, los estudiosos destacan que para alcanzar la calidad de vida, el anciano debe estar integrado a la sociedad ser independiente y autónomo, mantener la capacidad funcional con condiciones físicas y cognitivas⁽¹⁹⁾.

En los otros componentes no hubo diferencia significativa, pero se observa que los ancianos sin daño cognitivo presentaron score medio mayor en el relacionamiento social. Estudios destacan que mantener una red social le permite al anciano continuar envuelto, haciendo parte de la sociedad e influye positivamente en la mejoría de la capacidad cognitiva, lo que puede retardar déficits neurológicos⁽¹³⁾.

Diversos estudios describen que mantener relacionamientos sociales⁽¹¹⁾, prevenir el surgimiento de enfermedades⁽⁴⁾, mantener hábitos saludables⁽⁵⁾, ser autónomo e independiente son algunos determinantes que ayudan a minimizar las pérdidas cognitivas y promueven la calidad de vida⁽¹⁶⁾.

Al verificarse la Calidad de vida por Unidad de Salud, es posible verificar una diferencia significativa entre la Central y las Periféricas, siendo que las Unidades Periféricas presenta el score total y la faceta Actividades Pasadas Presentes y Futuras mayor del de la Unidad Central. En una investigación reciente realizada en un Centro Día, esta faceta también presentó un buen puntaje. Para los autores este hecho demuestra que la oportunidad de amar y sentirse amado,

estar satisfecho con los objetivos alcanzados y con los proyectos realizados a lo largo de la vida, influye intensamente sobre la Calidad de vida de los ancianos, independiente de la clase económica o el rango etario que ellos estén. También destacan que los ancianos frequentadores del Centro día, tiene mejor calidad de vida en relación a los no frequentadores, debido a la inclusión social ofrecida por las actividades del Centro día⁽¹⁷⁾.

Una investigación subraya que conocer el estado cognitivo y la calidad de vida de los ancianos contribuye a la planificación de los cuidados. Además, permite que el profesional de la salud busque estrategias dirigidas a la promoción de la salud, para minimizar las pérdidas cognitivas⁽¹⁵⁾. De este modo, destacamos que el enfermero como precursor de los cuidados debe desarrollar grupos que apoyen a esos ancianos que hacen parte de la comunidad, y también ofrecer entretenimiento y ayudarlos en las relaciones psicoafectivas, siendo que estas conductas contribuyen al aumento de la autoestima del individuo^(2,15).

Para promover la calidad de vida del ser que está envejeciendo, es necesario conocerlo en las dimensiones fisiológicas, sociales, espirituales y emocionales, por lo que es esencial estimularlo continuamente y en grados crecientes de complejidad. En contrapartida, el anciano como protagonista de su vida debe notar que mantener la capacidad cognitiva depende del esfuerzo individual. Investigadores evidenciaron que los programas de entrenamiento y rehabilitación tienen buenos resultados cuando el anciano cree en su capacidad para realizar cambios⁽²⁰⁾.

Por todas esas consideraciones, es esencial que el enfermero actúe como promotor de la salud e incentive a los ancianos para que ellos se mantengan activos física y mentalmente. Acciones simples promueven la calidad de vida y ayudan el envejecimiento activo y saludable⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La decadencia cognitiva estuvo presente en la mayoría de los entrevistados, siendo más expresiva en los ancianos más viejos. Existe una relación entre el estilo y la calidad de vida en la capacidad cognitiva, evidenciando una influencia mayor en el componente nutrición en los ancianos.

Un factor limitante de este estudio fue el ser realizado en un municipio de pequeño porte, y otro factor fue que solamente enfocó en la relación entre los datos sociodemográficos y determinantes de la calidad de vida que no pueden valorarse con precisión. Sin embargo, al ser comparado con otros estudios, podemos destacar que reflejó la realidad local. Fue capaz de cumplir el objetivo propuesto, verificando la capacidad cognitiva, estilo y calidad de vida de los usuarios de la atención primaria, logrando detectar las principales fragilidades vividas por esos ancianos, posibilitando, a partir de esos resultados, la realización de estrategias para promover la salud.

Se sugiere que se hagan nuevos estudios con un alcance mayor de ancianos, con el fin de verificar la relación entre estilo y calidad de vida. Destacamos la importancia de que el enfermero actúe como promotor de la salud, incentivando a los ancianos a que realicen actividades físicas, sociales e intelectuales, porque ha sido verificado que la calidad de vida ayuda a retardar las pérdidas cognitivas, favoreciendo el envejecimiento activo.

CITAS

1. Walker A. Active ageing: Realising its potential. *Australasian Journal on Ageing*. [internet]. 2015 [Cited 2016 June 22];34(1):2-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12219>.
2. Oliveira FA, Souza FS, Cavalcante SL, Couto ARM, Almeida ANS, Branco MFCC. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas

- para promoção do autocuidado em saúde. *Extensio: R. Eletr. de Extensão* [internet]. 2018 [Cited 2018 May 29];15(28):137-50. Available from: DOI: 10.5007/1807-0221.2018v15n28p137
3. Bertoldi JT, Batista AC, Ruzanowsky S. Cognitive impairment on institutionalized elderly: a literature review. *Cinergis* [internet]. 2015 [Cited 2018 May 28];16(2):152-156. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/download/5411/4351>
 4. Grden CRB, Rocha JHL, Cabral LPA, Sousa JAV, Reche PM, Borges PKO. Factors associated with performance in the Mini Mental State Examination: a cross-sectional study. *Online braz j nurs* [internet] 2017 Jun [Cited 2018 May 29]; 16 (2):170-178. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5607>
 5. May AM, Struijk EA, Franssen HP, Onland-Moret NC, de Wit GA, Boer JM, et al. The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC med*. [internet]. 2015 [Cited 2016 May 08];13(39). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858161>.
 6. Inouye K, Orlandi FS, Pavarini SCL, Pedrazzani ES. Impact of the Third Age Open University on the Quality of Life of the Elderly. *Educ. Pesqui*. [internet]. 2018 [Cited 2018 May 29];44(142931). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201708142931>
 7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*, 2016. [Cited 2016 July 12]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm
 8. Brucki SMD, Nittrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq neuro-psiquiatr*. [internet]. 2003 [Cited 2016 June 15];61(3B):777-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014.
 9. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci V. O pentágulo do bem estar- base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. *Rev bras ativ fis saúde*. [internet] 2000. [Cited 2016 June 15];5(2):48-59. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1002>.

10. Power M, Quinn K, Schimidt S. Whoqol-Old Group. Qual life res. [internet] 2005. [Cited 2016 June 15];14:2197-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328900>.
11. Luchesi BM, Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCI. Social support and intergenerational contact: studying elderly patients with cognitive alterations Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2015 [Cited 2016 Aug 02];17(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.25597>.
12. Gurian MBF, De Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol. [internet] 2012 [Cited 2016 Aug 04];15(2):275-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200010>.
13. Ribeiro DKM, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira ES. Contributory factors for the functional independence of oldest old. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2015 [Cited 2016 Aug 04];49(1):89-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012>.
14. Chaves AS, Santos AM, Alves MTSSB, Salgado Filho N. Association between cognitive decline and quality of life of hypertensive elderly individuals. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [internet]. 2015 [Cited 2016 July 30];18(3):545-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14043>.
15. Coimbra VSA, Silva Andrade RMCR, Joaquim FL, Pereira ER. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2018 May 29]; 71(Suppl 2):912-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0357>.
16. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognition, functionality and depression indicative among elderly. Rev Rene. [internet]. 2016 [Cited 2016 Aug 01] 17(1):103-11. jan-fev. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2611>.
17. Fernandes FCS, Martins MR. Evaluation of quality of life of elderly goers of day centers care. Rev. Uninga. [internet]. 2014 [Cited 2018 May 30];36:31-41. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1145/767>.
18. Souza NDS, Menezes T, Silva N, Paiva AA, Eulálio MC. Prevalence of anemia and correlation between the concentration of hemoglobin and cognitive factors among the elderly. Ciênc. saúde colet. [internet] Mar 2018 [cited 2018 May 29];23(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.09082016>
19. Confortin SC, Schneider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LMO, Marques LP, et al. Condiciones vida y salud de adultos mayores: resultados del estudio de cohortes EpiFloripa Idoso. Epidemiol. Serv. Saúde [internet]. 2017 Jun [Cited 2018 May 29] ; 26(2):305-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200008>.
20. Oliveira C, Pena O, Silva M. Aging, Memory and Cognitive Stimulus, Journal of Aging & Inovation. [Internet]. 2015 [Cited Aug 18];4(2):21–31. Available from: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp=content/uploads/3-Envelhecimento-memoria-estimulo-cognitivo.pdf>.

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: 21/09/2016

Revisado: 30/05/2018

Aprobado: 30/05/2018