

Probable deterioro cognitivo asociado a factores de riesgo en población mayor de 40 años

Araceli Jiménez Mendoza,* Maribel Mendoza Milo,** María Cristina Tapia Arriaga,*** Eliane Cadena Torres,***
Diana Layla Ibáñez López,*** Adriana Gómez Cruz,*** María del Rosario Torres Cruz***

RESUMEN

El deterioro cognitivo puede ser un precursor de enfermedad de Alzheimer (EA); además, cada vez tienen una mayor incidencia en personas jóvenes algunos factores estudiados como: edad, sexo, bajo nivel educativo, herencia y depresión; estos son factores que condicionan a las personas a desarrollar un deterioro cognitivo precoz. **Objetivo:** Identificar probable deterioro cognitivo y asociarlo a factores de riesgo (FR) de EA, en población mayor de 40 años. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 89 adultos entre 40 a 83 años; datos obtenidos de dos grupos de apoyo en un hospital de tercer nivel. **Resultados:** El estudio señaló 82% del género femenino, 18% masculino, media de edad 61.5. Prevalencia de edades, 71 a 80 años (34%); 61 a 70 años (33%), 51 a 60 años (20%), mayores de 81 años (6%); el 6% restante incluye personas de 40 a 50 años. **Análisis y Discusión:** Estudios de personas con deterioro cognitivo leve, muestran que tienen 3 veces más riesgo a desarrollar EA, la causa más común de demencia en 50% de casos totales, con una prevalencia de 4 y 5% en mayores de 65 años, cifra que se eleva hasta un 10%. Los FR están relacionados con estudios que se han hecho con la edad, encontrando que a mayor edad, mayor probabilidad de desarrollar DC; el sexo femenino desarrolla mayor riesgo de DC. **Conclusiones:** Estudios nacionales e internacionales de DC y FR presentan similitud en cuanto a la edad: mientras mayor, más riesgo; el sexo femenino predominó en el estudio.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, enfermedad Alzheimer.

Possible associated with cognitive impairment risk factors in population over 40 years

ABSTRACT

Cognitive impairment may be a precursor to Alzheimer's disease (AD), and each time is more prevalent in young people; studied factors such as age, sex, low education, inheritance and depression that influence the people develop early cognitive impairment. **Target:** Identify probable cognitive impairment and associate it with risk factors (RF) of AD in people over 40 years. **Methodology:** Descriptive, transversal, with a sample of 89 adults between 40 and 83 years, data from two support groups in a tertiary hospital. **Results:** The study said 82% female, 18% male, mean age 61.5. Prevalence (34%) ages 71 to 80 years, (33%) 61 to 70 years, (20%) 51 to 60 years, (6%) over 81 years; 6% remaining includes people from 40 to 50 years. **Analysis and Discussion:** Studies of people with mild cognitive impairment, shows that they have 3 times more likely to develop AD, the most common cause of dementia in 50% of total cases, prevalence of 4 to 5% over 65 years, a figure that rises up to 10%. The RF are related to studies that have been made with the age, finding that the older, more likely to develop AD, the female develops greater risk of DC representing a greater life of men. **Conclusions:** National and international studies of DC and RF represent greater similarity in risk age, female gender predominance in the study.

Key words: Cognitive impairment, Alzheimer disease.

* Mtra. de Carrera, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM
** Licenciada en Enfermería y Obstetricia
*** Pasantes de Enfermería

Correspondencia: Profesora de carrera titular "A" TCD Araceli Jiménez Mendoza. E-mail: ajimenez55070@yahoo.com

Surge del Modelo de atención de enfermería preventivo y terapéutico a personas con enfermedad de Alzheimer y sus familiares. NEEGPSP. SDEI.PTID.05.5
ENEO-UNAM 020

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

INTRODUCCIÓN

Las tendencias sociodemográficas en nuestro país indican una clara disminución en la población de niños y jóvenes, así como un aumento considerable de las personas mayores, por lo que se espera que en el 2050 México tendrá 41.4 millones de habitantes con más de 60 años.¹

Nuestro país ha experimentado cambios significativos en la transición epidemiológica, al aumentar las enfermedades crónico-degenerativas² y disminuir las infecciosas comunes. Así mismo, las lesiones y los padecimientos mentales son una de las principales características en la población envejecida.³ Actualmente, los padecimientos asociados con la edad avanzada son los de tipo demencial como “Enfermedad de Alzheimer” (EA).⁴

El deterioro cognitivo (DC) no se encuentra dentro de la clasificación de las demencias del DSMIV y se ha valorado que puede llegar a ser un precursor de EA, y cada vez tiene una mayor incidencia en personas jóvenes. Algunos factores que se han estudiado son la edad, el sexo, el bajo nivel educativo, la herencia y la depresión, entre otros. Estos factores facilitan en las personas un deterioro cognitivo precoz.

El DC afecta de 7 a 10% de personas mayores de 65 años y se incrementa con la edad, hasta 30% de casos por encima de los 80 años.

Se denomina deterioro cognitivo leve a un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia.⁵

El deterioro cognitivo leve (DCL) se establece como una identidad patológica, declinación exclusiva de la memoria, pero también alteración de funciones mentales como orientación, lenguaje, reconocimiento visual y conducta,⁶ lo que lleva a las personas a quedar incapacitadas para realizar sus actividades diarias.

Por lo tanto, en el presente trabajo pretendemos detectar tempranamente el DC precoz y asociarlo a factores de riesgo (FR). Para ello es necesario hacer un análisis acerca de la edad, el sexo, el nivel educativo⁷ (en años), los antecedentes heredofamiliares (EA,⁸ depresión,⁹ demencias), así como antecedentes personales patológicos (diabetes mellitus,¹⁰ hipertensión arterial,¹¹ traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular¹²), estilos de vida diaria no saludables (tabaquismo y alcoholismo),¹³ y actividad cognitiva diaria¹⁴ (actividades recreativas y aprendizaje), haciendo una relación de estos factores encontrados con la calificación del examen minimental de Folstein para determinar el grado de DC en personas mayores de 40 años y fomentar estrategias encaminadas a la prevención con el fin de retardar el proceso a etapas más avanzadas donde el daño podría ser irreversible e incapacitar a las personas en sus funciones básicas.

OBJETIVO

Identificar probable DC y asociarlo a FR en población mayor de 40 años.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, de tipo transversal, con una muestra de 100 adultos entre 40 y 83 años de los cuales se excluyeron 11 por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando una muestra de 89 personas obtenidas de dos grupos de apoyo y un Hospital de Tercer Nivel.

Las variables clínicas que se utilizaron fueron recogidas con el consentimiento de cada paciente y familiar a través de un interrogatorio directo.

Para determinar el grado de deterioro cognitivo se empleó la escala de Folstein (MNM). Así mismo, se utilizó un instrumento de valoración de factores de riesgo que consta de la ficha de identificación, escolaridad en años, antecedentes heredofamiliares (AHF), antecedentes personales patológicos (APP), hábitos personales (HP) y actividad cognitiva (AC). Los resultados obtenidos fueron vertidos en una base de datos, procesados de forma automatizada y expuestos a través de gráficas de distribución.

Criterios de inclusión: Se incluyeron personas de 40 a 83 años que aceptaron participar con el consentimiento informado, sin distinción de sexo, ni de nivel educativo.

Criterios de exclusión: Se excluyeron personas menores de 40 años, los que dejaron incompleto los reactivos o quienes no aceptaron participar en el proyecto.

RESULTADOS

El estudio señaló que 82% son del género femenino y 18% del masculino, con una media de edad de 61.5 (*Figura 1*).

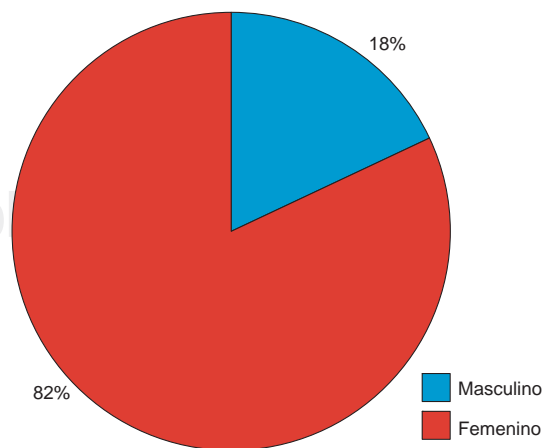


Figura 1. Puntaje de actividad cognitiva.

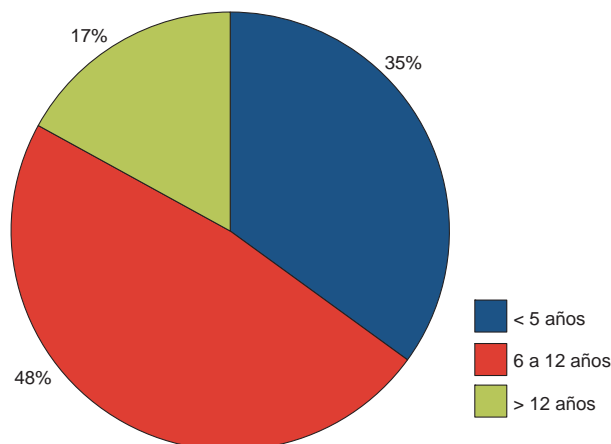


Figura 2. Años de escolaridad.

Se encontró una prevalencia del 34% de personas que van de 71 a 80 años, 33% de 61 a 70 años, 20% de 51 a 60 años, y tan sólo el 6% corresponde a personas mayores de 81 años; el 6% restante incluye a personas de 40 a 50 años.

En cuanto a su escolaridad, el 48% mencionó tener de 6 a 12 años de estudio, el 35% posee menos de 5 años y el 17% más de 12 años (*Figura 2*).

Dentro de los antecedentes familiares, cabe señalar que se encontró depresión en un 13% de los casos, un 9% con EA, 7% con demencia e hipotiroidismo para cada uno y sólo el 3% con síndrome de Down.

Para antecedentes personales patológicos (APP) se encontró que el 37% padece de hipertensión arterial, 33% estrés crónico, 27% han sufrido traumatismo craneoencefálico, 25% depresión mayor, 19% diabetes mellitus, y 6% enfermedad cerebrovascular y tiroidea, respectivamente.

Se observó en hábitos personales que el 26% tiene antecedentes de tabaquismo y el 11% tabaquismo actual, mientras que el 40% tiene antecedentes de alcoholismo y 22% lo sigue padeciendo (*Figura 3*).

En cuanto a la actividad cognitiva que realizan en su vida diaria, el 51% ve siempre la televisión, el 34% nunca lee el periódico ni revistas, 29% nunca lee libros, el 38% nunca realiza crucigramas, el 65% nunca juega naipes y 41% nunca visita museos (tomando como referencia dos semanas antes de la aplicación del instrumento) (*Figura 4*).

Al sumar los puntajes de actividad cognitiva, un 53% fue moderada, un 45% mínima y tan sólo el 2% máxima (*Figura 5*).

De acuerdo con la escala minimal de Folstein, un 82% obtuvo un resultado normal, 12% moderado y un 6% leve (*Figura 6*).

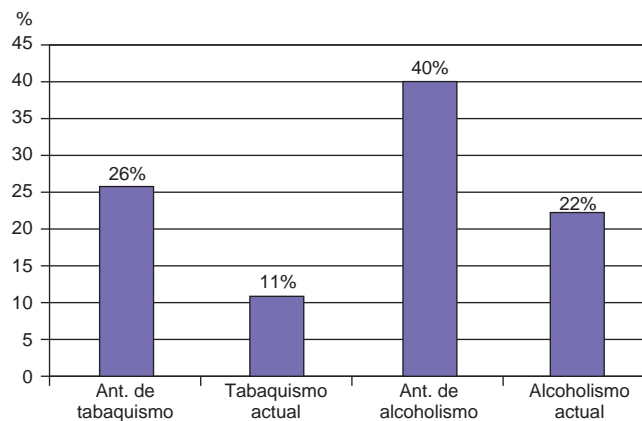


Figura 3. Hábitos personales patológicos.

DISCUSIÓN

Algunos estudios concluyen que las personas con DCL tienen tres veces más riesgo a desarrollar EA,¹⁵ ésta es la causa más común de demencia y representa el 50% de los casos totales.¹⁶ Otros estudios señalan una prevalencia de deterioro cognitivo entre 4 y 5% para las personas mayores de 65 años, y esta cifra se eleva hasta un 10%.¹⁷

En cuanto a los FR que encontramos relacionados con otros estudios que se han hecho con la edad, se menciona que a mayor edad, mayor probabilidad de desarrollar DC; se encontró que el sexo femenino tiende a desarrollar mayor riesgo de DC por alcanzar una vida mayor que los varones.¹⁸

Otros hallazgos epidemiológicos indican que los FR como la educación, ocupación laboral y la ocupación del tiempo libre están relacionados con el inicio y la tasa de progresión de los déficits cognitivos en la vejez; la educación puede permitir a un individuo sobreponerse a un daño neuronal utilizando procesos compensatorios.¹⁹ Katzam ha sugerido que las personas con alto nivel de educación tienen un riesgo menor de presentar deterioro cognitivo, según expresa en su concepto de reserva neural.¹⁶

Para los AHF se observó que algunas enfermedades como hipotiroidismo, EA, hipertensión arterial, diabetes mellitus predisponen a las personas a desarrollar DC y posteriormente EA.²⁰

En los APP hay diferentes patologías que podrían condicionar a las personas a tener un mayor riesgo de DC y demencia. Entre las principales se encuentran las de origen vascular, debido a que los cambios vasculares contribuyen de manera importante al deterioro cognitivo y a la demencia.¹⁷ La enfermedad cerebrovascular, por su parte,

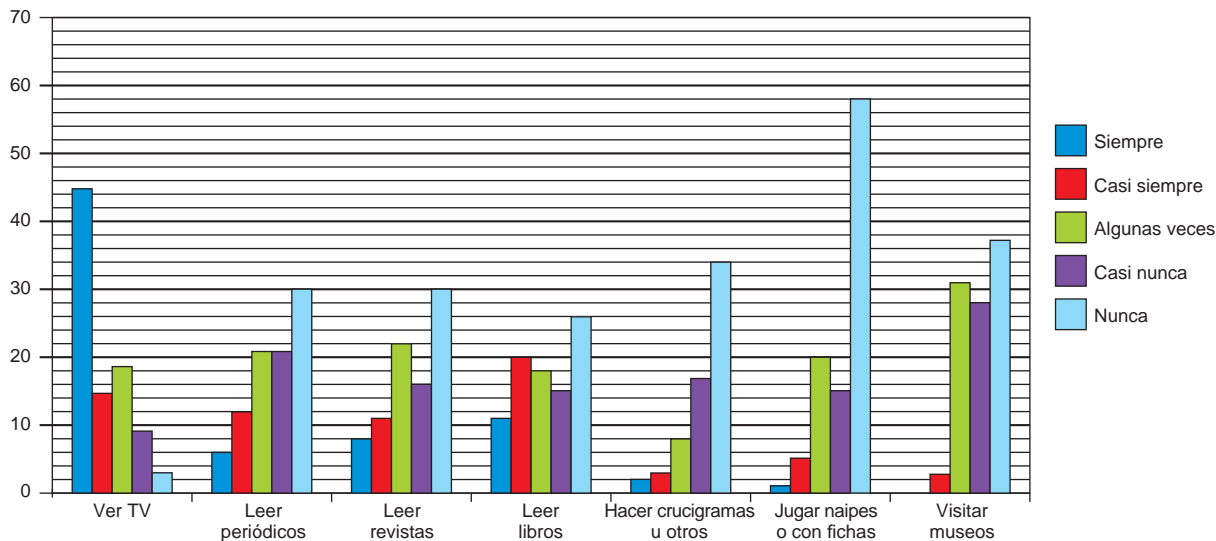


Figura 4. Actividades cognitivas en la vida diaria.

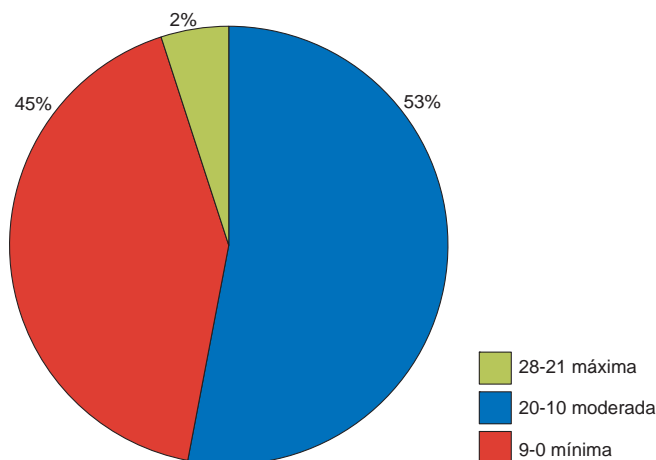


Figura 5. Puntaje de actividad cognitiva.

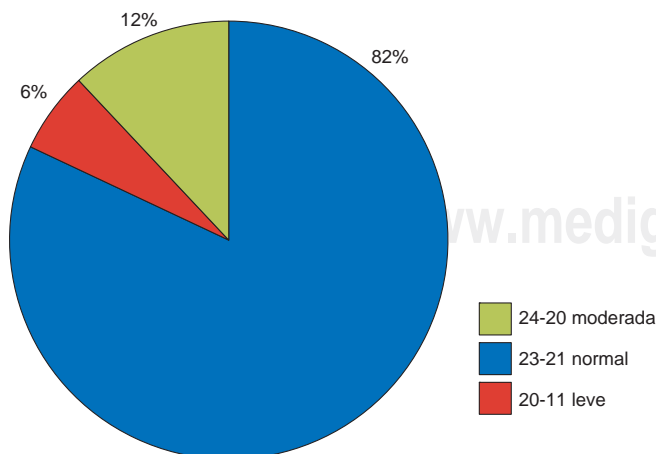


Figura 6. Porcentaje minimal Folstein.

incrementa siete veces el riesgo de demencia; la diabetes aumenta el riesgo de esta misma 1.5 veces, y de demencia vascular 2.6 veces.¹⁸ Otro FR de gran importancia es la depresión, ya que en la tercera edad puede afectar a un 10%; algunos estudios prospectivos han sugerido que la aparición de síntomas depresivos constituye un FR para el desarrollo de demencia; cerca de dos tercios de los pacientes con demencia tipo Alzheimer presentan síntomas depresivos, aunque la frecuencia de depresión mayor en dicha enfermedad sólo alcanza el 10%.¹⁹

Los estilos de vida influyen en el individuo; al retomar hábitos nocivos para la salud, como alcoholismo y tabaquismo, estudios previos han demostrado en el anciano alcohólico la disfunción cognitiva, destrucciones familiares, sintomatología ansiosa y manifestaciones somáticas de tipo neurodegenerativo. Se ha reportado que el uso y abuso crónico de alcohol tiene efectos negativos y puede exacerbar los síntomas de deterioro cognoscitivo y daño cerebral irreversible.²¹ Anteriormente se pensaba que el tabaco era un protector para la EA; actualmente se determina como FR para desarrollar demencias de origen vascular.²²

CONCLUSIONES

En esta investigación, al igual que en otros estudios nacionales e internacionales que hablan de DC y FR, se encontró que a mayor edad más riesgo. El sexo femenino predominó en nuestro estudio y el nivel educativo fue menor a los parámetros establecidos (con menos de 12 años de estudio). Los AHF más relevantes en nuestro estudio fueron EA y depresión, los cuales nos guiaron para la

detección temprana de DC precoz. Los APP reportados en nuestro estudio fueron enfermedad cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico y estrés crónico, lo que coincide con otras investigaciones. Así mismo, se encontró que los antecedentes del consumo de alcohol y tabaco no muestran asociación con el DC ni con demencia. Nos percatamos que la actividad cognitiva que valoramos en cada paciente fue mínima y moderada, lo cual puede ser un riesgo a largo plazo porque podrían carecer de reserva cognitiva. Lo que proponen otros autores es que entre más actividad física y mental se realiza menor es el riesgo de desarrollar DC en la vejez. Por otra parte, el resultado del minimental en relación con los FR no reportó en nuestra población estudiada DC o alguna demencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera G. El destino demográfico que se anuncia a mitad del siglo XXI en la población de México, situación actual y desafíos futuros. CONAPO. Secretaría de Gobernación. 2000, México.
2. Romo GCE. Envejecimiento demográfico y vejez del sistema de salud en México, III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba, Argentina. 2008.
3. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México, DF. FCE. 1994.
4. Zea HM, López AME, Valencia MCM, Soto GJA, Aguirre ADC, Lopera RF, Rupprecht RO. Autovaloración de la calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. *Revista de Investigación en Enfermería* 2008; 26 (1): 24-35.
5. Pose MA, Mares F. Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro, Buenos Aires Argentina, 2010.
6. Armas CJ, Carrasco GMR, Ángel VS. Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba* 2008; 7 (4). Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Cuba. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180414029020>.
7. Barrera ML, Danilo RMC. Riesgo de demencia y niveles de educación: cuando aprender es más saludable de lo que pensamos. *Revista Anales de Psicología (España)* 2010; 26 (1): 34-40.
8. Sánchez GY, López VJ et al. Depresión y deterioro cognitivo, estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2009; 8 (4). Cuba.
9. Rodríguez VR, Álvarez AA, Aguilar FL. Factores vasculares y enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurocirugía (México)* 2006; 7: 227.
10. Gálvez FF. Aspectos neuropsiquiátricos de las enfermedades cerebrovasculares. *Revista Colombiana de Psiquiatría. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá Colombia* 2007; 36 (Supl 1): 63-91.
11. Aguilar N, Reyes GJ. Alcohol, tabaco y deterioro cognitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. México. *Salud Pública* 2007.
12. Campos PV, Meraz RMA. Marcadores moleculares de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurocirugía* 2006; 7: 293.
13. Justo L, González F, Gómez VN et al.
14. Orozco RA. Avances de la investigación sobre el envejecimiento. INAPAM, Primera edición, México. 2010: 72.
15. Sánchez CM, Moreno GGA, García OLH. Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. *Revista Colombiana de Psiquiatría, Asociación Colombiana de psiquiatría.* 2010; 39 (2): 347-361.
16. Ávila OM, Vázquez ME, Gutiérrez MM. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Instituto de la Información Científica y Tecnológica, Holguín Cuba. 2007: XIII (4).
17. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, DeCarli C, Greenberg SM, Iadecola C et al. *Revista Stroke* 2011.
18. Libre GJC, Guerra HM, Perera ME. Comportamiento del síndrome Demencial y la Enfermedad de Alzheimer. *Revista Haban Cienc Med La Habana* 2008; 7 (I).
19. Chinchilla MA. La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 2008.
20. *Ibidem*
21. *Ibidem*
22. *Ibidem*