

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 11 No.3 - 2014

Valor del Cuestionario de Actividad Funcional en ancianos cubanos con deterioro cognitivo leve

Value of Functional Activity Questionnaire to assess the profile of the activities implemented in Cuban elderly with mild cognitive impairment

MSc. Raquel Pérez Díaz,^I Lic Edita Sebastiana Peña Sosa,^{II} Dra. Virginia Ranero,^{III} Lic. Amarilys Peña González,^{IV}

I Licenciada Psicología. Máster en Gerontología y Geriatría. Medicina Natural y Tradicional. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba. Correo electrónico: raque@infomed.sld.cu

II Licenciada Rehabilitación Social y Ocupacional. Trabajadora social. Diplomada en temas de Geriatría y Gerontología. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. (CITED). La Habana, Cuba.

III Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Bioestadística Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. (CITED). La Habana, Cuba.

IV Licenciada en Ciencias Informáticas. Empresa Nacional del Vidrio "VITRO". La Habana, Cuba

RESUMEN

Introducción: El Cuestionario de actividad funcional de Pfeffer y colaboradores (FAQ) es un instrumento útil para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL) pero ha sido poco explorado en nuestro contexto.

Objetivo: Constatar el valor del FAQ para evaluar las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) en ancianos cubanos con DCL: identificar el perfil de las AIVD en los pacientes con DCL, caracterizar pacientes con DCL de acuerdo a: sexo, edad, escolaridad; comparar el perfil de las AIVD en los DCL en relación con los sanos.

Métodos: el estudio fue descriptivo, transversal. La muestra de ancianos, no probabilística, provino de la Clínica del Deterioro Cognitivo, CITED (2010-2011) los cuales fueron divididos en dos grupos: con DCL y sanos, pareados por: sexo, edad y escolaridad. Para las AIVD se aplicó el FAQ a los informadores (previa validación de contenido), cumpliéndose con los principios éticos. Se empleó la estadística descriptiva, y la prueba de χ^2 de Pearson para $p \leq 0.05$.

Resultados: Los DCL realizaron las AIVD, aunque algunos de ellos presentaron algún grado de dificultad. Se encontraron diferencias significativas para la edad en: salir de compras y saludar a amigos, sobre todo en los más viejos. Se halló, según hipótesis de partida, un perfil característico de las AIVD en el grupo de DCL, significativamente diferente en relación a los normales (para los primeros, algunas funciones instrumentadas tuvieron alteraciones mínimas o nulas, en tanto en los sanos no existieron tales afectaciones mínimas).

Conclusiones: se destaca el valor del FAQ para el diagnóstico funcional en pacientes con DCL en la práctica clínica. Se ofrecen recomendaciones finales.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, actividades instrumentadas de la vida diaria, ancianos, Cuestionario de actividad funcional de Pfeffer (FAQ)

ABSTRACT

Introduction: The Questionnaire of Functional Activity Pfeffer and FAQ collaborators are a useful instrument to measure the mild cognitive decline (MCL), but it has been little explored in our context.

Objectives: To determine FAQ's evaluation to assess the implemented daily activities ((IDA) in Cuban elders with (MCL); to identify the profile of IDA in MCL and to characterize the patients with MC according to sex, age and education.

Methods: A descriptive, transversal study was carried out with a non-probabilistic sample of elders assisted at the Cognitive Decline

Clinic from CITED (2010-2011). They were divided into two groups. A group with MCL and a healthy group and at the same time by sex, age, and education. FAQ was applied for the IDA to the interviewed individuals (previous context's validation) to achieve the ethical principles. To compare both groups there were used descriptive statistical and X2 Test.

Results: The elders with MCL did the IDA, though some of them presented some degree of difficulty in their performance. For the aspect related to age significant differences were found in shopping and greeting friends mainly in the eldest individuals. According to a started hypothesis, a characteristically profile of IDA in the group with MCL was found. It was significantly different in relation to the studied health group (for the firsts some implemented functions presented none or minimal alterations meanwhile in the healthy group, these alterations did not exist).

Conclusions: FAQ value is outstanding for the functional diagnose in patients with MCL in the clinical practice. Final recommendations are given

Keywords: mild decline cognitive, implemented daily activities, elders, Questionnaire of Functional Activity Pfeffer (FAQ).

INTRODUCCIÓN

El creciente envejecimiento del mundo viene acompañado de un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles y, en especial, de trastornos cognitivos tales como la demencia y el deterioro cognitivo leve (DCL). Investigaciones realizadas en diferentes municipios de La Habana (Marianao, Lisa, Playa, Diez de Octubre y Bauta) y en otras provincias del país (Santa Clara y Matanzas) se ha encontrado una tasa de prevalencia de síndrome demencial entre 8,2-11,2 % (por cada 100 adultos mayores de 65 años), siendo la Enfermedad de Alzheimer la entidad a la que le correspondió el 5,5 % 1,2 y en el municipio Playa se identificó, que el 6,47% de la población con edades entre 65-85 años presentaron síntomas de DCL.² En el estudio del Grupo de Investigación en Demencias 10/66, en población cubana, (3000 personas de 65 años y más), en el cual se utilizaron criterios diagnósticos de Petersen y colaboradores, la prevalencia global de DCL en cubanos fue de 4,1 % reportada, sobre todo, en edades inferiores a los 75 años.³

Se ha destacado el valor que tiene la evaluación de la funcionalidad para el diagnóstico del deterioro cognitivo, en especial en el DCL, si bien los instrumentos tradicionales no han sido sensibles. El Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer y colaboradores (FAQ)⁴ ha demostrado ser un instrumento válido y confiable, fácil, de rápida aplicación, no influido por la edad y la escolaridad, y considerado por algunos investigadores como superior al Cuestionario de Lawton y Brody⁵ en la evaluación de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)^{6,7} y que además ha sido demostrada su utilidad como marcador temprano para la predicción de la conversión a enfermedad de Alzheimer.^{7,9} si bien no ha sido empleado en ancianos cubanos previamente validado.

Determinar un perfil característico de las actividades instrumentadas en pacientes con DCL contribuye a un mejor conocimiento del componente funcional en esta enfermedad (dada que son las primeras que se afectan en el anciano con alguna alteración cognitiva), proporciona un buen enfoque en la evaluación de opciones terapéuticas y en la prevención de la conversión de DCL a la demencia y posibilita una intervención oportuna y científicamente argumentada para el trabajo personalizado con el enfermo a fin de lograr el bienestar del mismo y de su familia. El propósito de este trabajo es constatar el valor del FAQ para evaluar las AIVD en ancianos cubanos con DCL y, en especial: identificar el perfil de las AIVD en los pacientes con DCL, caracterizar los pacientes con DCL de acuerdo a: sexo, edad y escolaridad y comparar el perfil de las AIVD en los DCL en relación con los ancianos sanos.

Se partió de la hipótesis de que: los pacientes con DCL presentan un perfil de las AIVD que los diferencian de los sujetos sanos. Entendiendo como diferente que: en los sujetos con DCL algunas funciones instrumentadas tendrán alteraciones mínimas o nulas, en tanto en los sujetos

sanos no existirán tales afectaciones mínimas. Y como perfil, al modo o forma particular en que se presentan dichas AIVD reportadas por el informador.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es no experimental, descriptivo, transversal, realizado con una muestra no probabilística de adultos mayores que asistieron a la Clínica del Deterioro Cognitivo del CITED de septiembre del 2010-2011, quedando divididos en dos grupos: con deterioro cognitivo leve (DCL) y sanos, pareados por: sexo, edad y escolaridad, los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: edad igual o mayor a 60 años, de ambos sexos, que desearan participar voluntariamente en la investigación, con ausencia de ansiedad o depresión (a través de la Escala Psicoafectiva),¹⁰ que el sujeto tuviera un familiar o persona cercana que lo conociera bien y que conviviera con este por, al menos, 5 o más años en el momento de la investigación, que fueran diagnosticados como sanos o con DCL según el protocolo de evaluación y diagnóstico de la Clínica del Deterioro Cognitivo del CITED. Se excluyeron: los pacientes con síndrome demencial. Además los ancianos sanos debían: no presentar quejas de trastornos cognitivos: expresado por el sujeto y corroborado por un familiar o informante durante la entrevista, tener un funcionamiento cognitivo global normal: 24 puntos o más en el Mini mental State Examination de Folstein et al (MMSE),¹¹ y según normas cubanas¹² obtener puntuaciones en el rango de normalidad en los test neuropsicológicos aplicados para su edad y escolaridad, no presentar en el momento del estudio enfermedades neurológicas, psiquiátricas o sistémicas que impliquen daño cerebral o influyan sobre la cognición: trastorno afectivos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia u otros trastornos delirantes, abuso de sustancias o dependencia, enfermedades cerebrovasculares, hidrocefalia, tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades infecciosas o tóxico-metabólicas del Sistema Nervioso Central, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, epilepsia, no hipertensión o diabetes pobemente controladas, trastornos de tiroides, anemia, cáncer, déficit vitamínicos, enfermedades cardíacas severas; así como ausencia de ingestión de fármacos que pudieran modificar la cognición

Se tomaron en cuenta las variables: sexo (femenino, masculino), edad (60-69 años, 70-79 años y 80 o más años), la escolaridad (6 años de estudio o menos y 7 años de estudio o más) y como variable de investigación las AIVD (medidas a través del FAQ 4 (anexo 1). Se sometió el instrumento previamente a criterio de expertos para su validez de contenido (anexo 2)

Procedimiento

Los sujetos con DCL fueron seleccionados intencionalmente según los criterios de inclusión, siguiendo el procedimiento habitual de la Clínica de Deterioro Cognitivo del CITED. Los sujetos sanos fueron seleccionados de la comunidad: Círculo de Abuelos de Infomed del municipio Plaza de la Revolución. A ambos grupos se les realizó la evaluación clínica por parte de un geriatra especializado en cognición (entrevista y confección de la historia clínica, examen físico y examen neurológico, pruebas de laboratorio y neuroimágenes) y de una evaluación exhaustiva por el neuropsicólogo en los distintos dominios cognitivos, a fin de comprobar el diagnóstico de normalidad en los sujetos sanos, y la presencia de déficit cognitivo específicos en los pacientes con DCL. La aplicación de las pruebas neuropsicológicas no excedió los 90 minutos y se realizó en el horario de la mañana para evitar la presencia de fatiga en los sujetos.

Se procedió a la discusión multidisciplinaria del caso para determinar: diagnóstico de DCL (según los criterios diagnósticos planteados por el Grupo Internacional de Trabajo sobre el DCL9 o normalidad cognitiva). Subtipo de DCL (amnésico, múltiples dominios con amnesia, múltiples dominios sin amnesia; de dominio único diferente a la memoria). Diagnóstico etiológico del DCL (degenerativo, vascular, mixto, endocrino-metabólico, traumático, tumoral, tóxico, infeccioso, por otras enfermedades).

Se sometió el FAQ a criterio de expertos para determinar su validez de contenido y antes de su aplicación.

Instrumento: Cuestionario de actividad funcional de Pfeffer 4 fue diseñado por Pfeffer y está basado en un estudio previo del mismo autor y es una escala de cribado, para la detección de afectaciones en el funcionamiento cognitivo que impiden la realización de las AIVD, a fin de detectar las demencias ligeras y el deterioro cognitivo leve, la cual ha sido validada al español

por Martínez de la Iglesia.¹³ (anexo 1). Es un excelente instrumento para evaluar AIVD, de fácil y rápida aplicación y uno de los más empleados en la práctica clínica, considerado superior al Cuestionario de Lawton y Brody⁵ por algunos investigadores, ha sido muy utilizado en la evaluación funcional de pacientes con DCL. Tiene una alta fiabilidad y validez.^{9,14,16} Consta de 11 AIVD referentes a actividades sociales como: manejo de finanzas, realizar compras, manejo en la cocina para comidas sencillas: preparar té/cafés y apagar cocina, o complejas, o sea, más elaboradas (capaz de prepararse la comida), relaciones sociales con vecinos (estar al tanto de noticias de su vecindario, de su comunidad), atender, comprender y discutir una información (radio, televisión, libros, revistas), recordar fechas familiares, autoadministración de medicamentos, trasladarse fuera de su barrio y regresar a casa, saludar a amigos adecuadamente y salir a la calle sin peligro.

No se trata de un cuestionario autoadministrado. Debe ser cumplimentado por el cónyuge, un familiar o un amigo, debiendo escoger entre cuatro posibles respuestas en relación a la capacidad del paciente para realizar las actividades que se le proponen. Estas son: 0 puntos: si es capaz, nunca lo ha hecho pero podría hacerlo. 1 punto: con alguna dificultad pero puede hacerlo o nunca lo hecho y tendría dificultad ahora, 2 puntos: necesita ayuda y 3 puntos: no es capaz.

La prueba da un estado funcional global (puntuación global entre 0-33 puntos, con punto de corte de 6 o más para el deterioro o sea para determinar la existencia de afectación funcional global (dependencia funcional global). Una puntuación de 0 puntos: no hay afectación funcional global (no existe una dependencia funcional global) para las AIVD. Una puntuación de 1-5: No existe afectación funcional global (no hay dependencia funcional global) pero existe una ligera afectación funcional para algunas AIVD. En ambas condiciones anteriores (0 puntos o de 1-5 puntos) pueden ser diagnosticados como DCL. Una puntuación mayor que 6: hay afectación funcional global (hay dependencia funcional global) (se trata de demencia y no cumple criterios para este estudio). A pesar de estas puntuaciones generales, para los objetivos de identificar las alteraciones en cada una de las AIVD solo se tuvo en consideración, para el presente estudio, los reportes dados por los informantes de 0, 1, 2 y 3 para cada una de las AIVD del test.

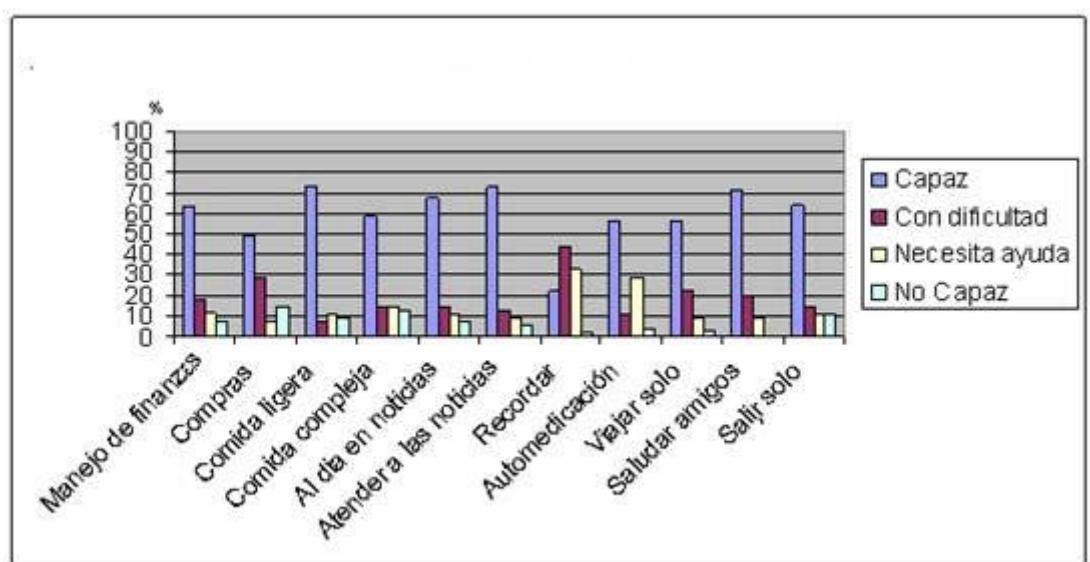
Para el manejo y procesamiento de los datos se empleó el programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versión 15.0. Para los objetivos del estudio se aplicó la estadística descriptiva con análisis de medias, frecuencias y por cientos. Se tuvo en cuenta la existencia o no de diferencias significativas entre las medias para las AIVD y el sexo, años de estudios y la edad en los DCL y para describir el funcionamiento del grupo de pacientes con DCL en la realización de las AIVD al ser comparados con los sanos, empleándose la comparación de medias grupales con respecto a cada variable a través de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para un nivel de significación de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

La muestra quedó constituida por 92 sujetos: 55 con DCL (59.8%) y 37 sanos (40.2%) quedando representada fundamentalmente por: ancianos del sexo femenino (64.1%), entre 70-79 años de edad (41.3%), de 60-69 años (31.5%), sólo el 27.2% tenía 80 o más años de edad; con distribución homogénea para sujetos sanos y DCL, predominantemente de múltiples dominios con amnesia (54.54%) y amnésicos (38.18%), seguidos de dominio único diferente a la memoria (7.18%), con 7 años o más de escolaridad (81.5%), que en su mayoría no trabajaban: jubilados en ambos grupos (65.2%).

La mayoría de los sujetos con DCL fueron capaces de realizar las AIVD, no obstante, hubo un grupo de ellas en las que se reportaron una mayor afectación mínima, tales como: ir de compras, recordar, autoadministración de medicamentos, viajar solo y preparar comidas complejas donde son totalmente capaces el 49.1%, 21.8%, 56.4%, 56.4%, 58.2%, (gráfico 1)

Gráfico 1. Actividades instrumentadas de la vida diaria y su distribución, según las respuestas dadas al FAQ por los sujetos con DCL



En cuanto a las variables sociodemográficas se halló la presencia de diferencias significativas en relación con la edad, para dos AIVD a través de la evaluación con el FAQ: salir de compras y saludar a amigos adecuadamente, en los sujetos con DCL, aumentando la dificultad con el incremento etáreo para $p \leq 0.05$

En las edades más avanzadas (80 y más años) el grado de dificultad fue mayor en relación con las edades más jóvenes. No se encontraron diferencias significativas para los sexos y años de estudio (gráficos 2.1 y 2.2)

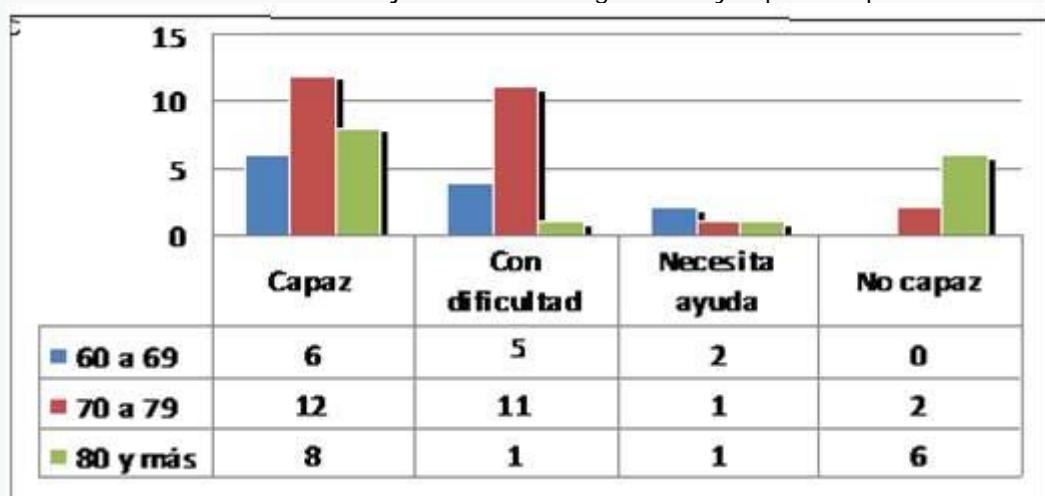
De esta manera, de forma particular, para la AIVD salir de compras, la mayoría de los sujetos son capaces de realizar esta actividad, si bien un número importante de informadores refieren la presencia de algún grado de dificultad, encontrándose que la no capacidad para la misma es mayor en la medida que se incrementa la edad en relación con las edades más jóvenes (gráfico 2.1)

Obsérvese como el no ser capaz apareció en el 75 % de aquellos cuyas edades estaban comprendidas entre 80 o más años, sólo el 25 % de los de 70-79 años para no aparecer la misma entre 60-69 años. Por lo que, para esta muestra de investigación, el ser incapaz para la realización de esta actividad es esperado para el grupo de adultos mayores de edad superior o más viejos en relación con las edades más jóvenes.

No obstante, se evidenció la presencia de grados de dificultad en la mitad de la muestra de los sujetos entre 60-69 años los que son reportados como que necesitan ayuda para salir de compras en relación con los otros grupos etáreos y para el 68.8 % de los de 70-79 años en comparación con las otras edades.

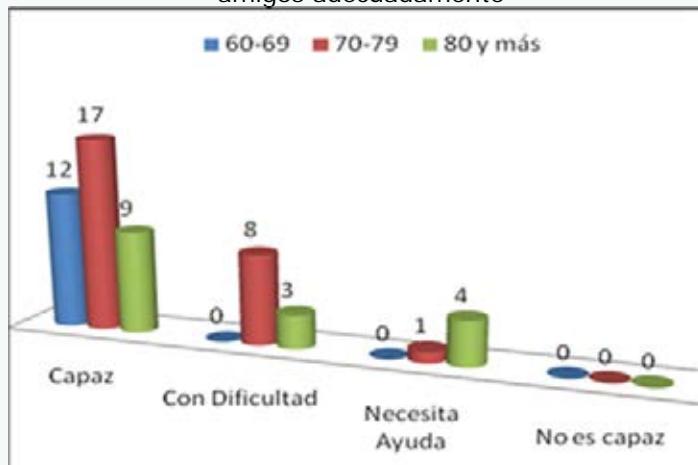
Se halló la presencia de diferencias significativas para $p \leq 0.05$ para la AIVD saludar a amigos observándose que un número importante de informadores refieren que, la mayoría de los sujetos con DCL de la muestra, son capaces de realizar esta actividad, no encontrándose ninguno que fuera incapaz. Sin embargo, existe la presencia de algún grado mínimo de dificultad de los sujetos en la realización de la misma, el cual es mayor en las edades más viejas (gráfico 2.2). Se aprecia como el grado de dificultad se incrementa para los más viejos (80% de los sujetos con DCL de edades comprendidas entre 80 o más años) en relación con los otros grupos de edades. También se muestran con alguna dificultad los de 70-79 años en relación con las edades más jóvenes que son capaces de realizarla en su integridad.

Gráfico 2.1. Distribución de los sujetos con DCL según edad y capacidad para realizar compras



χ^2 de Pearson 14.548 $\alpha = 0.024$

Gráfico 2.2. Distribución de los sujetos con DCL según edad y la capacidad para saludar a amigos adecuadamente



χ^2 de Pearson 12.103 $\alpha = 0.017$

Se encontró, según hipótesis de partida, un perfil característico de las AIVD en el grupo de DCL, significativamente diferente en relación a los normales para $p \leq 0.05$, de manera que, para los primeros, algunas funciones instrumentadas tuvieron alteraciones mínimas o nulas, en tanto en los sanos no existieron tales afectaciones mínimas, destacándose el valor del Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer y colaboradores (FAQ) en la evaluación específica de las alteraciones en estas actividades funcionales (gráficos 3 y 4).

Gráfico 3. Actividades instrumentadas de la vida diaria en sujetos con deterioro cognitivo leve

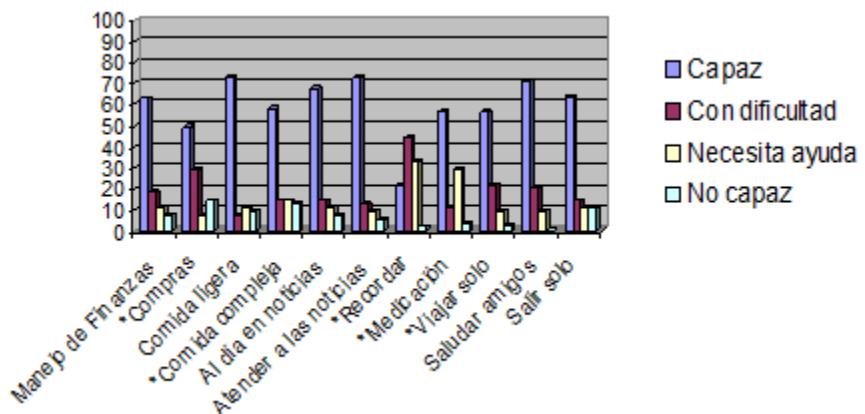
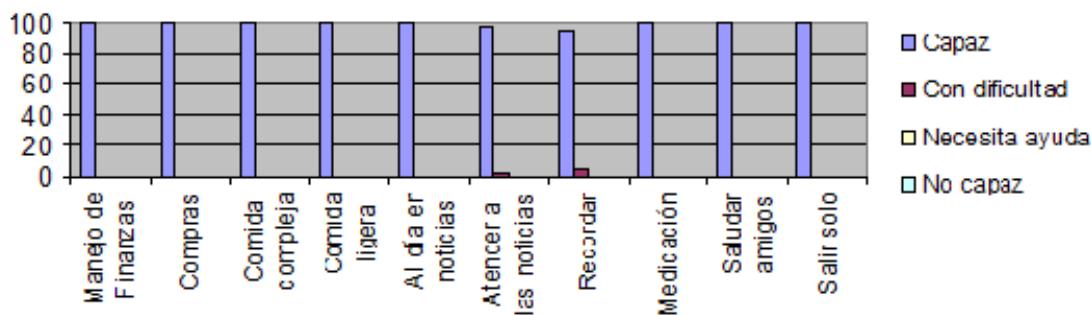


Gráfico 4. Actividades instrumentadas de la vida diaria en sujetos sanos



DISCUSIÓN

En el presente trabajo, a través del FAQ se ha encontrado (a través de la referencia de los informadores) que la mayoría de los sujetos con DCL fueron capaces de realizar las AIVD si bien hay un grupo menor de ellos que presentaron algún grado de dificultad.

Petersen y colaboradores⁹ en la revisión más reciente del concepto de DCL reconocen que: "Las personas con DCL suelen tener problemas leves para realizar complejas tareas funcionales tales como: el pago de facturas, la preparación de una comida, ir de compras en la tienda. Se puede tomar más tiempo, su rendimiento será menor, y cometen más errores en la realización de tales actividades que en el pasado. Sin embargo, en general, son capaces de mantener su independencia para las funciones en la vida cotidiana, con las ayudas de mínimos o de asistencia."

Estas particularidades en cuanto a la presencia de alteraciones mínimas o nulas ha sido señalada por varios investigadores.^{17,23}

Especial atención tiene el recordar donde sólo el 21.8% de los sujetos eran capaces de hacerlo en su totalidad. Este resultado en los DCL (alteración en la memoria) es lógico si se tiene en cuenta que a la mayoría de los sujetos se les detectó esa afectación al ser evaluados a través de las pruebas neuropsicológicas (subtipos: amnésico 38.18% y múltiples dominios con amnesia 54.54 %) por lo que es esperado que las actividades instrumentadas que requieren de este proceso cognitivo deberían estar afectadas de alguna forma. Solo el 7.28 % tenían algún deterioro cognitivo en el que la memoria no estaba involucrada.

Diversos estudios muestran la alta prevalencia de estos subtipos en el que la memoria es el proceso que más se afecta.^{8,12,24,25}

Sperling y colaboradores²⁰ en una investigación refieren que: "... los cambios que se suceden en la enfermedad de Alzheimer comienzan a aparecer muchos años antes....". Ellos distinguen

varios estadios, denominando al DCL como: “ una fase prodrómica en el que ya se observan alteraciones en la cognición, primero generalmente en la memoria, luego en lenguaje o funciones ejecutivas y en el resto de áreas cognitivas. Las alteraciones funcionales son mínimas. ”

Desde los trabajos iniciales de Petersen y colaboradores 25 el propio concepto de DCL estuvo asociado al dominio cognitivo de la memoria con preservación de los otros, pero en la actualidad se reconoce que el concepto de DCL abarca otros dominios cognitivos más allá de la memoria.donde las alteraciones en las funciones son mínimas o nulas. 9,26,28

En el estudio de la Clínica Mayo 29 se encontró un predominio de los tipos de DCL amnésicos y múltiples dominios con amnesia, viéndose como la afectación en este dominio es un predictor de posibilidad de padecer en el tiempo de una demencia, en especial de una enfermedad de Alzheimer. Esto también ha sido encontrado por varios investigadores. 9,17,21,24

En cuanto a las variables sociodemográficas se han encontrado diferencias en relación con la edad (no para el sexo o la escolaridad) en dos AIVD en la presente investigación, resultados estos que concuerdan en parte con algunas investigaciones.

“ Comprender la distribución de la incidencia del DCL por edad, sexo, años de estudios u otras variables sociodemográficas es fundamental para entender las causas de la enfermedad, así como la forma de prevenir el mismo, a fin de enlentecer su progresión hasta el deterioro completo, es decir, una demencia irreversible. ”²⁹

Los investigadores que han participado en el Estudio de Envejecimiento de la Clínica Mayo han anunciado que más del 6% de los americanos de edades comprendidas entre 70 y 89 años desarrollan cada año DCL, siendo mayor en la medida que se incrementa la edad. Además, esta enfermedad parece afectar más a los hombres y a personas que sólo tienen estudios medios, en comparación con las mujeres y personas que han finalizado estudios superiores. ²⁹

La edad es una de las variables más estudiadas en los pacientes con trastorno de memoria y demencia, y constituye en la actualidad el principal marcador de riesgo de la enfermedad de Alzheimer (EA) de tal forma que la prevalencia de esta se duplica cada 5 años a partir de los 60 años; pasa del 1 % entre los 60 y los 65 años al 4,3 % a los 75 años, hasta llegar al 28,5 % a los 90 años.³ El comportamiento del DCL según la edad, muestra resultados similares, siendo esta última mucho mayor en este grupo de pacientes.²⁵

Samper, Llibre y colaboradores realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, que incluyó a sujetos cubanos con edad de 50 años o más, evaluados por su orden consecutivo en la consulta de demencia del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, cuyo objetivo fue: determinar el comportamiento de la edad y la escolaridad en sujetos con DCL viéndose que la misma se elevó en la medida que los casos tuvieron mayor edad. Aquellos con escolaridad baja (secundaria concluida o menos) presentaron 16,7 veces más riesgo de tener dicha afección que los que tenían escolaridad alta (media o universitaria), encontrando la existencia de una relación directa entre la edad y la escolaridad con la presencia de DCL, y por tanto la posibilidad de tener afectaciones mínimas o nulas de las AIVD.³⁰

Resultados similares en cuanto al incremento de DCL con el aumento de la edad y con niveles educativos menores fue reportado por Montejo y colaboradores 31 y para otros autores.^{30,32} Un estudio cubano descriptivo, transversal, con ancianos de 90 años y más del Policlínico “Ana Betancourt” del municipio Playa durante el período comprendido entre septiembre de 2004 y marzo de 2005, que pretendió evaluar el comportamiento del fenómeno *longevidad* en dicha área de salud y proceder a su caracterización, encontró, entre otros resultados: un índice de prevalencia de 2,3% (70 longevos), predominó el grupo de 90 a 94 años con un total de 47 (72 %); de edad escolar primaria de los que el 38% mostraron independencia total en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, sólo el 14,5 % de la muestra total fue independiente para las instrumentales. El 20 % de los longevos exhibieron DCL y el 42 % sufrían demencias en sus diferentes modalidades. La calidad de vida fue considerada como buena en el 48 % de la muestra.³³

En relación con el sexo no hay nada concluyente. En el Estudio de Envejecimiento de la Clínica Mayo 29 se reportó un predominio de sujetos con DCL en el sexo masculino, otros autores refieren resultados a favor del femenino. De este modo, en un estudio cubano, descriptivo, de tipo retrospectivo, para determinar la presencia o no de deterioro cognitivo teniendo en cuenta la edad, el sexo y el nivel de escolaridad de los pacientes encuestados, del consultorio 14 del Policlínico Antonio Guiteras Colmes, del municipio Habana Vieja, en el período comprendido entre 2004 – 2006, se encontró un predominio de DCL, en el sexo femenino, el grupo etáreo de mayor deterioro fue el de los pacientes mayores de 80 años y se pudo comprobar la estrecha

relación inversamente proporcional entre el nivel de escolaridad y la afectación.³⁴ Montejo y colaboradores³² encontraron en su estudio un predominio del sexo femenino en los pacientes con DCL (72,4%) escolaridad primaria (44,8%) y edades de 74,69 con una desviación estándar de 6, 14.

En la presente investigación sólo encontramos estos resultados para la variable edad para sólo dos de las AIVD: salir de compras y saludar amigos adecuadamente, no en cuanto al sexo o los años de estudio.

Finalmente se han encontrado diferencias significativas entre los sujetos sanos y aquellos que tenían DCL hallándose la presencia de un perfil característico para estos últimos al compararlos con los primeros tal como se consideró en la hipótesis de partida a través de la evaluación de las AIVD con el FAQ.

Este resultado: la presencia de diferencias, entre los DCL y sujetos normales, en el funcionamiento cognitivo (referido por un tercero) ha sido reportado por algunos autores. ^{9,20,21,24,35}

En un trabajo realizado por un grupo de investigadores españoles en el 2009³² del Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo, Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, Instituto de Salud Pública. Madrid Salud y del Ayuntamiento de Madrid con 116 sujetos captados de los centros de mayores, atención primaria, servicios sociales, u otros usuarios, los investigadores encontraron interesantes resultados en torno al tema que nos ocupa. De este modo, con el objetivo de identificar las diferencias en el rendimiento cognitivo entre sujetos con DCL y normales en una muestra de mayores, (entre otros propósitos) empleando las escalas de evaluación de las funciones de Pffefer y las de Lawton y Brody, estos autores reportaron que el grupo de DCL resultó ser una población claramente diferenciada de los normales, especialmente hallaron asociación para: la memoria, pérdida de objetos de uso habitual, desorientación en lugares no habituales. Los mismos consideraron que: "Las actividades instrumentales de la vida diaria constituyen un elemento diferenciador importante. En el cuestionario de Pfeffer existe una diferencia entre la muestra de sujetos normales y deterioro cognitivo leve, siendo significativo al 0.000 en tanto el Lawton a un $p < 0.05$.³²

Olazarán y colaboradores³⁶ reportaron el valor que tiene el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer, encontrando que, entre sujetos normales y con DCL en este último, pueden existir alteraciones en las actividades instrumentadas de la vida diaria, pero estas alteraciones deben ser pocas y/o leves. Incluso este instrumento era superior para diferenciar la demencia de la no presencia de esta.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el año 2013 destaca el valor del FAQ en la evaluación de las AIVD en el DCL y las demencias.³⁷ Morris en el 2014,¹⁴ en un excelente trabajo investigativo, hace una revisión retrospectiva para evaluar el potencial impacto de los más recientes criterios diagnósticos sobre DCL por Petersen y el Grupo de Trabajo del Instituto Nacional de Envejecimiento y la Asociación de Alzheimer de EUA⁹ y destaca el valor del FAQ en su contribución para el diagnóstico de DCL y su progresión a demencia, especialmente a la enfermedad de Alzheimer.

CONCLUSIONES:

En general en ambos grupos se encontró una total capacidad para la realización de las AIVD si bien en el grupo de sujetos con DCL se encontraron afectaciones ligeras, las que fueron recogidas a través de los informadores y evaluadas cuantitativamente a través del instrumento para medir funciones instrumentadas desde lo cognitivo (Cuestionario de Evaluación Funcional de Pfeffer y colaboradores), posibilitando la constatación de un perfil característico en los mismos en relación con los ancianos sanos, por lo que, el FAQ, parece ser un instrumento útil en el diagnóstico clínico en los pacientes con DCL, al menos lo fue para la muestra seleccionada en la presente investigación tal como se ha reportado por otros investigadores. Se encontraron diferencias significativas para dos AIVD en torno a la edad, no así para el sexo ni la escolaridad. Los resultados encontrados en el trabajo presentado deben, sin embargo, ser tomados con discreción, sobre la base de que los mismos provienen de muestras no probabilísticas por lo que no son representativos del universo. Por otro lado sería provechosa la aplicación del FAQ en

sujetos normales y con DCL teniendo en consideración otros subtipos donde no haya afectación de la memoria.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL DE PFEFFER (FAQ) PFEFFER ET AL

Informador (relación con el paciente):

Nombre: Varón [] Mujer []

Fecha: F. nacimiento: Edad:

Estudios/Profesión: N. H^a:

Observaciones:

Consigna: " Lea las siguientes preguntas y anote el puntaje como sigue. Es importante precisar bien que la pregunta está dirigida a la esfera cognitiva, por lo que no se tienen en cuenta las discapacidades físicas (ejemplo Cuadriplejía como secuela neurológica puede impedir que el individuo administre sus propios medicamentos y no lo haga por el impedimento físico; pero desde el punto de vista cognitivo está en sus plenas facultades para hacerlo por lo que el puntaje en ese caso sería '0')

Puntuar cada ítem del modo siguiente:

0 Normal; o nunca lo hizo pero podría hacerlo solo/a

1 Con dificultad pero se maneja solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad

2 Necesita ayuda (pero lo hace)

3 Dependiente (no puede realizarlo)

- ¿Maneja su propio dinero? 3 2 1 0
- ¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)? 3 2 1 0
- ¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego? 3 2 1 0
- ¿Puede hacerse solo/a la comida? 3 2 1 0
- ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad? 3 2 1 0
- ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas? 3 2 1 0
- ¿Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos? 3 2 1 0
- ¿Es capaz de manejar su propia medicación? 3 2 1 0
- ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa? 3 2 1 0
- ¿Saluda apropiadamente a sus amistades? 3 2 1 0
- ¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro? 3 2 1 0

PUNTUACIÓN TOTAL

Una puntuación por debajo de 6 indica normalidad (no dependencia)

Una puntuación de 6 o más indica alteración funcional (dependencia funcional)

ANEXO 2

Validación de contenido. Criterios de expertos (5 expertos)

Criterios para la selección de expertos:

- Ser psicólogos especialistas en temas de Gerontología y Geriatría por 5 años o más

Objetivos del criterio de expertos: Evaluar la correspondencia de los ítems en relación de las categorías propuestas

El criterio de expertos incluyó los aspectos siguientes:

Evaluar el cuestionario de acuerdo a las cinco propiedades básicas expuestas por Moriyama y según escala ordinal que va desde totalmente en desacuerdo (TD) Totalmente de acuerdo (TA). Estas propiedades básicas son las que describiremos a continuación:

- Razonable y comprensible: Se refiere a la comprensión de los diferentes ítems a evaluar con relación a lo que se pretende medir.
- Sensible a variaciones con el fenómeno que mide: Se refiere a si del ítem se puede derivar indicadores que distingan a los sujetos.
- Con suposiciones básicas justificables o intuitivamente razonables: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento.
- Con componentes claramente definidos: Se refiere a si cada ítem tiene una definición clara
- Derivados de datos factibles de obtener: Se refiere a la consideración del experto de la posibilidad de obtener información del sujeto a partir de sus respuestas al ítem

I T E M S	Razonable y comprensible	Sensible a variaciones	Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables	Con componentes claramente definidos	Derivados de datos factibles de obtener
1	TD TA	TD TA	TD TA	TD TA	TD TA

Todos los expertos (100%) coincidieron en considerar la no influencia de la edad y la escolaridad en la ejecución del test. Además de estar totalmente o muy de acuerdo con los 5 requisitos básicos expuestos por Moriyama. A su vez refirieron precisar en la pregunta 4 (¿Puede hacerse solo/a la comida? la especificidad de que se trata de comidas complejas como prepararse una sopa, los frijoles, las carnes u otros alimentos para diferenciarlo del ítem 3 en el que se especifica bien.

ANEXO 3

Tabla. Actividades instrumentales de la vida diaria. Sujetos con deterioro cognitivo leve y sanos

		Con DCL		Grupo Sanos		Total		X2 de Pearson	Probabilidad
AIVD		No	%	No	%	No	%		
Manejo de Finanzas	Capaz	34	63.0	37	100.0	71	*78.0		
	Con dificultad	10	18.5			10	11.0	17.564	0.001
	Necesita ayuda	6	11.1			6	6.6		
	No capaz	4	7.4			4	4.4		
*Compras	Capaz	27	49.1	37	100.0	64	69.6		
	Con dificultad	16	29.1			16	17.4	27.077	0.000
	Necesita ayuda	4	7.3			4	4.3	12.057	0.007

	No capaz	8	14.5			8	8.7		
Comida Ligera	Capaz	40	72.7	37	100.0	77	83.7		
	Con dificultad	4	7.3			4	4.3	12.057	0.007
	Necesita ayuda	6	10.9			6	6.5		
	No capaz	5	9.1			5	5.4		
*Comida compleja	Capaz	32	58.2	37	100.0	69	75.0		
	Con dificultad	8	14.5			8	8.7	20.630	0.000
	Necesita ayuda	8	14.5			8	8.7		
	No capaz	7	12.7			7	7.6		
Al día en noticias	Capaz	37	67.3	37	100.0	74	80.4		
	Con dificultad	8	14.5			8	8.7	15.055	0.002
	Necesita ayuda	6	10.9			6	6.5		
	No capaz	4	7.3			4	4.3		
Atender a las noticias	Capaz	40	72.7	36	97.3	76	82.6		
	Con dificultad	7	12.7	1	2.7	8	8.7	9.555	0.023
	Necesita ayuda	5	9.1			5	5.4		
	No capaz	3	5.5			3	3.3		
*Recordar	Capaz	12	21.8	35	94.6	47	51.1		
	Con dificultad	24	43.6	2	5.4	26	28.3	47.154	0.000
	Necesita ayuda	18	32.7			18	19.6		
	No capaz	1	1.8			1	1.1		
*Medicación	Capaz	31	56.4	37	100.0	68	73.9		
	Con dificultad	6	10.9			6	6.5	21.844	0.000
	Necesita ayuda	16	29.1			16	17.4		
	No capaz	2	3.6			2	2.2		
*Viajar solo	Capaz	31	56.4	37	100.0	68	73.9		
	Con dificultad	12	21.8			12	13.0	21.844	0.000
	Necesita ayuda	5	9.1			5	5.4		
	No capaz	71	2.7			7	7.6		
Saludar a amigos	Capaz	39	70.9	37	100.0	76	82.6		
	Con dificultad	11	20.0			11	12.0	13.030	0.001
	Necesita ayuda	5	9.1			5	5.4		
	No capaz					0	0.0		

Salir solo	Capaz	35	63.6			72	78.3		
	Con dificultad	8	14.5	37	100.0	8	8.7	17.192	0.001
	Necesita ayuda	6	10.9			6	6.5		
	No capaz	6	10.9			6	6.5		

Fuente: Historias clínicas de la Clínica de Deterioro Cognitivo. CITED

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llibre JJ, Fernández Y, López AM, Otero M, Marcheco B, Contreras N, Álvarez J, Collado H, Bayarre H, Guerra M, Ortiz Z. The Cuban Dementia and Alzheimer's Study Playa (EDAP). *Restorative Neurology and Neuroscience* 2003; 21: 251-82.
2. Fernández-García Y, Ortiz Calderón Z, Contreras Hernández N, Álvarez-Rodríguez J, Llibre Rodríguez JJ, Collado Fernández H, Bayarre Vea HD. Estudio Epidemiológico de Deterioro Cognitivo Leve en adultos mayores en el Municipio Playa de Ciudad de la Habana, Cuba. 19na Conferencia Internacional de Alzheimer's Disease Internacional y 6ta reunión Latinoamericana y del Caribe. Res Type: Conference Proceeding; 2007.
3. Llibre R JJ, Grupo de Investigación en Demencias 10/66. Deterioro Cognitivo Leve. En: Llibre Rodríguez JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008.p. 13-121.
4. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Jr., Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982; 37: 323-29. [citado Jul 2013]. Disponible en: <http://geronj.oxfordjournals.org/content/37/3/323.abstract>.
5. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9: 179-86.
6. Olazaran J, Mouronte P, Bermejo F. Validez clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* 2005; 20(8): 395-401.
7. Tabert MH, Albert SM, Borukhoba-Milov L, Camacho Y, Pelton G, Liux X, et al. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment. prediction of AD. *Neurology* 2002; 58(5): 758-64.
8. Devanand D P, Liux X, Tabert MH, Pradhaban G, Cuasay K, Bell K, et al. Devanand DP, Miller L, Richards M, PhD, Marder K, MD, et al. Combining early markers strongly predicts conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry* 2008; 64 (10): 871-9.
9. Alzheimer's Disease Workgroup. Mild Cognitive Impairment (MCI) due to Alzheimer's Disease Workgroup. Criteria for Mild Cognitive Impairment due to Alzheimer's Disease. W DC, June 11, 2010 [citado noviembre 2013]. Disponible en: http://www.google.dk/urls=t&rct=j&q=&esrc=s&source=w&eb&cd=8&ved=0CIEBEBYwBw&url=http%3A%2F%2Fpsychiatryonline.org%2Fdata%2FJournals%2FFOCUS%2F926340%F96.pdf&ei=YnhGU4LUI8O7ygP9oHICg&usg=AFQjCNHkTcXKHFSpq1IZ2ZodMPKSSdsCg&sig2bCMdwlpA_JL87aK_YqFNw&bvm=bv.64507335,d.bGQ&ad=rja.
10. Triguero Veloz Ma C, Trujillo Grás O, López Pérez MB, Suárez Martínez R, Vega García E, Menéndez Jiménez L y Quintero Dancy G. Estudio comparativo entre la Escala Psicoafectiva y dos instrumentos para la medición de alteraciones emocionales. *Geriatría*, 1994; 10(9): 417-21.
11. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of the patient for the physician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-198. [citado marzo 2014]. Disponible en: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1990/A1990CE78800001.pdf>

12. Ginarte YA, Pérez Díaz R, Acosta E H, González GS, Aballe Y. Valores normativos para el Test Mini Mental (Mini Mental State Examination) en adultos mayores cubanos. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana* 2011;8(2). [citado abril 2014]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph08211.html>
13. Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C y Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *MedClin*, 2001; 117: 129-34
14. Morris JC. Revised Criteria for Mild Cognitive Impairment May Compromise the Diagnosis of Alzheimer Disease Dementia. *Arch Neurol*. 2013 June ; 69(6): 700-8.[citado noviembre 2013].Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3423496/>
15. Solange AA. Martín CE. Capítulo 16. Deterioro cognitivo leve. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). *Tratado de Geriatría para residentes*.2006. 131-3. [citado Jul 2013]. Disponible en: <http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%202023%20II.pdf>
16. Weaver CJ, Maruff P, Collie A, Masters C. Mild memory impairment in healthy older adults is distinct from normal aging. *Brain Cogn* 2006; 60: 146-155
17. Montenegro Peña, M., et al. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. 2012. [citado Jul 2012] Disponible en: doi:10.1016/j.rlfa.2012.03.002 18. Petersen RC, Rosebud OR, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, et al. Mild Cognitive Impairment. Ten Years Later. *Archive of Neurology*. 2009; 66: 1447-55
19. Morris JC, Storandt M, Miller JP, McKeel DW, Price JL, Rubin EH, et al. Mild Cognitive Impairment represents early stage Alzheimer's Disease. *Archives of Neurology*.2001;58: 397-405
20. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* . 2011; 7: 280-292
21. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger- Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology* 2007;6: 34-746
22. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Petersen RC et al. Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern. Med.* 2004; 25(6): 240-46
23. Portet F, Ousset PJ, Visser PJ, Frisoni GB, Nobili F, Scheltens P, Vellas , Touchon J. Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2006; 77: 714-718
24. Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L, Camacho Y, Pelton G, Liu X, et al. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment Prediction of AD. *Neurology*. 2002;58: 758-64
25. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J. Int. Med.* . 2004; 256: 183-94
26. Sturman MT, Mendes de Leon CF, Bienias JL, Morris MC, Wilson S, Evans DA. Body mass index and cognitive decline in biracial community population. *Neurology*. 2008; 70: 360-367
27. Fernández-Concepción O, Rojas-Fuentes J, Pando A, Marrero-Fleita M , Mesa-Barrero Y, Santiesteban-Velázquez N, et-al. Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes. *Rev Neurol*. 2008; 46:326-30
28. Franco MA, Monforte J, Criado CH, Jiménez MM, Blanco JA. Síntomas depresivos y riesgo posterior de deterioro cognitivo en ancianos.

Psicogeriatría 2001.[citado noviembre 2013]. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatria/>

29. Clínica Mayo. The Incidence of MCI Differs by Subtype and is Higher in Men" ("La incidencia del DCL varía según el subtipo y es más frecuente en hombres" enero 2012.[citado noviembre 2013]. Disponible en:
http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N3770.html

30. Samper Noa JA, Llibre Rodríguez JJ, Sánchez Catasús C, Pérez Ramos C, Morales Jiménez E, Sosa Pérez S, et al. Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Nov 17]; 40(3-4): 203-210. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300001&lng=es

31. Roe CM, Xiong Ch, Miller JPh, Morris JC. Education and Alzheimer disease: Support for the cognitive reserve hypothesis. Neurology. 2007;68:223-28

32. Montejo P, Montenegro M, Llanero M, Ruiz JM, Fernández MA, Sánchez- Garnica JM et al. Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo. Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsíquis Febrero 2009

33. César Martínez Quero C, Pérez Martínez VT. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22(1)

34. De la Cruz del Valle, A y Morgado Ribas YI. Deterioro cognitivo del adulto mayor en un consultorio medico de familia . Medicina Familiar y Atención Primaria. sept 2007. [citado noviembre 2013]. Disponible en: [articles/668/1/Deterioro-cognitivo-del-adulto-mayor-en-un-consultorio-medico-de-familia.html](http://www.sld.cu/medicina_familiar/668/1/Deterioro-cognitivo-del-adulto-mayor-en-un-consultorio-medico-de-familia.html)

35. Díaz, M.C. y Peraita, H. Detección precoz del deterioro cognitivo ligero de la tercera edad. Psicothema, 2008, 20: 438-44

36. Olazarán J, Mouronte P, Bermejo F. Validez Clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la Enfermedad de Alzheimer. Neurología . 2005; 20: 395-40

37. Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Módulo 4. Evaluación del estado cognitivo y emocional del adulto mayor. 2013. [citado noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>

Recibido: 6 de mayo de 2014
Aceptado: 25 de noviembre de 2014.

Raquel Pérez Díaz. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba. Correo electrónico: raque@infomed.sld.cu