

Trastornos cognitivos en personas entre los 45 - 94 años de edad, solicitantes del Seguro Popular en Tepic, Nayarit

Cognitive disorders in people between 45 and 94 years old, popular applicants security in Tepic, Nayarit

Blanca Esthela Alcántar Díaz*, Rosalva Arteaga Medina†, Nicté Rosas Topete‡, Laura Janeth Arellano Acosta‡, Yadira Elizabeth Bañuelos Bueno‡, Dalia Victoria Méndez Bizarrón‡, Víctor Antonio González García‡, IvanYuset Pérez Cadena‡, Víctor Pérez Mojarro‡

Resumen

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un síndrome descrito recientemente que está considerado como una fase de transición entre el envejecimiento cognitivo saludable y la demencia.

Las diferencias en el perfil cognitivo y progresión clínica entre los individuos con deterioro cognitivo leve son generalmente reconocidos. Sin embargo, la evidencia reciente también sugiere que la heterogeneidad etiológica entre los individuos con deterioro cognitivo leve podría ser mayor que la publicada en los diversos estudios realizados en la actualidad. En este estudio exploratorio se valoró en 220 personas entre 45-94 años de edad la presencia de DCL y la relación edad, sexo y nivel educativo, utilizando como herramienta el *Minimal State Examination* de Folstein concluyendo después de los resultados del estudio que es necesario incrementar la atención que se presta a las personas con deterioro cognitivo leve para quienes las opciones de tratamiento que se están evaluando pueden coadyuvar a disminuir la tasa de progresión a la demencia.

La alta prevalencia del DCL en la población mexicana, y su relación con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población desde 45 años de edad.

Palabras clave: déficit cognitivo Leve, *Minimal State Examination* Folstein, demencia.

Abstract

Mild Cognitive Impairment (MCI) is a recently described syndrome is considered a transitional phase between healthy cognitive aging and dementia.

The differences in the cognitive profile and clinical progression among individuals with mild cognitive impairment are generally recognized. However, recent evidence also suggests that etiologic heterogeneity among individuals with MCI may be higher than previously reported in various studies today. In this exploratory study

* Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit. blancaalcantar@hotmail.com.

† Unidad Académica de Economía.

‡ Estudiantes de la Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit.

was assessed in 220 people between 45-94 years of age, the presence of MCI and the relationship age, sex and educational level as a tool using the Mini-mental State Examination of Folstein concluded after the study results need to increase the attention given to people with mild cognitive impairment for whom treatment options are being evaluated may help to decrease the rate of progression to dementia.

The high prevalence of MCI in the Mexican population and its relationship with chronic diseases common in old age, says the importance of early identification of both conditions in the population from 45 years of age.

Key Words: mild cognitive impairment, Mini-mental State Examination Folstein, Dementia.

Introducción

El deterioro cognitivo constituye un frecuente motivo de consulta en ancianos.¹ Las inquietudes sobre la memoria, la capacidad para encontrar palabras u otros problemas cognitivos (función mental) cada día es más frecuente en personas jóvenes lo cual resulta alarmante, pues normalmente el común denominador son personas mayores de 65 años.²

Se entiende por deterioro cognitivo la alteración de las facultades intelectuales de la persona, entre las que destaca el deterioro de; la orientación, la memoria reciente, el razonamiento, el cálculo, el lenguaje, la capacidad de realizar tareas complejas y la capacidad de programación, entre otras.³ El deterioro cognitivo es uno de los principales problemas de los ancianos con repercusión sobre ellos mismos, sus cuidadores formales e informales, y sobre el sistema de salud.⁴ En el estudio que se realizó para calificar la presencia, ausencia o grado de déficit cognitivo, como instrumento de medida se utilizó el examen mínimo de Folstein, éste es

el instrumento de mayor uso internacional para detectar el deterioro cognitivo. Es un test rápido, económico y fácil el cual puede aplicarse en un tiempo máximo de 10 minutos por personal médico y no médico capacitados en el área de la salud. Dicho instrumento fue elaborado por Folstein y Mchugh en 1975. Esta prueba tiene una sensibilidad del 87% y especificidad del 82% para la detección de patología, además se aplica para diagnosticar una probable enfermedad de Alzheimer.^{1,2,3}

Se sabe con certeza que la enfermedad de Alzheimer es una de las causas principales de demencia en personas de edad avanzada así como en adultos relativamente jóvenes en otros países.

Lo que pretendemos con éste trabajo consiste en detectar de manera temprana a personas que desarrollan problemas cognitivos y de memoria que no son diagnosticados como demencia. Sin embargo, los cambios cognitivos son más pronunciados que los asociados con el envejecimiento normal. Esta condición se llama deterioro cognitivo leve. Aunque muchos pacientes desarrollan la demencia más tarde, algunos no lo hacen, por lo que la investigación en ésta patología a nivel mundial es permanente desde diversos enfoques.

Antecedentes

En el trastorno cognitivo existe declinación del funcionamiento cerebral con la existencia de un déficit subjetivo y objetivo en las funciones; capacidad de atención y concentración, de razonamiento, ejecutiva, de juicio, de planificación, de adaptación a situaciones nuevas, de memoria, de lenguaje expresivo y comprensión del lenguaje, de las capacidades visoconstructivas y de orientación en el espacio.⁵

Al principio del siglo I A.C. surge en Roma el término "demencia", para englobar lo que en la

actualidad son realmente las patologías demenciales. La evolución del concepto de trastorno cognitivo también se inició en la misma época y lugar. A partir del siglo XVII, la descripción de la semiología de los trastornos cognitivos se hizo más precisa, se separaron los trastornos congénitos de los retardos mentales y de los trastornos cognitivos adquiridos, se distinguieron los trastornos cognitivos de otras enfermedades mentales y se reconoció que el trastorno cognitivo se explica por un disfuncionamiento del sistema nervioso central. En el siglo XIX el término “demencia” y el concepto de demencia confluyen al comenzar a usarse la palabra demencia en el sentido que tiene en la literatura médica actual. El término de demencia aparece en las lenguas europeas durante el siglo XIV. Así, la palabra demencia aparece en Francia por primera vez en 1381 para referirse a locura o extravagancia.

Sin embargo, a partir de 1700 empieza a usarse primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica. Hacia fines del siglo XVIII, los trastornos cognitivos ya habían sido claramente identificados, existía una excelente descripción semiológica de los principales síntomas y signos de estos trastornos y se identificó la existencia de un deterioro asociado a la edad que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas, aunque no se diferenciaban aún como entidades autónomas los trastornos cognitivos congénitos de los adquiridos. Es así que, en 1771, Boissier de Sauvages, en su *Nosographie Méthodique*, menciona 12 tipos de imbecilidad, entre las cuales destaca la imbecilidad del anciano (“*l’imbécilité du vieillard*”), también denominada estado pueril, idiocia o locura senil. Según Boissier, este cuadro se explica porque “por la rigidez de sus fibras nerviosas, los ancianos son menos sensibles a los estímulos externos”.

En su *Nosographie* publicada en 1798, Pinel usó los términos de *amentia* y *morosis* para referirse a los trastornos cognitivos, que explica como una falla en la asociación de ideas que se manifiesta en un trastorno de la actividad, comportamiento extravagante, emociones superficiales, pérdida de memoria, dificultades en la percepción de objetos, oscurecimiento del juicio, actividad sin propósito, existencia automática y olvidos de palabras o signos para expresar las ideas. Durante el siglo XIX, el término de demencia empieza a ser usado para referirse principalmente a cuadros de trastornos cognitivos adquiridos y en la segunda mitad del siglo XIX se restringe casi exclusivamente a trastornos irreversibles que afectan predominantemente a los ancianos, además de identificar las demencias seniles y atribuirle un substrato neuropatológico, es decir, la presencia de lesiones en el sistema nervioso central, a partir de ello se proponen taxonomías de las enfermedades mentales.

En la segunda mitad del siglo XIX, gracias a la elaboración del concepto de demencia y las descripciones clínicas de autores franceses, ingleses y alemanes, las demencias son definitivamente consideradas como un síndrome.⁶

En 1906 las demencias se describen como un síndrome que puede ser causado por diferentes enfermedades, cada una con un fenotipo clínico característico y una neuropatología específica⁶.

Desde finales del siglo XIX y durante el siglo XX ha existido un importante esfuerzo por describir las distintas enfermedades causantes de demencia. La primera distinción se realiza entre las demencias primarias y las secundarias.

Los primeros estudios neuropatológicos con microscopia óptica de cerebros de pacientes con demencia asentaron según refiere el documento elaborado por Slachevsky y Ollarzo

(2008) que la hipótesis de las demencias primarias es que eran causadas por degeneración del parénquima cerebral o por lesiones vasculares como la arterioesclerosis.⁶

En las demencias secundarias se incluyen las demencias vesánicas (estados de deterioro que puede ser consecuencia de cualquier tipo de locura). Hacia 1900 ya se habían individualizado la demencia senil, la arterioesclerótica (reblandecimiento cerebral por isquemia crónica), las demencias infecciosas (la parálisis general), la demencia traumática y algunas de las subcorticales. En 1907, el médico alemán Alois Alzheimer describió el caso de la paciente Agust D, paciente que presentó una demencia a los 51 años, y describió las lesiones neuropatológicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares).⁶

Etiología

Si bien algunos individuos envejecen “exitosamente”, es decir, muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas. Además del envejecimiento, otras causas frecuentes de deterioro cognitivo son las enfermedades psiquiátricas, los eventos o enfermedades cerebrovasculares, y las enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y el Parkinson.¹ Un gran número de procesos frecuentes en el anciano (infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, toma de fármacos, etcétera.) también pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica.^{1,2} Por otra parte, los cuadros depresivos pueden evolucionar a deterioro cognitivo e incluso a demencia en pocos años del inicio de los trastornos. La entidad de Deterioro Cognitivo Leve (DCL), se halla presente en más del 60% de los pacientes con depresión geriátrica.^{1,3}

Es conocido que las alteraciones funcionales circulatorias a nivel cerebral presentan mayor riesgo de eventos vasculoencefálicos (infartos y/o hemorragias), daño a la sustancia blanca subcortical, atrofia córtico-subcortical y por consiguiente, más probabilidades de evolucionar hacia un cuadro demencial. Pero previamente, y en forma subclínica, el paciente hipertenso puede presentar deterioro de la función cognitiva durante años sin que el mismo sea detectado, por lo que se le ha relacionado a la hipertensión arterial como una causa más de deterioro cognitivo.^{1,4,5}

Con el envejecimiento se produce un declive de las funciones intelectuales, especialmente de los mecanismos de procesamiento de la memoria y de la capacidad de respuesta a tareas complejas, que se corresponde con un fenómeno natural y no constituye enfermedad. La situación de deterioro cognitivo engloba, por el contrario, la afectación de varias funciones cognitivas en un grado superior al esperado para la edad, nivel de salud general y nivel cultural de la persona. El deterioro cognitivo, por tanto, es un estado clínico que se sitúa en un punto intermedio que va desde la normalidad cognitiva hasta la pérdida completa de las funciones intelectuales, tal y como ocurre en las fases avanzadas de las demencias.^{3,5,7}

No obstante, un problema cognitivo leve es diferente de la demencia dado que la demencia se diagnostica únicamente cuando la memoria y otra función cognitiva se ven afectadas en forma que interfieren en la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades diarias de rutina.^{1,2,8}

Trastornos asociados a deterioro cognitivo

Problemas de memoria o cognitivos no relacionados necesariamente con el proceso del envejecimiento:

1. Síndromes amnésicos estables y/o transitorios: se presentan problemas de atención reducida por estados de ansiedad o depresión, como sucede en las "lagunas" mentales de los alcohólicos, el estado poscrisis epiléptica, con el uso de benzodiazepinas (especialmente de vida media corta), las que además de favorecer los fenómenos de tolerancia y dependencia producen una amnesia anterógrada, y en la amnesia global transitoria, que es un cuadro benigno que puede ser recurrente, de probable origen vascular, epiléptico o formando parte de una cefalea con migraña, clínicamente hay pérdida brusca de la memoria anterógrada y retrógrada con frecuente ansiedad reactiva. El cuadro se autorresuelve en menos de 24 horas sin precisar tratamiento específico.^{9,10,11}
2. Síndrome confusional agudo o delirium: es un síndrome cerebral orgánico que carece de etiología específica, de comienzo rápido, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, constante desorientación, que puede ser total en los casos graves, con deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de comprensión, de la memoria, la presencia de alucinaciones e ilusiones visuales, la alteración del ritmo sueño-vigilia y los trastornos psicomotores. En su curso deben presentarse fluctuaciones diurnas de los síntomas, y la duración total del trastorno debe ser inferior a los 6 meses.^{11,12,13}
3. La afasia: es un síndrome neurofisiológico focal caracterizado por alteraciones en la nominación (disnomias) y/o comprensión, de presentación habitualmente brusca. La preservación de otras funciones, así como el mayor grado de funcionalidad laboral, familiar y social evidenciarán la afectación lesiva focal del cerebro.^{13,14}

Epidemiología

Las proyecciones señalan que, entre 1980 y el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años en México aumentará a 77%. Con ello se incrementarán las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognoscitivo sin demencia y la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud.¹⁵

Aproximadamente entre el 1 y el 5% de la población general presenta secuelas de deterioro o déficit cognitivo.^{15,16}

El deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual.^{15,16,17} Proyecciones mundiales estiman que los casos de demencia aumentarán en países desarrollados de 13,5 millones en el 2000 a 21,2 millones para el 2025. En los países subdesarrollados varía la cifra según la fuente de información. Sin embargo, en general para este grupo se calcula que en el 2000 había 18 millones de personas con demencia y se proyecta que para el 2025 la cifra aumente a 34 millones.^{12,17,18}

Actualmente, en México se cuenta con algunos reportes clínicos sobre la presencia de 500 mil a 700 mil personas con demencia, se estima que 25% no han sido diagnosticadas, por lo que los estudios de prevalencia de la demencia en la población mexicana muestran datos insuficientes.^{12,15}

Manifestaciones clínicas

Este deterioro puede ser focal y limitado; afecta a una determinada operación cognitiva aislada o a un conjunto de funciones cognitivas relativamente relacionadas entre sí (funcional o estructuralmente). También puede ser difuso, múltiple y global; afecta a una amplia gama de capacidades mentales. En los síndromes focales, según la topografía cerebral específicamente lesionada, pueden aparecer distintos tipos de afasia (el paciente es incapaz de hablar o entender), apraxia (no es capaz, por ejemplo, de vestirse), agnosia (no reconoce objetos), amnesia (no recuerda acontecimientos) o síndromes disejecutivos (no es capaz de dirigir su propia actividad ni tomar decisiones). En los síndromes difusos existe una variada constelación de síntomas cognitivos, como alteraciones de la memoria, del juicio y del razonamiento abstracto, entre otros. Debe tenerse muy en cuenta el impacto negativo de los síndromes focales o difusos en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, deambular, razonar, etcétera.).^{1,3,17,18}

Evaluación

El deterioro cognitivo de la persona, ya sea primario o secundario a otra patología, se puede identificar y cuantificar con instrumentos de medida como el *Mini Mental State Studio* (MMSE) que contrastado y validado se usa en estudios epidemiológicos internacionales y en la práctica clínica para objetivar la presencia de déficit cognitivo.^{16,18,20} Esta escala, también llamada *Minimental State* de Folstein, ha sido validada ampliamente y se considera que tiene una sensibilidad y especificidad superiores al 90%.^{17,18,19} Es una prueba de lápiz y papel que se llega a administrar en unos 5-10 minutos.^{4,19,20}

Diagnóstico

Para poder llegar al diagnóstico es necesaria la integración de los datos obtenidos en la entrevista clínica (incluye anamnesis y aplicación del *Minimental State* de Folstein). Durante la entrevista clínica de orientación diagnóstica se debe observar el nivel de atención, concentración y el estado de conciencia, el grado de interés, participación y colaboración con el interrogatorio. De igual manera, debe prestarse especial interés a la capacidad para relatar las quejas, la percepción de la enfermedad, la comunicación verbal y no verbal (expresión facial, postura, gestos, movimientos corporales, contacto visual), así como la imagen global del paciente, su apariencia y conducta.

En la anamnesis interrogar antecedentes de patologías heredofamiliares así como los personales. Identificar factores de riesgo de demencia vascular, es decir, la presencia de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, cardiopatías, hipercolesterolemia, poliglobulia, tabaquismo y alcoholismo.^{1,20,21} A través de los exámenes físicos se buscan signos de enfermedades con causas tratables que puedan estar relacionados con el deterioro cognitivo.^{2,20,21}

Objetivo General

Determinar la presencia de trastornos cognitivos en personas entre 45 a 94 años de edad que acudieron al módulo del Seguro Popular instalado en el recinto ferial de la ciudad Tepic, Nayarit, México.

Objetivos Específicos

- Evaluar el grado de deterioro cognitivo en personas a partir entre 45-94 años de edad.
- Determinar el porcentaje de personas afectadas en los rubros de orientación (temporal y espacial, memoria inmedia-

ta, atención y cálculo, memoria diferida, lenguaje y praxis.

- Identificar la presencia de depresión en personas de 45-94 años con trastornos cognitivos.
- Identificar patologías concomitantes con los trastornos cognoscitivos.

Justificación

El deterioro cognitivo, es decir, la alteración de las facultades intelectuales (orientación, memoria reciente, razonamiento, cálculo, lenguaje, capacidad de realizar tareas complejas y capacidad de programación) es uno de los principales problemas de la población geriátrica, pero en las últimas décadas se ha demostrado por la literatura, que puede presentarse en personas de edades más tempranas. El deterioro cognitivo cambia con la edad, y puede deberse a múltiples causas. Sin embargo, muchos ancianos envejecen de forma exitosa y no presentan este tipo de daño.^{5,12,17}

Actualmente el deterioro cognitivo sigue siendo un concepto mal delimitado y poco consensado no sólo a nivel mundial sino también nacional. A pesar de la gran cantidad de estudios acerca del deterioro de la cognición en ancianos, poco se ha estudiado en personas jóvenes, pero se sabe que desde los 30 años puede comenzar a manifestarse detrimento en alguna área de la cognición.^{1,20}

La disminución del nivel cognitivo no sólo afecta a quien lo padece, sino también a sus cuidadores, puesto que las personas con este trastorno necesitan más recursos para su cuidado, es por ello que estas alteraciones deben diagnosticarse y tratarse de forma temprana.^{12,18,20}

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio exploratorio, analítico y descriptivo.

Población de estudio

Hombres y mujeres entre 45 y 94 años de edad, que sean solicitantes para Seguro Popular en Tepic, Nayarit, México.

Periodo de estudio

El estudio de campo, se llevó a cabo durante los meses de marzo y abril 2011.

Lugar de estudio

Módulo del Seguro Popular instalado en el recinto ferial de Tepic, Nayarit, México.

Tamaño de la muestra

220 personas entre 45 y 94 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión para su selección.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personas de edades a partir de 45 años.
- Personas que no tuvieran déficit sensorial que impida la realización de la prueba.

Criterios de exclusión

- Personas que tengan enfermedad crónico-degenerativa no controlada.
- Personas que tengan un trastorno neuropsiquiátrico diagnosticado y/o con tratamiento.
- Personas que tengan un trastorno cognitivo diagnosticado.
- Personas que no dominen el idioma español.

Variables

Variable independiente

- Trastorno cognoscitivo en personas de edades entre 45 y 94 años de edad diagnosticada mediante el *Minimal State Examination* de Folstein.

Metodología

Se utilizó como instrumento el Miniexamen del Estado Mental o "Mini Mental State Examination" de Folstein. Consta de 11 ítems, sencillos e inmediatamente calificables, con un máximo de 30 puntos.^{21,22,23}

El estudio se divide en 5 secciones: orientación, memoria de fijación, atención y cálculo, memoria a corto plazo, lenguaje y construcción.

El apartado de orientación consta de 10 preguntas las cuales van dirigidas a ubicar al paciente en lugar, tiempo y espacio. Mientras que para evaluar la memoria de fijación, se le pide a la persona que repita 3 palabras hasta que las aprenda ya que posteriormente serán preguntadas con el fin de evaluar la memoria a corto plazo.^{2,3,23}

En el apartado de atención y cálculo se le indica al paciente que realice 5 restas de 3 en 3 a partir del número 30, cada resta acertada equivale a un punto. En cuanto al lenguaje y construcción, se le mostró objetos comunes como un bolígrafo y un reloj, así mismo se le indica que repita una frase además de llevar a cabo las actividades que se le indican.^{2,3,23}

La puntuación menor de 23-24 es un indicador de deterioro cognitivo en población con estudios, en personas sin estudios menos de 21

puntos y calificación de 17 menor a en individuos sin estudios que no saben leer ni escribir.^{1,2,23}

La puntuación del Minimal de Folstein se ve afectada por la edad, educación y medio cultural, sin embargo, es una excelente herramienta de rastreo y puede utilizarse en personas de culturas diferentes, además de que se ve muy poco afectada por la depresión.^{2,22,23}

Análisis de datos

Para procesar la información recabada se utilizó como apoyo el software *DYANE* diseño y análisis de encuestas versión 3, en el que se ejecutaron análisis univariados (tabulación simple) y bivariados (tabulación cruzada).

Consideraciones éticas

Se solicitó a todas las personas que ingresaron al estudio el consentimiento informado de manera verbal previa explicación del estudio y su importancia, así como la garantía del anonimato de cada participante.

Resultados

Se analizó un total de 220 personas de los 45 a 94 años de edad que habitan en el estado de Nayarit. Dentro del universo de la muestra 142 fueron mujeres (64.5%), mientras que la proporción de hombres fue de 78 (35.5%). En análisis separados por sexo y aprobación del test, los resultados muestran que no existe diferencia significativa entre éstos ($p > 0.05$) (Figura 1).

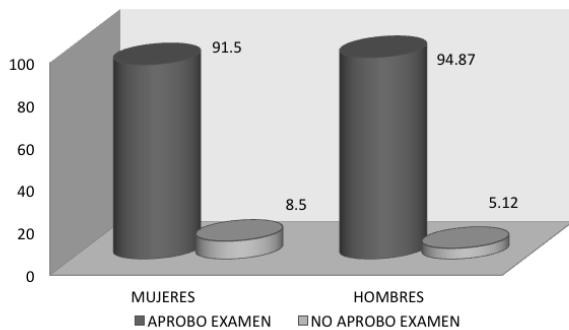


Figura 1. Aprobación del examen comparado por sexo (proporcional).

Fuente: Elaboración propia.

Para fines del estudio se estableció distribuir la población en grupos etarios sin ningún otro parámetro que no fueran las variables establecidas en el test de tal forma que la muestra tomó distribución heterogénea, por lo que el 25% del universo de la muestra entran en el rango de 45 a 49 años de edad, de los cuales el 12.7% no aprobó el minimental (Figura 2).

Se comparó la aprobación del test con el nivel de estudio encontrándose que el 21,8% cuenta con primaria terminada, este dato llama la atención pues en él se concentra el mayor número de personas que no aprobaron el test que constituye el 43.5% del total de la muestra que no lo aprobaron.

Pese a que el porcentaje total de las personas entrevistadas entre 75 a 79 años de edad es pequeño, pues solo conforman el 3.64% del total de la muestra, resulta significativo que todos aprobaron el test con un máximo nivel de estudio de (Figura 2).

En el análisis comparativo entre nivel de estudio y aprobación del test se registro un porcentaje igual entre las personas con estudios de secundaria y licenciatura completa (Figura 2).

Dentro de los apartados del minimental se registro que solo el 41.8% de los encuestados logró obtener el puntaje máximo. El 100% de las personas contestaron correctamente el segmento de lenguaje y construcción.

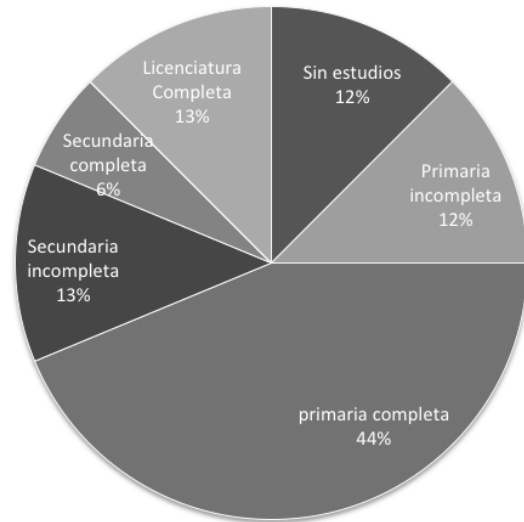


Figura 2. Porcentaje del nivel de estudio de las personas que no aprobaron el examen.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los resultados de la presente investigación representan un aporte más para la comprensión de la importancia que tiene el deterioro cognitivo.

Existen estudios que evalúan deterioro cognitivo con el test Minimental en pacientes mayores de 65 años, en este estudio se decidió que la población muestra fuera a partir de 45 años debido a que los resultados de algunas investigaciones internacionales muestran evidencia de deterioro cognitivo en edades tempranas, asimismo señalan que es difícil el diagnóstico pues, la rareza de las demencias en la juventud, *Young-Onset Dementia* (YOD), el amplio diagnóstico diferencial y la inusual aparición clínica presentan desafíos únicos para reconocer correctamente la condi-

ción y establecer diagnósticos precisos, ya que existen datos limitados sobre las características clínicas asociadas con la demencia antes de los 45 años.^{23,24}

Dentro del análisis de los resultados obtenidos del estudio surgen datos de interés, en relación a las personas entrevistadas entre 75 a 79 años de edad puso en evidencia en nuestro estudio que la edad no es un factor determinante para presentar déficit cognitivo aunque si es un factor de riesgo, ya que las personas que conformaron este rango de edad todos aprobaron el test. En relación al sexo y la aprobación del test, los resultados arrojaron un dato controversial respecto a otros estudios, no obstante que la encuesta fue mayoritariamente respondida por mujeres (64.5%) estadísticamente no se muestra diferencias significativas como se esperaba *a priori*, ya que en estudios previos realizados en el ámbito internacional se señala un predominio del sexo femenino.

La investigación refleja respecto al nivel de estudios que éste punto tampoco es relevante para presentar la patología pues éste quedó demostrado pues nuestros encuestados pues los que cursaron secundaria obtuvieron resultados semejantes a los que estudiaron licenciatura completa.

La sección donde se analiza la memoria a corto plazo es sustancial, pues según las investigaciones mundiales realizadas sobre déficit cognitivos y demencias es la primera en degenerarse, una detección temprana del deterioro en este tipo de memoria es una indicación para explorar a mayor profundidad todas las áreas cerebrales en el paciente y hacer un diagnóstico temprano de una patología mayor.

Por todos los datos relevantes encontrados en la investigación, se sugiere realizar en el futuro más investigaciones en personas menores de 65 años pues al parecer por los resultados

encontrados en este estudio y otros, se pueden detectar personas en edades más tempranas, donde la patología tiene una evolución más agresiva y de corta duración.

A pesar de no ser el estudio adecuado para la clasificación de trastorno cognitivo se detectaron un número elevado de pacientes con este deterioro por lo que es necesario utilizar otros instrumentos de detección más específicos y con mayor población. Se percibió que no existe sensibilidad entre el personal médico y paramédico respecto a la patología por lo que no les interesa participar en este tipo de estudio, quizás esto se pueda atribuir a que no cuentan con información sobre la enfermedad.

Consideramos, se debe concienciar a la población en general y en particular a paramédicos y médicos de primer contacto de atención, con información, pláticas, talleres, de manera que se aplique como parte de la batería de exámenes de rutina el Minimental de Folstein, y así poder derivar en su caso a la especialidad correspondiente a la población que resulte con deterioro cognitivo para realizar un seguimiento, haciendo énfasis en que del deterioro cognitivo leve se puede en muy pocos años avanzar a demencia sino se tiene diagnosticado y en vigilancia por el especialista. Por lo que a partir de este estudio pretendemos colaborar y exhortar a la prevención, detección y aplicación de las medidas adecuadas.

Conclusiones

1. De los encuestados en proporción, no hubo predominio significativo para ningún sexo.
2. El 25% de los encuestados se encuentra en un rango de edad de 45 a 49 años, de los cuales el 12.7% no aprobó el test.
3. Los resultados obtenidos señalan que la edad, sexo y nivel educativo no son factores determinantes para desarrollar esta enfermedad.

Referencias

1. Pérez VT El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005; 21(1-2).
2. Glass RM, Torpy JM, Lynm C, Deterioro Cognitivo Leve. *JAMA.* 2009; 302(4): 452.
3. González R, Zapata J, Pérez J, Hormigo A, Guerrero R, Baca A. Estudio del déficit cognitivo en pacientes ingresados en una residencia geriátrica. *Medicina General.* 2001; 38: 792-796.
4. Nieto D, Perera M, Sevane L. Estado cognitivo del paciente de edad avanzada en programa de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefro.* 2010; 13(1): 30-35.
5. Ministerio de Salud Pública. Trastorno cognitivo y demencia en el adulto mayor. Guía clínica. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2003 [Fecha de acceso: 13 de mayo de 2011]. http://www.ssmaule.cl/paginas/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2144&Itemid=69
6. Slachevsky&Oyarzo2008, Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica, Labos E., Slachevsky A., Fuentes P., Manes E. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina.
7. López-Ibor JJ, Valdés Miyar M (dir.) 2002. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
8. Alanís-Niño G, Garza-Marroquín J V, González-Arellano A. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46(1):27-32.
9. Delgado C, Salinas P. Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *RevHospClinuniv Chile.* 2009; 20:244-251.
10. Secretaría de Salud. Programa específico de deterioro intelectual y demencias. México D.F: Secretaría de Salud; 2002 [Fecha de Actualización 2008, fecha de acceso: 13 de mayo de 2011]. http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/demencia.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. OMS; 2011. [Fecha de acceso: 13 de mayo de 2011]. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index.html.
12. Varela L, Chávez M, Mendez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* 2004; 17(2): 37-42.
13. Vicario A, Martínez C. Evaluación del daño funcional del cerebro en pacientes hipertensos: empleo del Examen Cognitivo Mínimo. *Rev Fed Arg Cardiol.* 2007; 36: 146-151.
14. Mejía S, Jaimes A, Villa A, Ruiz L, Gutierrez L. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de Mex.* 2007; 49(supl 4): s475-s481.
15. Gómez A, Ojeda M A. Influencia de la complejidad del plan de entrenamiento en la valoración del conocimiento del proceso diálisis peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2010; 13(2): 120-125.
16. Gómez N, Bonnin B M, Gómez de Molina M T, Yáñez B, González A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med.* 2003; 42(1): 12-17.
17. Pino O, Guilera G, Gómez J, Rojo J E, Vallejo J, Purdon S. Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos. *Psicothema.* 2006; 18(3): 447-452.
18. Shand B, González J. Deterioro cognitivo leve ¿Primer paso a la demencia?. *Cuadernos de Neurología.* 2003; 27.
19. Gabrielli H. Envejecimiento ¿El sendero hacia la demencia?. *Intramed;* 2006: 1-35.
20. Abarca J C, Chino B N, Llacho M L, Gonzáles K, Mucho K, Vázquez R, Cardenas C, Soto M F. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Chilena de Neuropsicología.* 2008; 3: 7-14.
21. Samper-Noa J A, Llibre-Rodríguez J J, Sánchez-Catases C, Pérez-Ramos C L, Sosa-Pérez S, Solórzano-Romero J. Valor del miniexamen mental en combatientes con deterioro cognitivo leve. *Rev Cub Med Mil.* 2009; 38(2): 1-8.
22. Rosselli M, Tappen R, Williams C, Salvatierra J. Mini-mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders. *Arch Clin Neuropsychol.* 2006 October; 21(7):677-686.
23. Brendan J. Kelley, Bradley F. Boeve, Keith A. Josephs. Cognitive and Noncognitive Neurological Features of Young-Onset Dementia, *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2009 July; 27(6): 564–571.