

Universidad Abierta Interamericana



Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FINAL

Título: “Detección precoz de deterioro cognitivo leve en una población de la Tercera Edad”

Alumno: Martín, Mariano Manuel

Tutor: Dr. Hugo Lande

Cotutora: Dra. Marcela Agostini

E-mail: marianomartin57@hotmail.com

Año: 2015

Agradecimientos

A mi padre y a mi madre, que son mi ejemplo de vida, son quienes me brindaron su incansable apoyo durante toda mi carrera y a lo largo de toda mi existencia, y son a ellos a quienes les debo todos mis logros en la vida.

Al Dr. Hugo Lande y a la Dra. Marcela Agostini quienes me han acompañado en el transcurso de este trabajo, predispuestos en todo momento a ayudarme y orientarme.

Índice

Resumen	pág.4
Introducción	pág. 5
Marco Teórico	pág. 9
Problemática	pág. 29
Objetivos	pág. 30
Material y Método	pág. 31
Resultados Estadísticos	pág. 37
Discusión	pág. 50
Conclusión	pág. 58
Bibliografía	pág. 60
Anexos	pág. 65

Resumen

Introducción: el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se refiere a un estadio intermedio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la población general, para el desarrollo de una demencia.

Objetivos: detectar DCL mediante la utilización de dos escalas de validación psiquiátrica (Mini-Mental y Blessed) en pacientes que cumplan criterios etarios de población de la Tercera Edad (65 a 90 años). Material y Método: estudio

descriptivo de corte transversal que incluye 90 pacientes encuestados, que se dividen en diferentes instituciones y o relaciones. Resultados: con respecto a

los 90 sujetos que respondieron las encuestas voluntariamente, según el Test Mini-Mental, el 31,1% fue categorizado como pacientes con DCL, en los cuales

la Atención-Cálculo y el Lenguaje, resultaron sus funciones cognitivas más afectadas. Según la Escala de Blessed, los resultados arrojaron que un 48,8%

de los pacientes encuestados, fueron catalogados como pacientes con DCL.

Conclusión: Es importante que los médicos y los profesionales de la salud mental tengan los conocimientos necesarios para poder detectar precozmente

DCL, y de esa forma poder tomar medidas terapéuticas, que permitan garantizarle a estas personas, una mejor calidad de vida.

Introducción

El deterioro cognitivo leve (DCL) es una entidad nosológica que pretende describir la sintomatología previa a la demencia.

El DCL se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de demencia, especialmente: Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Vascular (DV).¹

Se ha observado una tasa de conversión anual a demencia del 12% entre las personas que reciben diagnóstico de DCL, que es superior a la observada en la población general, donde la tasa se sitúa entre 1-2% anual, entre las personas mayores de 65 años.²

Por otra parte, se considera al DCL como un trastorno de la memoria y de la capacidad de concentrarse durante un largo período de tiempo en una misma tarea. La capacidad de habla o el vocabulario no suelen verse afectados en este trastorno. Los pacientes se suelen retraer de su entorno social y evitan situaciones estresantes en las que se necesite un rápido procesamiento de la información.

Con respecto al término demencia, en la cuarta edición del DSM –IV, ésta se define como “deterioro de múltiples funciones cognitivas, incluida la alteración de la memoria”.

En la demencia, las funciones cognitivas que pueden estar afectadas son: la inteligencia global, aprendizaje y memoria, lenguaje, resolución de

problemas, orientación, percepción, atención y concentración, juicio y habilidades sociales. La personalidad también resulta afectada.³

La demencia tiene muchas causas, pero la demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular en conjunto constituyen el 75 % de todos los casos. La progresión es gradual pero firme en sentido descendente con una duración media de vida entre 8 y 10 años, desde el inicio de los síntomas hasta la muerte.

Según datos de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), la prevalencia de demencia en la población mayor de 65 años se sitúa entre el 3 y el 8%. Entre la población de 80 o más años de edad dicha prevalencia es del 15 al 20%. La edad avanzada, el pertenecer al sexo femenino y un nivel educativo bajo son factores de riesgo independientes y altamente significativos para la demencia. Es posible que la falta de educación a edad temprana lleve a una disminución de la "reserva cerebral" (número de neuronas y conexiones sinápticas), lo que permitirá que los síntomas de demencia aparecieran en una fase más temprana de la progresión de la enfermedad. Factores nutricionales y otros factores socioeconómicos también podrían intervenir.⁴

En nuestro país, la prevalencia de demencia en mayores de 65 años está estimada en 12 a 15 casos por cada 1.000 habitantes. Un estudio piloto realizado en Cañuelas, Provincia de Buenos Aires, en el año 2002 registró deterioro cognitivo leve en el 23% de los sujetos mayores de 60 años. Según estas cifras podemos inferir que hay en el país aproximadamente 1.000.000 de personas con deterioro cognitivo leve y 480.000 con demencia. Si se analizan los datos surge que si bien los valores de las tasas de prevalencia e incidencia difieren de un estudio epidemiológico a otro, es significativo que en todos se

observa la duplicación en los valores de la prevalencia de demencias cada cinco años de edad, oscilando entre 1,5% (en el grupo de 65 a 69 años) y 29.9% (en los de 90 a 94 años). La población primariamente afectada es la anciana (tercera edad); y quienes están en mayor riesgo son los pacientes con alteraciones vasculares y aquellos que tienen familiares que sufren de demencias degenerativas.⁵

Christian Deroussné et al. realizaron un estudio a 367 personas, de un rango etario comprendido entre los 50 y 80 años, que se quejaban de problemas de memoria, refiriendo que las fallas estuvieron en relación a la escasa actividad de la vida diaria, no se vieron afectados ni por la escolaridad, ni por el nivel sociocultural. Son muchos los cambios cognoscitivos asociados al envejecimiento. Por ejemplo hay una evidente disminución de la capacidad de aprendizaje que se debe principalmente a fallas en la consolidación y transferencia de la información desde la memoria primaria (corto plazo) a la secundaria (reciente o de largo plazo).⁶

Una manera no muy costosa de lograr identificar a la población en riesgo es mediante una historia clínica y una batería sencilla de tests neuropsicológicos.

Es necesario que los médicos que atienden a pacientes con edad avanzada, cuenten con exámenes especializados en la detección precoz de DCL, que ellos mismos puedan administrar y sobre todo saber interpretar. Por lo tanto, en virtud de que existen innumerables pruebas que además consumen una enorme cantidad de tiempo, se seleccionaron dos tests sencillos que requieren poco tiempo en su aplicación, calificación e interpretación (Test Mini Mental dirigido al paciente y Escala de Blessed dirigida al familiar/cuidador).

Ahora bien, teniendo esta información cabe preguntarse, ¿Cuál es el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo leve de una población de la Tercera Edad en la ciudad de Rosario? ¿Qué sexo es el más afectado? ¿Cuál es el rango etario más prevalente? ¿Qué grado de afectación existe en la Orientación, Fijación, Recuerdo, Atención-Cálculo, Lenguaje? ¿Qué cambios ocurren en las actividades diarias, en los hábitos y en la personalidad-conducta?

Marco Teórico:

Los criterios diagnósticos de Deterioro cognitivo Leve (DCL) propuestos por Petersen (1997) incluyen:

- a) alteración subjetiva de la memoria, la cual sea corroborada por un informador fiable;
- b) alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad;
- c) función cognitiva general normal;
- d) realización normal de las actividades de la vida diaria;
- e) no estar demenciado.

Por lo tanto, el diagnóstico de DCL básicamente implica la presencia de alteraciones de la memoria superiores a aquellas esperables para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario, por lo que no puede aplicarse todavía el diagnóstico de EA posible u otro tipo de demencia.

Todas estas cuestiones tienen una gran importancia económica, dada la alta frecuencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en sujetos mayores de 70 años.⁷

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DEL DETERIORO COGNITIVO

Es fundamental el descubrimiento a tiempo del deterioro cognitivo, dado que existe la posibilidad de que la pérdida de memoria pueda revertirse; esto

se demuestra en el curioso experimento que publicaron los autores Schaie y Willis.⁸

Este estudio consistió en seleccionar a un grupo de individuos con edad promedio de 72 años, sin demencia, a quienes se les aplicó una serie de pruebas de memoria e inteligencia con desempeño adecuado para su edad. Catorce años después, se aplicaron nuevamente las mismas pruebas y se observó alteración en los resultados en alrededor de la mitad de la muestra. Ese subgrupo fue objeto de un protocolo intensivo de “estimulación cognitiva”, en un programa de cinco horas diarias como parte del estudio Seattle. Pasado el tiempo se aplicaron nuevamente las pruebas neuropsicológicas y en forma sorprendente recuperaron las funciones cognitivas perdidas.

Se concluyó que, aun en la vejez, el cerebro conserva un elevado grado de plasticidad, y que la pérdida de memoria puede frenarse y revertirse todavía, siempre y cuando se intervenga tempranamente. De hecho, el número de neuronas no disminuye con la edad; lo que se deteriora con la edad es su capacidad funcional, que puede, por lo tanto mejorarse.⁹

Pueden existir pacientes con alteraciones cognitivas muy silenciosas, prácticamente imperceptibles, en los que no se detecten pródromos de deterioro cognitivo, y sin embargo caigan en un síndrome demencial. Ante estos casos, diversos estudios señalan que entre el 11% y el 30% de las demencias tienen una causa tratable (trastornos metabólicos, hidrocefalia normotensiva, procesos infecciosos, procesos expansivos...) y que de 1-3% remiten al aplicar un tratamiento adecuado. Más del 50% de los casos son demencias de tipo Enfermedad de Alzheimer (EA), cuyo tratamiento, mucho tiempo atrás, era sólo paliativo, centrado en solucionar los problemas

asociados (abordaje de problemas psíquicos y médicos concomitantes, control del estado general, intervenciones en crisis, apoyo a las familias...).

Las posibilidades terapéuticas frente a la EA han ido aumentando con la aparición de nuevos fármacos (tacrina, domepecilo y más recientemente rivastigmina y galantamina, todos ellos inhibidores de la acetil-colinesterasa) capaces, de retrasar el deterioro funcional de los pacientes con este tipo de demencia, pero no curarla. Su impacto sobre la calidad de vida es mayor, en cuanto antes se administren. ¹⁰

En el caso de las Demencias Vasculares (DV), que constituyen más del 20% de los casos, el control de los factores de riesgo cerebrovascular contribuye a frenar la aparición de nuevas lesiones. Cuanto antes se aplique, lógicamente, menor llegará a ser el deterioro. ¹¹

ALTERACIONES DE LA MEMORIA:

Kral et al. acuñaron el término olvidos benignos de la edad senil, hace más de treinta y cinco años, para designar a aquellos individuos que presentaban alteraciones amnésicas que influían negativamente en las actividades de la vida diaria pero que no progresaban a formas más graves y globales de deterioro intelectual. ¹²

En 1986 el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) creó un grupo de trabajo para establecer los criterios diagnósticos de lo que se denominó Trastornos Amnésicos Asociados con el Envejecimiento, siendo los criterios los siguientes: a) edad mayor de 50 años, b) deterioro gradual de las funciones amnésicas evidenciable en el marco de las

actividades de la vida diaria, c) la manifestación subjetiva del trastorno de memoria debe ser validada mediante una evaluación neuropsicológica que compruebe objetivamente esa alteración (por lo menos una desviación estándar por debajo del promedio de la población adulta), d) ausencia del diagnóstico clínico de demencia. Es decir, el déficit debe estar circunscrito a la memoria.

Es importante mencionar que en 1997/98 se realizó un consenso en México sobre el síndrome de deterioro intelectual con la finalidad de definir a este grupo. Se calcula que aproximadamente 30 % de la población mayor de 65 años cae en este grupo sin cumplir criterios estrictos de demencia, es decir presentan una funcionalidad de la memoria por debajo de una desviación estándar del rendimiento amnésico de una población de sujetos normales. Aproximadamente un 5 % quedarían en un extremo con mayor riesgo a presentar una evolución desfavorable. ¹³

Resulta de gran utilidad explicar en que consiste el funcionamiento de la memoria y como se transforman estos mecanismos con la edad.

Inicialmente se conceptualizó a la memoria como una sola, pero posteriormente en las últimas décadas se ha fraccionado a la misma. Probablemente con la terminología que los médicos están más familiarizados, es la propuesta de Atkinson en 1968, según la cual toda información es primariamente mantenida por un corto periodo en nuestros sistemas sensoriales, una parte de la información es entonces enviada al sistema de memoria a corto plazo y posteriormente al de largo plazo. El primer sistema es conocido como memoria inmediata o primaria o de trabajo, ésta no puede contener más que una cantidad limitada de información. En cambio, el segundo

sistema o memoria secundaria, puede en teoría almacenar una cantidad ilimitada de información y por un tiempo indefinido. La memoria de corto plazo, o memoria inmediata, está compuesta por un sistema de control de la atención con capacidad limitada, llamado administrador central, el que supervisa y coordina la actividad de dos sistemas subordinados que son el articulatorio y el fonológico encargados de manipular la información proveniente del lenguaje. ¹⁴

El concepto de memoria de largo plazo se subdivide en memoria explícita (declarativa) y memoria implícita (procedural). La primera permite al sujeto comunicarse bajo una forma verbal o no verbal y debe referirse al acontecimiento. En cambio la memoria implícita permite al individuo que revele la información a través de un comportamiento (ejemplo: andar en bicicleta). La memoria explícita se subdivide en memoria semántica y memoria episódica. Los conocimientos guardados en la primera no tienen contexto, mientras que la información almacenada en la memoria episódica es de naturaleza autobiográfica (ejemplo: recordar que hicimos el pasado domingo). El funcionamiento de la memoria episódica depende de la integridad del hipocampo, giro dentado, amígdala y núcleos talámicos. Además son otras áreas involucradas en la codificación y almacenamiento de la información.

Los cambios propios del envejecimiento sobre las distintas partes de la memoria son los siguientes: la memoria de trabajo prácticamente no se ve comprometida, en cambio la cantidad de información que un individuo es capaz de guardar disminuye con la edad. Una forma de evaluarlo es dar al sujeto una lista de objetos y después someterlo a un distractor y pedirle posteriormente que evoque los objetos. ¹⁵

CONCEPTO DE DEMENCIA

Cuando se habla de demencia se refiere a la pérdida de las capacidades mentales y por tanto, limitación para funcionar como una persona independiente y como ser social. Es sinónimo de deterioro, no de locura. Muchas veces el paciente comienza con síntomas de DCL.

Una persona cuando padece una demencia, parece como si fuera retrocediendo en el nivel de desarrollo intelectual que alguna vez alcanzó, perdiendo cada vez más sus capacidades, desdibujando toda su personalidad. La demencia es un síndrome clínico que se caracteriza por una carencia adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficiente severidad como para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos.

Clasificación de demencia:

-Cortical:

- Enfermedad de Alzheimer
- Degeneración Frontotemporal
- Enfermedad de Pick

-Subcortical:

- Demencia Vascular
- Parálisis Supranuclear Progresiva
- Atrofia Multi-Sistémica
- Enfermedad de Huntington
- Esclerosis Múltiple
- Hidrocefalia

-Cortico-subcortical:

- Demencia con cuerpos de Lewy
- Degeneración corticobasal
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob

A continuación, se efectúa una descripción de las demencias más frecuentes de la población mundial. Estas son: Enfermedad de Alzheimer y Demencia Vascular.

EL ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer es la causa más común de deterioro progresivo de la función cognitiva en el anciano. En la mayoría de los estudios corresponde aproximadamente al 60% del total de las demencias.

Con respecto a sus manifestaciones clínicas, la enfermedad se caracteriza por la presencia de síntomas cognitivos y no cognitivos. Dentro de los primeros se encuentra como signo predominante la pérdida de memoria, acompañada de problemas de reconocimiento. En los estadios iniciales está comprometida únicamente la memoria reciente pero a medida que la enfermedad progresa hay alteración de la remota. Primero se afecta la memoria episódica y poco a poco la memoria semántica o enciclopédica. ¹⁶

La memoria implícita se conserva, en forma relativa, hasta fases avanzadas de la EA.

En las alteraciones cognitivas se presenta además compromiso del lenguaje: inicialmente predomina la anomia, como reflejo de las dificultades en la evocación (afasia amnésica). Progresivamente se va perdiendo el sentido del lenguaje y se hacen evidentes las alteraciones semánticas, mientras que la sintaxis, la repetición y la articulación se afectan tardíamente. Poco a poco se altera la comprensión hasta llegar a una afasia acústico amnésica y agnósica, integrada en el síndrome afaso-aprático-agnósico, en el cual la autonomía del paciente está significativamente comprometida. La atención y las habilidades visoespaciales, incluyendo visión periférica, el contraste y las capacidades constructivas, también se deterioran paulatinamente. No todos los pacientes presentan un compromiso global. Existen subgrupos con alteraciones predominantes de la memoria, del lenguaje o de las praxis que pueden persistir a través de la evolución constituyendo, en la situación más extrema, formas “focales”.

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

A). Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por:

-A.1. Alteración de memoria (dificultad en aprender nueva información y evocar la ya aprendida)

-A.2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:

- a) Afasia
- b) Apraxia
- c) Agnosia
- d) Alteración de funciones ejecutivas

B). Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacionales y sociales.

C). La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.

D). Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:

-D.1. Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).

-D. 2. Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, SIDA...)

-D. 3. Intoxicaciones.

E). Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.

F). El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia.

Hallazgos patológicos.

La primera estructura que muestra cambios patológicos relacionados con la enfermedad es la corteza cerebral. Los principales marcadores histopatológicos de la EA son las placas seniles y los ovillos neurofibrilares. Estos últimos son agregados de proteínas insolubles, localizados

principalmente en el área cortical, los cuales son intraneuronales y correlacionados positivamente con la severidad de la demencia.

Las placas seniles o depósitos de amiloide son lesiones extracelulares, cuyo principal constituyente es el A β -amiloide. Éstos no están relacionadas con la severidad de la enfermedad pero su acumulación es relativamente específica para pacientes con alteración cognitiva adquirida (demencia del tipo Alzheimer), mientras los ovillos neurofibrilares se acumulan en respuesta a una variedad de daños traumáticos al cerebro.

Adicionalmente se evidencian otros cambios como angiopatía amiloide, degeneración granulovacuolar de las células piramidales hipocampales, disrupciones del aparato de Golgi y cuerpos de Hirano, los cuales son inclusiones citoplasmáticas, eosinofílicas.

Como factores de riesgo, los estudios epidemiológicos han mostrado resultados divergentes para diversos factores de riesgo (trauma craneoencefálico, antecedentes depresivos, hipertensión arterial, antecedentes familiares de síndrome de Down, exposición a aluminio, antecedentes de enfermedades tiroideas), pero todos convergen en la asociación de EA por edad y por antecedente familiar.

Se ha hablado además del sexo femenino y del nivel educativo bajo como factores de riesgo, al parecer, personas mayores de 75 años sin educación tienen 2 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad que aquellos con 8 años de educación formal.¹⁷

Estudios poblacionales han mostrado que 25 a 40% de los pacientes con EA, son casos familiares y en una fracción de éstos la enfermedad se agrega

de una manera autosómica dominante con una afectación prácticamente total, dependiente de la edad.

La enfermedad se define como presenil cuando ocurre antes de los 65 años y senil si su inicio es posterior. La edad de aparición puede ser homogénea para una misma familia, o abarcar un amplio espectro de edades. Los casos familiares son preseniles en su mayoría.

Enfermedad de Alzheimer y APOE.

La demencia de tipo Alzheimer está asociada con el gen APOE, considerado de susceptibilidad pero no de causalidad.

La APOE es una proteína plasmática involucrada en el transporte y metabolismo de los lípidos. ¹⁸

También participa en el crecimiento y plasticidad neuronales, transporte de colesterol durante el regeneramiento celular, interacción con proteínas de la matriz extracelular, promoción de la actividad de factores neurotróficos, mantenimiento del citoesqueleto y modulación del estrés oxidativo. Es codificada en el cromosoma 19 y se encuentra en quilomicrones en las VLDL y HDL. Se sintetiza principalmente en el hígado y en el cerebro, pero también en bazo, pulmones, suprarrenales, ovarios, riñones y músculos.

Se ha estimado que el genotipo APOE contribuye en un 50% al riesgo de EA. En un estudio se logró establecer que la presencia del alelo APOE E4 en un adulto sano sin antecedentes familiares de EA, duplica el riesgo de contraer la enfermedad de un 15 a un 29% y que la ausencia de dicho alelo reduce el riesgo en un 40%.

No existe prueba de oro para diagnóstico clínico de EA, por lo cual en este estudio, la constituye el consenso interdisciplinario. Se solicitan los exámenes complementarios los cuales incluyen imágenes (más para diagnóstico diferencial), TAC o RMN, según el caso.

Por lo general el paciente no muere de Alzheimer sino como consecuencia de un padecimiento agregado: neumonía, fallos cardiacos, respiratorios, etc.

ESTADIOS SUCESIVOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Estadio 1

Memoria

El enfermo olvida sus citas, las llamadas telefónicas, el nombre de las personas (relaciones o amigos), los objetos familiares. Comienza a tener problemas para seguir una conversación, se equivoca en sus cuentas, no paga las facturas.

Comportamiento

Está sujeto a bruscos cambios de humor. Monta en cólera cuando se da cuenta de que ha perdido sus llaves, cuando se percata de que ha perdido el control sobre los elementos que le rodean. Tiene tendencia a aislarse en un entorno familiar que conoce bien: sale menos y no quiere ver a sus amigos.

Lenguaje y comprensión

Aunque el enfermo continúe razonando y comunicándose bien con los otros, tiene, sin embargo, problemas para encontrar las palabras precisas; sus frases son más cortas; mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

Coordinación de gestos espontáneos y movimientos corporales

En esta fase de la EA, el enfermo todavía está bien. No se pierde y aún puede conducir, se viste solo y come bien.

Actividades cotidianas

Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas y continúa yendo a trabajar. De hecho, todavía no está afectado más que por pérdida de memoria.

Estadio 2

Memoria

La memoria reciente se altera progresivamente, el enfermo olvida los sucesos recientes. No se acuerda de lo que acaba de comer; acusa a sus amigos de abandonarlo porque no vienen a visitarlo. No puede asimilar o comprender los hechos nuevos: un matrimonio, el fallecimiento de un pariente. Sin embargo, el recuerdo de hechos lejanos persiste aunque los sitúe mal en el tiempo en que transcurrieron: el enfermo pide noticias de su madre fallecida recientemente o menciona a personas a las que no ha visto desde hace años.

Comportamiento

Este es el momento de las reacciones desmesuradas, es decir, violentas y desproporcionadas respecto al motivo que las ha desencadenado.

Puede acusar al familiar de robarle sino encuentra su monedero; monta en cólera e incluso se vuelve agresivo si se insiste para que se bañe; grita e intenta soliviantar a la gente cuando se le lleva en coche. Cuanto más depende de otros más se irrita.

Su fatiga aumenta y no hace nada sin que se le estimule. Experimenta miedos injustificados; un ruido, una cortina que se mueve o una luz pueden desencadenarlos.

Camina durante horas de un lado a otro. Se levanta durante la noche y prepara su maleta para volver a casa.

Lenguaje y comprensión

La comunicación con los demás se enlentece: habla menos, su vocabulario se empobrece, repite siempre las mismas frases durante horas. Cuando responde a las preguntas lo hace lentamente, buscando las palabras; no acaba las frases.

Coordinación de gestos

Cada vez es más difícil. Sus gestos son imprecisos: se abrocha mal los botones, sostiene mal su tenedor o su cuchillo. Pierde el equilibrio, lo que puede ser peligroso si en la casa hay escaleras. Se golpea con facilidad y las caídas son frecuentes. Enlentece sus movimientos y necesita que lo ayuden

para ir a su habitación o al baño. Pueden aparecer movimientos anormales como temblores, contracturas musculares o convulsiones.

Actividades cotidianas

Su creciente confusión hace que le resulte cada vez más difícil enfrentarse a la vida diaria. No es capaz de elegir ni entre sus ropas, ni entre los platos que pone en la mesa ni entre las etapas habituales de su baño o ducha: ¿cuándo desvestirse?, ¿cuándo enjabonarse?, ¿cuándo secarse?

Por otro lado pierde su autonomía ya que no puede conducir, ni viajar en metro o en autobús sin compañía. Se pierde incluso en un trayecto que le es familiar.

Puede dedicarse a actividades peligrosas para sí mismo y para los demás como abrir la llave del gas sin encenderlo, u olvidar su cigarrillo y prender fuego por accidente. Es decir, el enfermo debe ser vigilado las 24 horas del día, lo que significa que sus familiares deben prestarle atención constante.

Estadio 3

Memoria

El enfermo olvida los hechos recientes y pasados; no reconoce a su cónyuge o sus hijos. Sin embargo, conserva la memoria emocional. Se da cuenta de la persona que le cuida, le ayuda y le quiere.

Comportamiento

Su humor es imprevisible: grita, llora, se agita. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende una explicación.

Lenguaje y comprensión

El enfermo balbucea, repite palabras sin pie ni cabeza, y solo utiliza correctamente algunas palabras concretas. No comprende lo que se le dice.

Coordinación de los gestos

No controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. Le cuesta trabajo tragar. No controla los esfínteres y aparece incontinencia.

Actividades cotidianas

Han desaparecido totalmente. Con gran frecuencia permanece en la cama, lo que conduce a la aparición de escaras en los puntos de presión e infecciones respiratorias.

DEMENCIA VASCULAR

La demencia vascular, también llamada demencia multiinfarto, es la segunda causa de demencia en adultos, después de la enfermedad de Alzheimer. El término hace referencia a un grupo de enfermedades que provocan lesiones en el cerebro, por daño en los vasos sanguíneos del mismo. La causa más frecuente es la arterioesclerosis. El diagnóstico temprano es

importante para corregir los factores de riesgo implicados y evitar en lo posible la progresión de la enfermedad.

Los criterios internacionales de diagnóstico de acuerdo al DSM-IV TR son los que a continuación se detallan:

1) Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).

2) Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:

- Afasia (alteración del lenguaje)

- Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función sensorial está intacta).

- Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función motora está intacta).

- Alteración de la actividad constructiva (por ejemplo: planificación, organización, secuenciación y abstracción)

Los déficits cognitivos en cada uno de los criterios 1 y 2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral y social.

ESCALAS DE DETECCIÓN DE DEMENCIA

El Mini-Mental State Examination (MMSE) desarrollado por Folstein en 1975 es seguramente la prueba más utilizada en los trabajos de investigación sobre DCL, por lo que otras pruebas la toman como parámetro. Es una escala breve que explora las siguientes funciones: orientación, memoria, fijación,

lenguaje, atención y cálculo. Su aplicación en promedio requiere cinco a diez minutos. ¹⁹

La puntuación máxima de la escala es 30 puntos. Los siguientes puntajes se consideran:

- 27 puntos o más: normal
- 26 y 25 puntos: sospecha patológica
- 24 a 13 puntos: deterioro cognitivo
- 12 a 9 puntos: demencia
- 5 puntos o menos: fase terminal, no se reconoce el mismo.

Tiene una buena correlación con otros tests de detección de DCL, como es la Escala de Blessed (1968), la cual es una prueba que valora el estado funcional de las actividades de la vida diaria del paciente, siendo más objetivas las preguntas de la escala, ya que el cuestionario está dirigido hacia quienes conviven o cuidan al paciente (familiar o cuidador). Esto le brinda al clínico, una información de gran ayuda para determinar cambios en los hábitos y deterioro funcional del paciente. ²⁰

El test evalúa actividades básicas tales como comer, vestirse, control de esfínteres y actividades instrumentales como capacidad de realizar tareas domésticas o manejar dinero, etc.

La versión original de la escala de demencia de Blessed consta de tres partes. La primera es sobre cambios en la ejecución de actividades de la vida diaria, la segunda sobre modificaciones en los hábitos, mientras que la tercera se refiere a las alteraciones en la personalidad, intereses y manejo de situaciones, es decir valora el comportamiento.

De tal manera que la escala de Blessed a través de la evaluación funcional nos brinda un panorama global y bastante acertado del estado mental del paciente que resulta ser muy interesante y útil.

Otro factor importante en esta escala es que al ser aplicada a una persona cercana al paciente la hace más objetiva, pues resulta claro que las pruebas que se auto aplican sólo son confiables en población cognitivamente intacta.

La puntuación máxima de esta escala es 28 puntos. Pudiéndose considerar a las personas con 4 puntos o más, como pacientes con deterioro cognitivo.

Por lo anteriormente mencionado, los médicos y profesionales de la salud mental, pueden utilizar estas dos escalas como parte de una evaluación global, cuando algún individuo se queje de problemas de memoria o cumpla alguno de los criterios diagnósticos de deterioro cognitivo.

PREVENCION DEL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS QUE PADECEN DEMENCIA

Actualmente, las terapias farmacológicas para el tratamiento del deterioro cognitivo en personas que padecen la enfermedad de Alzheimer en estadios leve y moderado, se complementan cada vez con mayor frecuencia en la práctica profesional con tratamientos no farmacológicos. El objetivo es el de minimizar el impacto neurodegenerativo de la enfermedad, dentro de un contexto de atención bio-psico-social y de promoción de calidad de vida y de bienestar.

El llamado "Taller de memoria", como un entrenamiento estructurado de la misma, es un tipo de tratamiento no farmacológico aplicado a enfermos de Alzheimer con estadio leve, que desde una intervención psicosocial, está siendo cada vez más aplicada en "centros de día terapéuticos" y "residencias asistenciales"

Lo que se pretende con este tipo de tratamiento, es enlentecer el curso de la enfermedad, facilitando el mantenimiento de la autonomía funcional del paciente durante el mayor tiempo posible, ayudando a una mejor adaptación a los cambios.

Por lo tanto, este tipo de terapia no farmacológica, realizada en grupos homogéneos, pretende resultar eficaz para el mantenimiento del enfermo en todos los niveles: cognitivo, conductual y funcional.

Cognitivo: se pretende estimular la memoria y las capacidades cognitivas relacionadas con la misma, a partir de las capacidades residuales de aprendizaje de estos enfermos, con técnicas de compensación y específicas sobre la memoria.

Conductual: se tiene en cuenta que otra de las alteraciones que desarrolla la persona enferma de Alzheimer, son los cambios en el comportamiento y en la personalidad, puesto que se muestran irritables y con cambios de humor frecuentes, pudiéndose incluso aislarse de su entorno. La estimulación de la memoria realizada en grupos reducidos, pretende permitir el ajuste emocional de estos enfermos, funcionando como grupo de soporte y autoayuda, existiendo una interacción social entre los participantes del grupo.

Funcional: se pretende un mantenimiento de las actividades cotidianas que hacían los pacientes, antes de caer en la enfermedad.

Problemática:

Debido a que muchas investigaciones científicas, a lo largo del tiempo, han determinado que la gran mayoría de las veces, los pacientes con patologías demenciales han cursado anteriormente con síntomas no detectados de deterioro cognitivo leve, el propósito de este trabajo de investigación es determinar ¿Es posible detectar precozmente pacientes que padecen DCL, en una población de la tercera edad en la ciudad de Rosario?

Objetivos

Objetivos Generales

- Detectar deterioro cognitivo leve en adultos mayores, que concurren al Centro de Día “Centro Castilla”, al geriátrico “Residencial Villa Hortensia” y a pacientes tomados al azar en hospitales, sanatorios, familiares, vecinos que no tengan diagnóstico previo de demencia y que residan en la ciudad de Rosario.

Objetivos Específicos

- Determinar grado de incidencia de pacientes con DCL sobre el total de la muestra en estudio.

- Evaluar la orientación temporal, la orientación espacial, la fijación, el cálculo, el recuerdo y el lenguaje de los pacientes encuestados en este trabajo de investigación, mediante una batería sencilla de preguntas, que pertenecen a una escala de gran validación psiquiátrica, llamada Mini Mental State Examination (MMSE).

- Determinar si hay cambios en la ejecución de las actividades diarias, evaluar si existen modificaciones en los hábitos y si hay alteraciones de personalidad y conducta de los pacientes encuestados, que cumplen criterios de población de tercera edad, bajo la utilización de una escala de detección de deterioro cognitivo leve, denominada Escala de Blessed.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde la población a estudiar fueron 90 pacientes, provenientes del Geriátrico “Residencial Villa Hortensia”, Institución situada en calle Superí 794 de la ciudad de Rosario, Santa Fe, personas de la tercera edad que concurrían al Centro de día “Centro Castilla”, ubicado en calle Pago Largo 197 de la ciudad de Rosario, Santa Fe, y pacientes que fueron tomados al azar de sanatorios, hospitales, familiares y vecinos, que cumplían criterios etarios de pacientes de la Tercera Edad y mostraban predisposición para responder los cuestionarios de detección de deterioro cognitivo leve.

Criterios de inclusión:

- Edad entre 65 y 90 años
- Pacientes con capacidad de escuchar y responder las preguntas que se les va a realizar.
- Pacientes sin diagnóstico de demencia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad demencial.
- Pacientes fuera del rango etario comprendido entre los 65 y 90 años
- Pacientes que no puedan escuchar ni responder adecuadamente
- Pacientes que se nieguen a participar de los cuestionarios.

Los tests fueron realizados durante el período comprendido entre el mes de Julio y el mes de Diciembre del año 2014.

Los datos se recolectaron a través de dos cuestionarios sencillos y validados por investigaciones en la detección precoz del deterioro cognitivo leve (Cuestionario Mini-Mental y la Escala de Blessed), de carácter voluntario y anónimo (ver anexos) para el paciente (Cuestionario Mini-Mental) y su familiar/cuidador (Escala de Blessed).

Se estudiaron las siguientes variables:

Grado de incidencia: normal, sospecha patológica, deterioro cognitivo

Sexo: femenino y masculino

Edad: 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 años

En base a la escala Mini Mental State Examination (MMSE)

- Orientación Temporal:

- . ¿En qué año estamos?: Incorrecta o Correcta
- . ¿En qué estación?: Incorrecta o Correcta
- . ¿En qué día (fecha)?: Incorrecta o Correcta
- . ¿En qué mes? Incorrecta o Correcta
- . ¿En qué día de la semana? Incorrecta o Correcta

- Orientación Espacial:

- . ¿En qué hospital/lugar estamos?: Incorrecta o Correcta
- . ¿En qué piso/sala?: Incorrecta o Correcta

- . ¿En qué pueblo/ciudad?: Incorrecta o Correcta
- . ¿En qué provincia estamos?: Incorrecta o Correcta
- . ¿En qué país?: Incorrecta o Correcta

- Fijación:

- . 1° Palabra: Incorrecta o Correcta
- . 2° Palabra: Incorrecta o Correcta
- . 3° Palabra: Incorrecta o Correcta

- Atención-Cálculo:

- . 30: Incorrecta o Correcta
- . $30-3=27$: Incorrecta o Correcta
- . $27-3=24$: Incorrecta o Correcta
- . $24-3=21$: Incorrecta o Correcta
- . $21-3=18$: Incorrecta o Correcta

- Recuerdo:

- . 1° Palabra: Incorrecta o Correcta
- . 2° Palabra: Incorrecta o Correcta
- . 3° Palabra: Incorrecta o Correcta

- Lenguaje: se evaluó la capacidad de

- . Denominación (lápiz): Incorrecta o Correcta
- . Denominación (reloj): Incorrecta o Correcta
- . Repetición: Incorrecta o Correcta

- . Orden 1: Incorrecta o Correcta
- . Orden 2: Incorrecta o Correcta
- . Orden 3: Incorrecta o Correcta
- . Lectura: Incorrecta o Correcta
- . Escritura: Incorrecta o Correcta
- . Copia: Incorrecta o Correcta

En base a la Escala de Blessed:

- Cambios en la ejecución de las actividades diarias:

- Incapacidad para realizar tareas domésticas: Ninguna, Parcial o Total
- Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero: Ninguna,

Parcial o Total

- Incapacidad para recordar listas cortas de elementos: Ninguna, Parcial o

Total

- Incapacidad para orientarse en casa: Ninguna, Parcial o Total
- Incapacidad para orientarse en calles familiares: Ninguna, Parcial o Total
- Incapacidad para valorar el entorno: Ninguna, Parcial o Total
- Incapacidad para recordar hechos recientes: Ninguna, Parcial o Total
- Tendencia a rememorar el pasado: Ninguna, Parcial o Total

Las puntuaciones son 1, 0.5 y 0, significando la puntuación 1 (incapacidad total), la puntuación 0.5 (incapacidad parcial), y la puntuación 0 (función

normal). Para facilitar la comprensión, una puntuación de 0.5 se tomó como "menor dificultad" y una puntuación de 1 como "gran dificultad".

-Cambios en los hábitos:

- Cambios en el comer:

- . 0 Limpiamente, con los cubiertos adecuados
- . 1 Desaliñadamente
- . 2 Sólidos solamente
- . 3 Ha de ser alimentado

- Cambios en el vestir:

- . 0 Se viste sin ayuda
- . 1 Fallos ocasionales (ej: en el abotonamiento)
- . 2 Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestido
- . 3 Incapaz de vestirse

- Control de esfínteres:

- . 0 Normal
- . 1 Incontinencia urinario ocasional
- . 2 Incontinencia urinaria frecuente
- . 3 Doble incontinencia (fecal y urinaria)

La puntuación de estos tres ítems oscila entre 0-3. Se toma a la puntuación de 0 como "ninguna dificultad", 1 y 2 como "menor dificultad" y 3 como "gran dificultad".

- Cambios en la personalidad/conducta:

- Retraimiento creciente: Ausente o Presente
- Egocentrismo aumentado: Ausente o Presente
- Pérdida de interés por los sentimientos de los otros: Ausente o Presente
- Afectividad embotada: Ausente o Presente
- Perturbación del control emocional: Ausente o Presente
- Hilaridad inapropiada: Ausente o Presente
- Respuesta emocional disminuida: Ausente o Presente
- Indiscreciones sexuales de aparición reciente: Ausente o Presente
- Falta de interés en las aficiones habituales: Ausente o Presente
- Disminución de la iniciativa o apatía progresiva: Ausente o Presente
- Hiperactividad no justificada: Ausente o Presente

La puntuación es 1 o 0, significando 1 la aparición del cambio de personalidad o conducta correspondiente. La puntuación 0 significa que no aparecen estos cambios.

Los datos obtenidos fueron procesados en una planilla de cálculos de Microsoft Excel y se los tabuló para su presentación. Para su análisis se efectuaron tablas, gráficos y pruebas estadísticas.

Resultados Estadísticos

Teniendo en cuenta el primer cuestionario (**Mini-Mental**), el cual es realizado al mismo paciente, los resultados obtenidos fueron que el 57% de los encuestados obtuvo un puntaje mayor o igual a 27, lo cual hace que pertenezcan a la categoría de "Normal". El 12% presentó un puntaje igual a 26 ó 25, mostrando una Sospecha patológica, y el 31% restante presentó un puntaje en el rango de 24 a 13 puntos, lo cual indica la presencia de un Deterioro cognitivo (Gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentaje de encuestados según categoría en función del puntaje obtenido en el cuestionario "Mini-Mental".

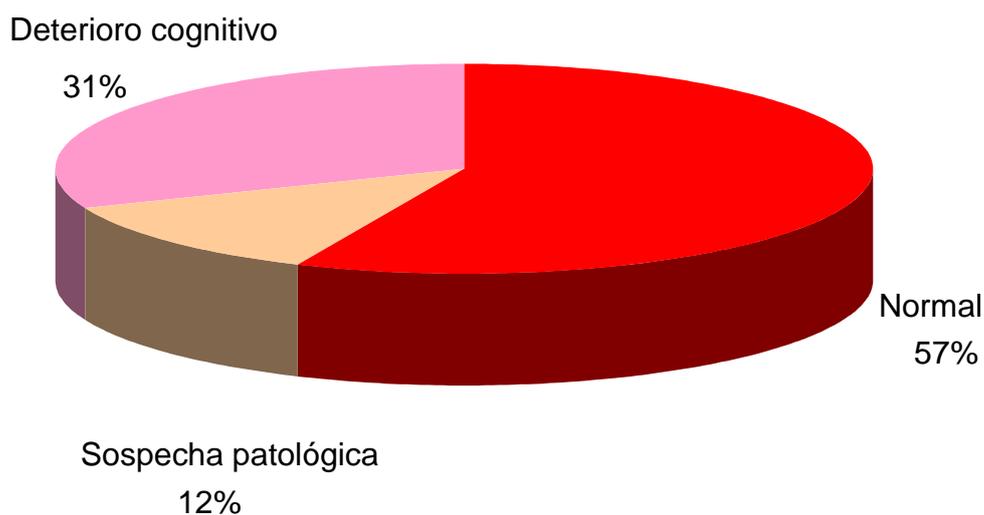


Tabla 1. Distribución de encuestados según sexo y categoría en función del puntaje obtenido en el cuestionario “Mini Mental”.

Sexo	Categoría Mini-Mental		
	Normal	Sospecha patológica	Deterioro cognitivo
Femenino	64,7%	63,6%	60,7%
Masculino	35,3%	36,4%	39,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Se observa una marcada prevalencia del sexo femenino, en las tres categorías estudiadas (Normal, Sospecha patológica y Deterioro Cognitivo).

Tabla 2. Distribución de encuestados según grupo etario y categoría en función del puntaje obtenido en el cuestionario “Mini Mental”.

Grupo etario	Categoría Mini-Mental		
	Normal	Sospecha patológica	Deterioro cognitivo
65 a 69	21,6%	0,0%	14,3%
70 a 74	25,5%	36,4%	10,7%
75 a 79	23,5%	18,2%	7,1%
80 a 84	19,6%	27,3%	39,3%
85 a 89	9,8%	18,2%	28,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Dentro de los pacientes catalogados con DCL, el rango etario más afectado fue el de 80 a 84 años, seguido por el de 85 a 89 años.

Tabla 3. Distribución de encuestados con DCL (n=28) según respuesta correcta o incorrecta en la sección “Orientación temporal” en el cuestionario “Mini-Mental”.

Respuesta	Orientación Temporal				
	¿En qué año estamos?	¿En qué estación?	¿En qué día (fecha)?	¿En qué mes?	¿En qué día de la semana?
Incorrecta	35,71%	27,80%	25,60%	12,20%	17,80%
Correcta	64,29%	72,20%	74,40%	87,80%	82,20%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Con respecto a la sección Orientación Temporal, las preguntas que mostraron mayor prevalencia de respuestas correctas fueron: ¿en qué mes? Y ¿en qué día de la semana?

Tabla 4. Distribución de encuestados con DCL (n=28) según respuesta correcta o incorrecta en la sección “Orientación espacial” en el cuestionario “Mini-Mental”.

Respuesta	Orientación Espacial				
	¿En qué hospital/lugar estamos?	¿En qué piso/sala?	¿En qué pueblo/ciudad?	¿En qué provincia?	¿En qué país?
Incorrecta	21,43%	42,86%	7,14%	32,14%	10,71%
Correcta	78,57%	57,14%	92,86%	67,86%	89,29%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

En cuanto a la Orientación Espacial, las preguntas que mostraron mayor prevalencia de respuestas correctas fueron: en primer lugar ¿En qué pueblo/ciudad?, en segundo lugar ¿En qué país?, y en tercer lugar ¿En qué hospital/lugar estamos?.

Tabla 5. Distribución de encuestados con DCL (n=28) según respuesta correcta o incorrecta en la sección “Fijación-recuerdo inmediato” en el cuestionario “Mini-Mental”.

Respuesta	Fijación - Recuerdo inmediato		
	1º palabra	2º palabra	3º palabra
Incorrecta	3,57%	14,29%	7,14%
Correcta	96,43%	85,71%	92,86%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

En lo concerniente a la Fijación-Recuerdo Inmediato, la mayoría de los encuestados obtuvieron altísimas respuestas correctas en la 1º, 2º y 3º palabra mencionadas por el encuestador.

Tabla 6. Distribución de encuestados con DCL (n=28) según respuesta correcta o incorrecta en la sección “Atención-cálculo” en el cuestionario “Mini-Mental”.

Respuesta	Atención - Cálculo				
	30	30-3=27	27-3=24	24-3=21	21-3=18
Incorrecta	0,00%	39,29%	64,29%	50,00%	78,57%
Correcta	100,00%	60,71%	35,71%	50,00%	21,43%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

En referencia a la categoría Atención-Cálculo, la operación (27-3=24 y 21-3=18) evidenció mayor porcentaje de respuestas incorrectas.

Tabla 7. Distribución de encuestados con DCL (n=28) según respuesta correcta o incorrecta en la sección “Recuerdo” en el cuestionario “Mini-Mental”.

Respuesta	Recuerdo		
	1º palabra	2º palabra	3º palabra
Incorrecta	39,29%	64,29%	71,43%
Correcta	60,71%	35,71%	28,57%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

En la categoría Recuerdo, se puede observar mayor predominio de respuestas incorrectas en la 3º y 2º palabra mencionadas anteriormente.

Tabla 8. Distribución de encuestados con DCL (n=28) según respuesta correcta o incorrecta en la sección “Lenguaje” en el cuestionario “Mini-Mental”.

Respuesta		Incorrecta	Correcta	Total
Lenguaje	Denominación (lápiz)	0,00%	100,00%	100,00%
	Denominación (reloj)	3,57%	96,43%	100,00%
	Repetición	25,00%	75,00%	100,00%
	Órdenes 1	10,71%	89,29%	100,00%
	Órdenes 2	32,14%	67,86%	100,00%
	Órdenes 3	35,71%	64,29%	100,00%
	Lectura	25,00%	75,00%	100,00%
	Escritura	71,43%	28,57%	100,00%
	Dibujo	71,43%	28,57%	100,00%

Con respecto al lenguaje, se encuentra un mayor predominio de dificultad para realizar las actividades de Escritura y Copia, mientras que para la Denominación, Repetición, cumplimiento de órdenes y Lectura, la mayoría de las respuestas son correctas.

Tabla 9. Funciones cognitivas afectadas en pacientes con DCL (n=28), según respuesta correcta o incorrecta, en base al cuestionario “Mini-Mental”.

Función	Cantidad	Porcentaje
Orientación	18	64,29%
Fijación/Memoria inmediata	4	14,29%
Recuerdo/Memoria mediata	24	85,71%
Atención y cálculo	25	89,29%
Lenguaje	25	89,29%

En cuanto a las funciones cognitivas, la menos afectada es la Fijación/Memoria Inmediata.

Basándonos ahora en los resultados del segundo cuestionario (**Escala de Blessed**) el cual es realizado a un familiar o cuidador de la persona en estudio, se arribó a que un 48% de los encuestados obtuvo un puntaje mayor o igual a 4, lo cual indica que dichos encuestados presentan un deterioro cognitivo. El restante 52% obtuvo un puntaje menor a 4, esto nos dice, según la Escala de Blessed que el encuestado pertenece a la categoría de “Normal”. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de encuestados según categoría en función del puntaje obtenido en el cuestionario “Escala de Blessed”.

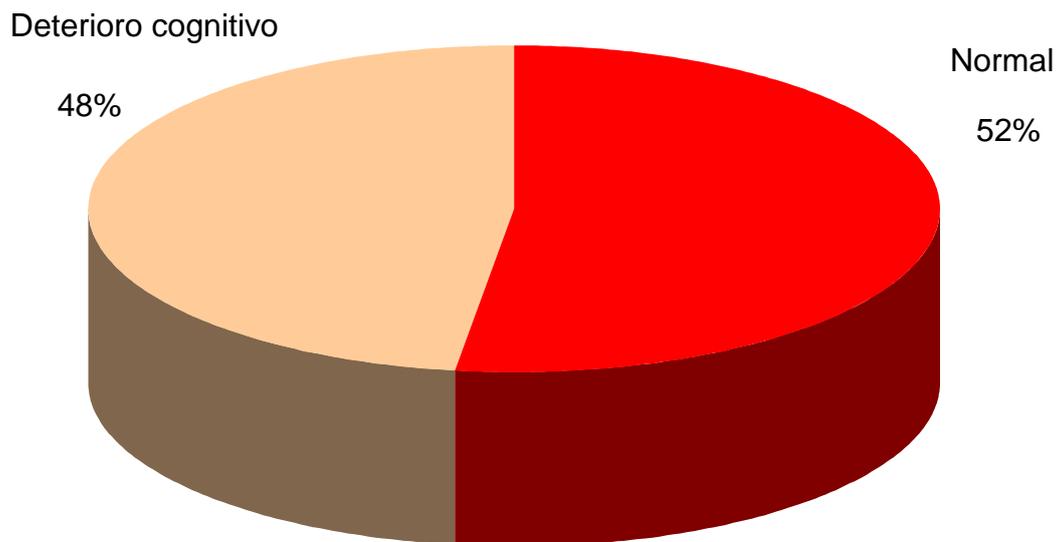


Tabla 10. Distribución de encuestados con DCL (n=43) según niveles obtenidos en la sección “Cambios en la ejecución de actividades diarias” en el cuestionario “Escala de Blessed”.

Donde las actividades correspondientes son:

1. Incapacidad para realizar tareas domésticas.
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero.
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos.
4. Incapacidad para orientarse en casa.
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares.
6. Incapacidad para valorar el entorno.
7. Incapacidad para recordar hechos recientes.
8. Tendencia a rememorar el pasado.

Estado		Ninguna	Parcial	Total	Total
Cambio en la ejecución de actividades diarias	1	41,90%	23,30%	34,90%	100,00%
	2	39,50%	41,90%	18,60%	100,00%
	3	41,90%	48,80%	9,30%	100,00%
	4	65,10%	34,90%	0,00%	100,00%
	5	48,80%	37,20%	14,00%	100,00%
	6	76,70%	23,30%	0,00%	100,00%
	7	62,80%	30,20%	7,00%	100,00%
	8	55,80%	27,90%	16,30%	100,00%

En la categoría “Cambios en la ejecución de las actividades diarias”, se visualiza que la incapacidad para realizar tareas domésticas y para el uso de pequeñas cantidades de dinero, son las dos características que presentan mayor porcentaje de pacientes con total invalidez.

Tabla 11. Distribución de encuestados con DCL (n=43) según niveles obtenidos en la sección “Cambios en los hábitos” en el cuestionario “Escala de Blessed”.

Donde las características correspondientes para Cambios al comer son:

- 0 Limpiamente, con los cubiertos adecuados
- 1 Desaliñadamente
- 2 Sólidos solamente
- 3 Ha de ser alimentado

Las características de Cambios al vestir son:

- 0 Se viste sin ayuda
- 1 Fallos ocasionales (ej.: en el abotonamiento)
- 2 Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestido
- 3 Incapaz de vestirse

Las características en el control de esfínteres son:

- 0 Normal
- 1 Incontinencia urinario ocasional
- 2 Incontinencia urinaria frecuente
- 3 Doble incontinencia (fecal y urinaria)

Se califica al puntaje 0 como “ninguna dificultad”, 1 y 2 como “parcial o menor dificultad”, mientras que 3 representa “gran dificultad”

Puntos	Cambios en los hábitos		
	Cambios en el comer	Cambios en el vestir	Control de esfínteres
0	55,8%	51,2%	20,9%
1	30,2%	34,9%	46,5%
2	11,6%	11,6%	25,6%
3	2,3%	2,3%	7,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

En la sección “Cambios en los hábitos”, los pacientes que muestran mayor porcentaje de parcial dificultad (puntaje 1 y 2) y de total dificultad (puntaje 3) son los que pertenecen a Control de esfínteres.

Tabla 12. Distribución de encuestados con DCL (n=43) según niveles obtenidos en la sección “Cambios de personalidad y conducta” en el cuestionario “Escala de Blessed”.

Donde las características correspondientes son:

- a. Retraimiento creciente.
- b. Egocentrismo aumentado.
- c. Pérdida de interés por los sentimientos de otros.
- d. Afectividad embotada.
- e. Aumento de susceptibilidad o irritabilidad.
- f. Hilaridad inapropiada.
- g. Respuesta emocional disminuida.
- h. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente).
- i. Falta de interés en las aficiones habituales.
- j. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva.
- k. Hiperactividad no justificada.

Estado		Ausente	Presente	Total
Cambios de personalidad y conducta	a	53,50%	46,50%	100,00%
	b	90,70%	9,30%	100,00%
	c	79,10%	20,90%	100,00%
	d	62,80%	37,20%	100,00%
	e	41,90%	58,10%	100,00%
	f	83,70%	16,30%	100,00%
	g	86,00%	14,00%	100,00%
	h	86,00%	14,00%	100,00%
	i	62,80%	37,20%	100,00%
	j	76,70%	23,30%	100,00%
	k	95,30%	4,70%	100,00%

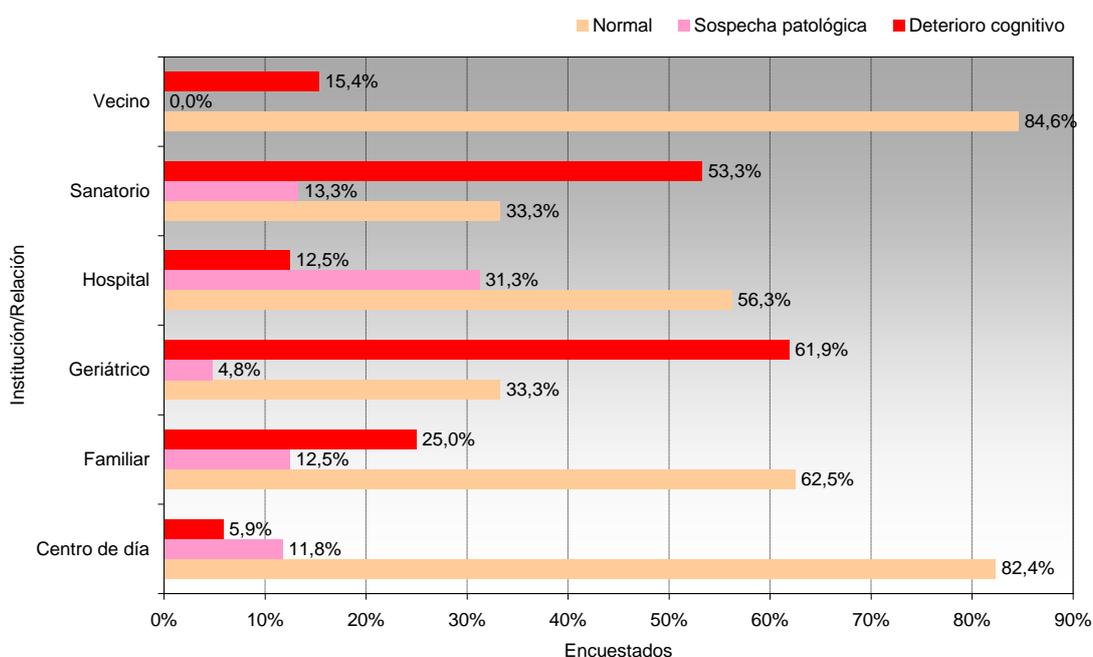
En referencia a los “Cambios de personalidad y conducta”, se puede observar que el “Aumento de susceptibilidad o irritabilidad”, es la única de las características evaluadas, en que más de la mitad de los pacientes encuestados con DCL, tienen “Presente” dicho cambio en su personalidad-conducta.

Tabla 13. Porcentaje de encuestados según institución a la que asiste/pertenece o relación con el estudiante.

Institución/relación	Frecuencia relativa porcentual
Centro de día	18,90%
Familiar	8,90%
Geriátrico	23,30%
Hospital	17,80%
Sanatorio	16,70%
Vecino	14,40%
Total	100,00%

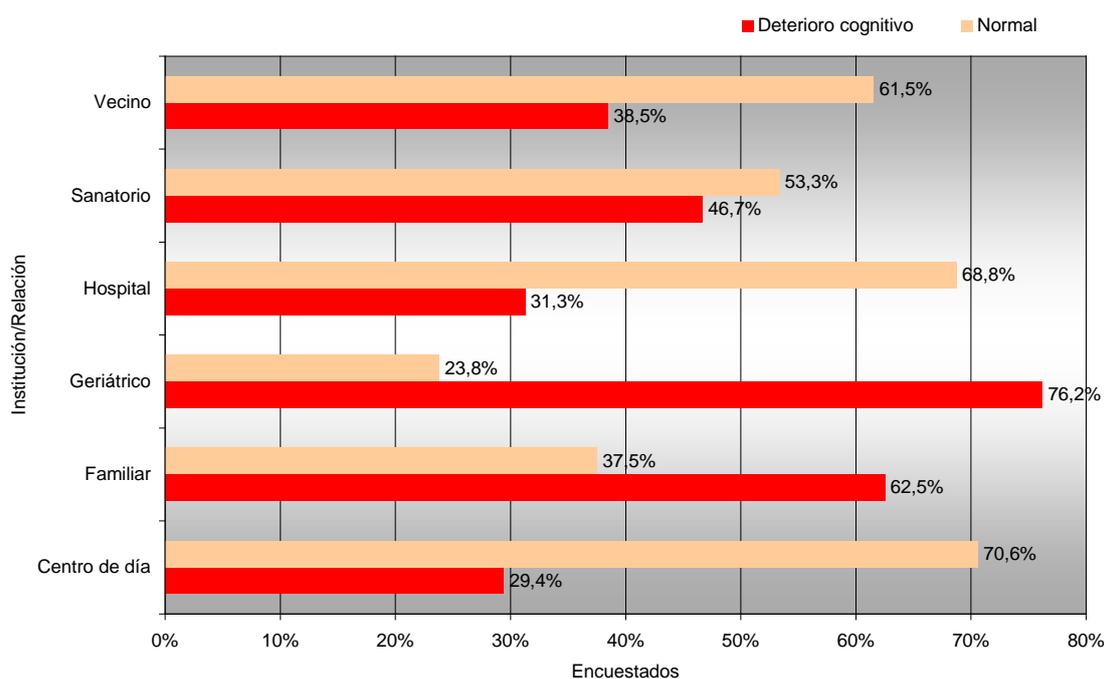
La mayor cantidad de encuestas se realizaron en Geriátrico, Centro de Día, Hospital, Sanatorio, Vecino y Familiar, por orden de mayor a menor cantidad de pacientes entrevistados.

Gráfico 3. Porcentaje de encuestados según Institución/relación y categoría en función del puntaje obtenido en el cuestionario “Mini-Mental”.



Como se puede apreciar en el Gráfico 3, los mayores porcentajes (superiores al 55%) de encuestados en categoría “Normal” corresponden a aquellos que asisten a Centros de día (82,4%), o bien, son vecinos (84,6%) o familiares (62,5%). Los mayores porcentajes con “Deterioro cognitivo leve” corresponden a encuestados en Geriátrico (61,9%), mientras que el menor porcentaje con “Deterioro cognitivo leve” corresponde a encuestados en Centro de día (5,9%). Esto marca una clara perspectiva.

Gráfico 4. Porcentaje de encuestados según Institución/relación y categoría en función del puntaje obtenido en el cuestionario “Escala de Blessed”.



Si se observa el Gráfico 4, los mayores porcentajes (superiores al 50%) de encuestados en categoría “Normal” corresponden a aquellos que asisten a Centros de día (70,6%). Mientras que los mayores porcentajes con “Deterioro cognitivo leve” corresponden a encuestados en Geriátricos (76,2%), lo cual marca una clara tendencia.

Discusión

La escala Mini Mental State Examination (MMSE) tiene como limitante principal el estar influenciada por algunos factores demográficos como sexo y edad. Los resultados de este estudio revelan que de un total de 90 pacientes encuestados, el 31%, es decir 28 sujetos, fueron diagnosticados con DCL, de los cuales el sexo predominante fue el femenino con el 60,7% y el rango etario más afectado fue el de 80 a 84 años (39,3%), seguido por el de 85 a 89 años (28,6%). Sin embargo, en un estudio realizado por González et al. en la Ciudad de La Habana, Cuba, titulado “Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa”, de 297 pacientes encuestados, 41 pacientes presentaron deterioro cognitivo (13,8 %). El sexo femenino fue el más afectado (68,3 %), mientras que con respecto al rango etario, el grupo de edad de 85-89 años fue el más prevalente (24,4%), seguido por el grupo de 75-84 años (19,5 %).²¹

En un trabajo titulado “Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados”, realizado en la Residencia de Mayores José Matía Calvo de la ciudad de Cádiz, España, se tomó una muestra de 55 pacientes, de los cuales hubo también un predominio de los pacientes de sexo femenino (28,6%), sobre los de sexo masculino (25%), con diagnóstico de DCL.²²

Con respecto a la evaluación de la Orientación, tanto Temporal como Espacial, se encontró en esta investigación, que un 64,29% de los pacientes con DCL, tenían afectada esta característica. Mientras que en un estudio realizado en el policlínico Primero de Enero, Municipio La Playa, Cuba, titulado

“Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo”, la Orientación se encontró afectada en 96,2% de los casos. ²³ Aquí podemos observar una diferencia significativa entre los resultados hallados en ambos estudios.

Situándonos en la determinación de Fijación/Memoria Inmediata, el 14,29% de los encuestados afectados con DCL, repitió incorrectamente alguna o algunas de las tres palabras mencionadas. Este valor se asemeja al de un tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores, ejecutado en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de la ciudad de Chiclayo, Perú, realizado en el período de abril-septiembre del 2011. Allí, el 10,31% de un total de 97 pacientes con DCL, repitieron incorrectamente las palabras mencionadas. En base a estos resultados, podemos decir que la Fijación o Recuerdo Inmediato, es una de las características que tienen menos porcentajes de afectados, en las personas que sufren DCL. ²⁴

En cuanto a la capacidad de Atención y Cálculo, en este trabajo de investigación, el 89,29% de los pacientes con DCL, resultaron tener esta función cognitiva alterada. En este sentido, un estudio realizado en una población de ancianos, que residen las provincias de: Las Tunas, Granma, Ciudad de la Habana, Holguín y Camagüey, titulado “Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba”, arrojó resultados muy similares en cuanto al porcentaje de pacientes diagnosticados con DCL, que vieron afectados su capacidad de Atención y Cálculo. Dichos valores fueron 90,2%, 64,9%, 93,4%, 93,5% y 97,8% respectivamente. ²⁵

Con respecto al Recuerdo o Memoria Mediata, se le preguntó al encuestado por las tres palabras mencionadas anteriormente en el momento

que se evaluó la Fijación o Memoria Inmediata. Aquí el 85,71% de los pacientes con DCL, olvidó alguna o algunas de las tres palabras nombradas anteriormente. Un porcentaje aún mayor se obtuvo en el trabajo de investigación antes mencionado, “Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa”, en el cuál de una muestra de 41 pacientes con DCL, el 100% de estos pacientes, vio afectada severamente su capacidad de Recuerdo o Memoria Mediata.

En relación a la característica denominada Lenguaje, se evaluó la capacidad de denominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y por último de dibujo. Aquí, los resultados de la encuesta de este trabajo en cuestión, también fueron negativos, teniendo en cuenta que el 89,29% de los ancianos mayores diagnosticados con DCL, fallaron en algún o algunos de los parámetros valorados para medir la habilidad en el Lenguaje. Lo mismo ocurrió en el estudio titulado “Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo”, realizado en el policlínico “Primero de Enero”, Municipio La Playa, Cuba. En este último, de una muestra de 27 pacientes con DCL, 23 de ellos, es decir el 85,1% de los encuestados, también tuvieron falencias al momento de responder el cuestionario relativo al lenguaje.

En virtud de los valores totales del presente trabajo de investigación, según la escala Mini-Mental, se puede afirmar que el Lenguaje (89,3%) y la Atención/Cálculo (89,3%) fueron las características más afectadas, seguidas por el Recuerdo o Memoria Mediata (85,7%), luego por la Orientación (64,3%) y por último, se vio muy poco afectada la Fijación o Memoria Inmediata (14,3%).

En comparación, un estudio titulado “Impacto de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología”, realizado en la ciudad de San José de Costa Rica, (período febrero 2007 a agosto de 2008), documentó 46 pacientes con diagnóstico de DCL, de un total de 386 pacientes que habían sido atendidos en la Clínica de Memoria en ese periodo. De ese total de sujetos con DCL, se descartaron 3 por no tener todos los requisitos de inclusión y 4 por no asistir a la terapia propuesta, lográndose incluir en la investigación a 39 pacientes, de los cuales 12 recibieron terapia de estimulación cognitiva y 27 no la recibieron. Basándome en estos últimos 27 pacientes que no recibieron estimulación cognitiva (al igual que los pacientes encuestados de este trabajo de investigación), los valores del Mini Examen Mental determinaron que los dominios afectados con mayor frecuencia fueron la Fijación o Recuerdo inmediato y la Orientación.²⁶ Aquí se puede observar una diferencia muy significativa entre los resultados hallados en ambos estudios.

En contraposición con el presente trabajo de investigación, otros estudios mencionados a continuación, también tuvieron alguna o algunas diferencias en el orden de prevalencia de las funciones cognitivas afectadas.

En el tamizaje de deterioro cognitivo leve efectuado en Chiclayo, la modalidad más alterada resultó ser Atención-Cálculo (75,3%), en segundo lugar el Recuerdo/Memoria Mediata o Evocación (62,9%), en tercer lugar el Lenguaje (53,6%), siguiendo por la Orientación (46,4%) y por la Fijación/Memoria Inmediata o Registro (10,3%).

En cuanto al estudio titulado “Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba”, en Ciudad de la Habana el 93,4%, el 87,6% y el 77,3% tuvieron alteraciones en la Atención-Cálculo, el Recuerdo y la Orientación respectivamente. Igual ocurrió en Camagüey con valores de 97,8%, 94,2% y 82,7% con afectaciones de Atención-Cálculo, Recuerdo y Orientación respectivamente. Valores similares se obtuvieron en las provincias de Las Tunas y Holguín, con el mismo orden de modalidades afectadas. Resultados diferentes acontecieron en Granma, en donde los rasgos más afectados fueron el Recuerdo con el 90,2%, la Atención-Cálculo con el 64,9% y en tercer lugar la Fijación con el 51,4%.

En referencia a la escala de Blessed (EB), su utilidad se basa en que es una prueba que evalúa el estado funcional de las actividades de la vida diaria del paciente, resultando más objetiva que la escala Mini Mental, debido a que el cuestionario está dirigido hacia quienes conviven o cuidan al paciente en estudio (familiar o cuidador). Esto le brinda al clínico, una información de gran ayuda para determinar cambios en los hábitos y deterioro funcional del paciente. Vale la pena destacar que los resultados de este trabajo de investigación, determinaron de un 48% de los pacientes en estudio, pertenecen a la categoría de Deterioro Cognitivo Leve. Algo semejante ocurrió, en un estudio denominado “Prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna” el cual fue realizado en el Hospital de Mataró (Barcelona). Aquí según esta escala, de una muestra tomada de 100 pacientes mayores de 70 años, elegidos de forma aleatoria, un 43% tuvo una puntuación compatible con DCL.²⁷ Todo lo contrario sucedió en otro estudio denominado “Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y

sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años” en donde de 927 sujetos encuestados, solamente un 18,1% pertenecieron a la categoría de DCL, en tanto que el 89,1% restante fue catalogado como pacientes sin DCL.²⁸

La EB, a su vez está compuesta por tres subescalas, que evalúan cambios en la ejecución de las actividades diarias, cambios en los hábitos y cambios de personalidad-conducta en los pacientes encuestados.

En un trabajo científico denominado “Déficits funcionales en los pacientes con deterioro cognitivo leve”, realizado en el centro de investigación de la enfermedad de Alzheimer en California (ARCCS), durante el período 2006-2009, se tomó una muestra de 498 pacientes ya diagnosticados con DCL previamente, que se dividían en DCL amnésicos (392 pacientes) y DCL no amnésicos (106 pacientes).²⁹ Resulta de gran interés, comparar los valores estadísticos arrojados por el estudio californiano, con los de este trabajo, para conocer las variables demográficas de un país a otro y sacar conclusiones que nos permitan detectar de una forma aún más precoz a personas con DCL, que tengan posibilidades de caer en una demencia futura. En el caso de este estudio norteamericano, se va a tomar como parámetro, el número total de encuestados, es decir 498 pacientes, ya que realizar la clasificación en DCL amnésicos y DCL no amnésicos, no era objetivo del presente trabajo de investigación.

Al momento de empezar a describir las subescalas, la primera que se evalúa es la de cambios en la ejecución de las actividades diarias. Aquí, al momento de preguntarle al familiar/cuidador sobre si el paciente, tiene “Incapacidad para realizar tareas domésticas”, los resultados del estudio

norteamericano, determinaron que 100 pacientes (20,1%) tuvieron una menor o parcial dificultad, mientras que otros 22 (4,4%) tuvieron una mayor dificultad. Ahora bien, en este trabajo de investigación realizado en una población de la ciudad de Rosario, al momento de evaluar la ejecución de las tareas del hogar, fue similar el porcentaje de los pacientes con menor o parcial dificultad (23,3%), pero muy diferente el de incapacidad total (34,9%).

En cuanto a la “Incapacidad para orientarse en casa” y la “Incapacidad para valorar el entorno”, en este trabajo de investigación, por suerte no se registraron encuestados con total invalidez, pero sí se dieron mayores porcentajes de pacientes con parciales obstáculos para llevar a cabo estas tareas (en las dos características), en contraposición al estudio californiano.

Con respecto a la “Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero” y la “Incapacidad para orientarse en calles familiares”, en el estudio americano se obtuvieron menores porcentajes de parcial y total dificultad, en comparación a los valores de este trabajo de investigación.

Sin embargo, la “Incapacidad para recordar hechos recientes” y la “Incapacidad para recordar listas cortas de elementos” fueron las únicas características en la que se obtuvieron resultados de dificultades parciales y totales similares, entre un estudio y otro.

Vale la pena mencionar, que no se evaluó en este estudio americano, la característica “Tendencia a recordar el pasado”.

En la segunda subescala, se evalúa los cambios en los hábitos. En referencia a ella, al momento de medir el “Control de esfínteres”, en la tesis californiana se obtuvo un resultado de un 10% de los pacientes, catalogados como sujetos con menores dificultades (Incontinencia urinaria ocasional más

Incontinencia urinaria frecuente), y un 1,2% de los encuestados como individuos con grandes dificultades (Doble incontinencia: fecal y urinaria). Muy diferentes fueron los resultados de este estudio, en el cual un 46,5% presentó Incontinencia urinaria ocasional, un 25,6% presentó Incontinencia urinaria frecuente y un 7% presentó Doble Incontinencia. En relación a los “Cambios en el comer” y “Cambios en el vestir”, en el estudio norteamericano se obtuvieron porcentajes de incapacidad muy bajos, en comparación a los valores que arrojó este estudio de investigación.

Con respecto a la tercera subescala, que evalúa “Cambios de personalidad y conducta”, el estudio realizado en el centro de investigación de la enfermedad de Alzheimer en California (ARCCS), no analizó dicha propiedad. Tampoco se obtuvieron trabajos relevantes, que midieran los cambios de personalidad y conducta.

Conclusión

Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL).

El sexo femenino tiene una mayor prevalencia de presentarlo a partir de los 80 años.

Dentro de las funciones cognitivas, las más afectadas fueron el Lenguaje y la Atención/Cálculo, seguidas por el Recuerdo/Memoria Mediata, luego por la Orientación y por último, se vio muy poco afectada la Fijación/Memoria Inmediata.

En relación a la “afectación parcial” de las actividades diarias de los pacientes con DCL podemos mencionar como más representativas la incapacidad para recordar listas cortas de elementos y para el uso de pequeñas cantidades de dinero. Mientras que para la “afectación total” de las actividades diarias, se encontraron mayores dificultades en la realización de tareas domésticas.

En referencia a los cambios en los hábitos, las mayores y más graves alteraciones que sufren los pacientes diagnosticados con DCL, tienen que ver con el Control de esfínteres, hecho que marca la evolución de la enfermedad y condiciona la autonomía personal del paciente. Es por ello, que estas personas necesitan la atención permanente del cuidador/familiar, debido a su incontinencia parcial o total.

La institución donde se encontraron más pacientes con DCL fue en el Geriátrico, mientras que el establecimiento donde se registraron menos pacientes con DCL, fue el Centro de día. Ésto en parte ocurre, porque en el

Centro de día se realizan talleres de estimulación cognitiva, que evidentemente le hacen muy bien a los ancianos; mientras que en el Geriátrico, estas actividades no se realizan.

Mientras la comunidad científica no encuentre un tratamiento específico para frenar la progresión del deterioro cognitivo leve y ésta siga siendo una de las afecciones más prevalentes en la población de la Tercera Edad a nivel mundial, es fundamental que los médicos estén capacitados en la detección precoz del deterioro cognitivo, para "garantizar" que la vejez, a pesar del declinar cognitivo, se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles.

Bibliografía:

- (1) Grundman M.; Petersen R.C.; Ferris S.H., Thomas R.G.; Aisen P.S.; Bennett D.A. et al. Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Archives of neurology*, **61** (2004): 59-66.
- (2) Petersen R; Smith GE; Waring SC; Ivnik RJ; Tangalos E y Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, **56** (1999): 303-308.
- (3) Kaplan, Harold. *Sinopsis de Psiquiatría*. Cap.10.3 Demencia. 2001 p. 373-392.
- (4) Blesa R.; Santacruz P. Mi paciente ¿envejece o tiene enfermedad de Alzheimer?. *Continua Neurológica*, **1** (1998): 17-33.
- (5) Arizaga RL; Gogorza RE; Allegri RF; Barman D; Morales MC; Harris P y Pallo V. Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Resultados del piloto del Estudio Ceibo (Estudio Epidemiológico Poblacional de Demencia). *Rev.Neurol.Arg*, **30** (2005): 83-90.

(6) Derouesné C; Alperovitch A; Arvay N; et al. Memory complaints in the elderly: A study of 367 community-dwelling individuals from 50 to 80 years old. *Arch Gerontology Geriatric*, **1** (1989): 151-163.

(7) Hogan DB; McKeith IG. Of MCI and dementia: Improving diagnosis and treatment. *Neurology*, **56** (2001): 1131-1132.

(8) Schaie KW; Willis SL. Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, **22** (1986): 223-32.

(9) Treff WM. *Das involutionsmuster des nucleus dentatus cerebelli*. In Altern. Platt, D. (ed). Stuttgart; 1974. p. 37-54.

(10) Reifler BV; Larson E. Excess disability in demented elderly outpatients. *The Rule of halves*. *JAGS*, **36** (1988): 82-83.

(11) Arboix, A. *Factores de riesgo cerebrovascular*. Jano (1999), p. 52-55.

(12) Kral VA. Neuropsychiatric observations in an old's people home. *J Geronto*, **13** (1958): 169-176.

(13) Gutierrez, L.M. (1996). *Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales*. México: Grupo de Consenso Nacional sobre el

Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales-Fundación Mexicana para la Salud.

(14) Baddeley A.; Hirsch G.J. *Recent Advances in learning and motivation*. Ed. G.A Bower. Vol.8. New York: Academic Press, 1974 p. 47-90.

(15) Moscovitch M, Winocour G. The Neuropsychology of memory and aging. In F.I.M. Craik & T.A. Salthouse (Eds), *The Handbook of aging and cognition*. 1992. p. 315-372.

(16) Montañés P.; Matallana D.; Jacquier M.; Pedraza O.; Cano C.; Quiroga F.; Arévalo A.M.; Rasovsky K. Perfiles clínicos de controles y pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev. Neurociencias en Colombia*, **5** (1996): 29-35.

(17) Letenneur L.; Gilleron V.; Commenges D.; Helmer C.; Orgogozo J.; Dartigues J. ¿Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *Journal neurol neurosurg psychiatry*, (1999); 177-83.

(18) Saunders A.M.; Strittmatter W.J.; Schmechel D. Association of Apolipoprotein E with late onset familial and sporadic Alzheimer's disease. *Neurology*, **43** (1993): 1467-1472.

(19) Folstein MF; Folstein SE; McHugh PR. "Mini-mental-State":a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*, **12** (1975): 189-198.

(20) Blessed G; Tomlinson B; Roth M. The association between quantitative measures of Dementia and of senile Change in the cerebral gray matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114 (1968): 797-811.

(21) González JL; Gómez Viera N; Marín Díaz ME. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa, *Rev. Cubana Med Gen Integr*, **22** (2006).

(22) Vallejo Sánchez JM; Rodríguez Palma M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Rev. Gerokomos*, **21** (2010).

(23) Gómez Viera N; Bonnin Rodríguez BM; Gómez de Molina Iglesias MT; Yáñez Fernández B; González Zaldívar A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev. cubana med*, **42** (2003).

(24) Chávez Romero LM; Núñez López IE. Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período abril-septiembre de 2011. *Revista Médica de Risaralda*, **20** (2014).

(25) Bayarre Veá HH; Pérez Piñero JS; Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba, 2000-2004. *Rev Cubana Salud Pública*, **34** (2008).

(26) Astorga GL; Miranda Valverde E; Corrales Campos LE. Impacto de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, febrero 2007- agosto de 2008. *Revista de la Asociación Costarricense de Ciencias Neurológicas A.C.C.N*, **25** (2012): 47-55.

(27) Marqués A; Rodríguez JP; Camacho OL. Prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. **21** (2004): 123-125.

(28) Cimadevilla Álvarez C. Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años: tesis doctoral. Santiago de Compostela: Universidade. Servizo de Publicacións e Intercambio Científico, 2008. 113-114.

(29) Weston A; Barton C; Lesselyong J; Yaffe K. Functional deficits among patients with mild cognitive impairment. *Alzheimers Dement*. **7** (2011): 611–614.

Anexos

Cuestionario Mini-Mental (MEEN)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Escala de Blessed (1968)

A. Cambios en la ejecución de las actividades diarias (máximo 8)

Item	Actividad	Total	Parcial	Ninguna
1	Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0,5	0
2	Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0
3	Incapacidad para recordar listas cortas de elementos	1	0,5	0
4	Incapacidad para orientarse en casa	1	0,5	0
5	Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0
6	Incapacidad para valorar el entorno	1	0,5	0
7	Incapacidad para recordar hechos recientes	1	0,5	0
8	Tendencia a rememorar el pasado	1	0,5	0
	TOTAL			

B. Cambios en los hábitos (máximo 9)

Item	Cumplimentación	Puntos
9	Cambios en el comer (Puntuar entre 0-3)	
	Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0
	Desaliñadamente, sólo con la cuchara	1
	Sólidos simples (galletas, etc.)	2
	Ha de ser alimentado	3
10	Cambios en el vestir (Puntuar entre 0-3)	
	Se viste sin ayuda	0
	Fallos ocasionales (p.ej. en el abotonamiento)	1
	Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestido	2
	Incapaz de vestirse	3
11	Control de esfínteres (Puntuar entre 0-3)	
	Normal	0
	Incontinencia urinaria ocasional	1
	Incontinencia urinaria frecuente	2
	Doble incontinencia (fecal y urinaria)	3
	TOTAL	

C. Cambios de personalidad y conducta (máximo 11)

Item	Característica	Presente	Ausente
12	Retraimiento creciente	1	0
13	Egocentrismo aumentado	1	0
14	Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15	Afectividad embotada	1	0
16	Aumento de susceptibilidad o irritabilidad	1	0
17	Hilaridad inapropiada	1	0
18	Respuesta emocional disminuida	1	0
19	Indiscrecciones sexuales (de aparición reciente)	1	0
20	Falta de interés en las aficiones habituales	1	0
21	Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
22	Hiperactividad no justificada	1	0
	TOTAL		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma.

Este estudio es conducido por Martín, Mariano Manuel, de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario, y la meta es la “detección precoz de deterioro cognitivo leve en la población de la Tercera Edad”.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. Esta información recolectada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Martín, Mariano. Fui informado que la meta de este estudio es la “detección precoz de deterioro cognitivo leve en una población de la Tercera Edad”.

Me han informado que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta en forma anónima, y que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

Firma del participante

Fecha