

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

SEDE REGIONAL ROSARIO



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Estudio poblacional sobre fallas mnésicas.

Autora: Maria Laura Alvarez

Tutora: Dra. Guadalupe Bruera

Fecha de entrega: septiembre de 2014

Mail del autor: mary_alvarez@hotmail.com

Índice

Índice	2
Resumen	3
Introducción.....	5
Marco teórico.....	8
Objetivos.....	29
Material y métodos.....	30
Resultados	33
Discusión.....	42
Conclusión.....	51
Bibliografía.....	54
Anexo encuesta.....	58

Resumen

Se llevó a cabo un estudio de base poblacional, analítico y de corte transversal, basado en 526 encuestas realizadas al azar, en el Barrio Centro de la ciudad de Granadero Baigorria, durante el período comprendido entre abril y julio de 2014, con el objetivo de cuantificar conocimientos con los que cuenta la población respecto a las fallas mnésicas.

Del total de los encuestados, el 81,2 % manifestó que, tener dificultad para hacer las cuentas y para reconocer caras de personas conocidas (prosopagnosia) en un individuo de 75 años, implica un trastorno de la función mnésica, mientras que, un 15,8% no ha encontrado un nexo entre ambas situaciones.

Por otra parte, un 48,3 %, no considera la enfermedad de Alzheimer de carácter hereditario, pero es alto el porcentaje (35,4 %) que sí cree que lo es, siendo notorio que, más de un cuarto de los encuestados (16,3 %), refirieron desconocer la relación entre Alzheimer y herencia.

Se hizo correlacionar la hipertensión arterial como factor de riesgo predisponente de trastornos cognitivos. Casi la mitad (46 %), no la consideró como un factor que predispone a la aparición de trastornos mnésicos, y un 18,3 % ha referido estar desinformado al respecto.

En cuanto a la relación del estrés con la memoria, el 85,4 % opina que el estrés afecta notablemente la función mnésica.

Por último, mientras un 64,6 % cree que, la práctica de actividad física periódica, puede prevenir los disturbios de la memoria, un 29,8 % considera que no.

Se pudo observar que, el nivel de información sobre los trastornos cognitivos del grupo poblacional estudiado, tuvo un nivel aceptable. Los resultados señalan, en parte, un vínculo más estrecho de la población con la información sobre temas de salud.

Palabras clave: fallas mnésicas, trastornos cognitivos, envejecimiento, Alzheimer.

Introducción

Es conocido el impacto que tiene sobre la salud, el envejecimiento paulatino de la población, con la creciente escala en la expectativa de vida a nivel global. En Argentina, la esperanza de vida al nacer es de 73 años promedio para los hombres, mientras que, para las mujeres, la cifra trepa a 79 años de edad, lo cual muestra que, un porcentaje muy grande de la población vive hasta los 80 años en promedio general ⁽¹⁾.

Diversos estudios indican que en los próximos años, se observará un aumento progresivo en el número de habitantes añosos a nivel mundial, teniendo esta situación una particular importancia en las regiones en desarrollo. Se estima que, en décadas venideras, la región que más envejecerá será América del Sur ⁽²⁾.

Por otro lado, el importante desarrollo de los medios de comunicación, ha permitido la difusión a la comunidad de gran cantidad de información, relacionada con la promoción de la salud, la prevención y la detección temprana de muchas enfermedades.

Los trastornos cognitivos y, particularmente la enfermedad de Alzheimer, (principal causa actual de las demencias), no escapan a esta realidad y en el presente, es frecuente que muchas personas consulten al médico por sus problemas de memoria. Dado que, el principal factor de riesgo para los trastornos cognitivos y las demencias es la edad, podrá observarse un incremento en la cantidad de personas con estas patologías a nivel poblacional. ⁽²⁾

No obstante, es fundamental remarcar que, no toda afectación de la memoria indica el comienzo de un trastorno neurodegenerativo. La mayoría de los cambios normales que ocurren en la misma, como consecuencia del envejecimiento, no interfieren con las actividades diarias ni con la calidad de vida.

La pérdida de memoria sí debe volverse preocupante cuando se transforma en una traba para el desarrollo de tareas cotidianas, de la vida familiar o de la actividad laboral. ⁽³⁾

Es por ello que, la diferenciación entre las características de aquel deterioro cognitivo que podría indicar el inicio de un proceso neurodegenerativo, como el Alzheimer, y los cambios cognitivos propios del proceso de envejecimiento se ha convertido, en los últimos años, en uno de los retos más significantes de las neurociencias y, en especial, de la neuropsicología. ⁽⁴⁾

Según datos estadísticos, para el año 2001 se estimaba que el número de personas que padecían de demencia a escala mundial alcanzaba la cifra de 24.300.000. Las proyecciones con vistas al futuro serían: 42.300.000 casos en 2020 y 81.100.000 en el año 2040. ⁽²⁾

Entre los años 2001 y 2040, el crecimiento del número de casos en países desarrollados se estima que será del 100%, mientras que en países subdesarrollados este valor escalaría al 300%. A esto cabe agregar que, en el año

2001, el 60% de los casos de demencia estaban en países en desarrollo, y este valor aumentará al 64,5% en 2020 y al 71,2% en 2040. ⁽²⁾

De los datos nacionales disponibles, se conoce que, la prevalencia en mayores de 65 años de Enfermedad de Alzheimer, equivale al 5,85%, mientras que, la prevalencia de demencia de origen vascular alcanza el 3,86%. ⁽²⁾

Los sistemas sanitarios de cada región, deberían enfrentar este cambio demográfico en un lapso temporal relativamente corto, estimando que los trastornos mnésicos y las demencias, incrementan su prevalencia como resultado del envejecimiento progresivo de la población.

Tales motivos, me han movilizado a indagar acerca de los conocimientos con los que cuenta la población, respecto a las fallas mnésicas, ligadas con afecciones propias del adulto mayor, que interfieren en la calidad de vida y generan elevados costos para la familia y la sociedad.

Marco teórico

Desde los albores de la humanidad, el fenómeno del envejecimiento ha sido un proceso que no ha dejado de sorprender y preocupar, de hecho, nadie es ajeno al mismo y a las dificultades que éste acarrea. ⁽⁵⁾

La expectativa de vida ha ido aumentando de forma impactante desde 1950. La OMS calcula que, en la actualidad, hay aproximadamente 600 millones de personas que superan los 60 años. Dicho número se duplicará para el 2025 y triplicará para el 2050.

Este cambio en la expectativa de vida se debe a diferentes razones entre las que se incluyen, el envejecimiento de poblaciones de grandes nacimientos y la mayor supervivencia de los ancianos gracias a mejoras tecnológicas, científicas y en las condiciones de salud. ⁽⁶⁾

Según el Dr. Ollari, *"El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades"*. ⁽⁷⁾

Con el incremento en la expectativa de vida de la población, hay un aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas.

El proceso de envejecimiento normal se caracteriza por cierto grado de declive natural de algunas funciones cognitivas, tales como, la memoria, las habilidades visuoespaciales y la velocidad de procesamiento de la información.

El “envejecimiento cerebral normal” es una expresión que se utiliza para describir los cambios naturales que ocurren en ausencia de enfermedad, y que no se producen súbitamente a partir de un momento dado, sino como resultado del continuo desarrollo que experimentamos los seres humanos a través del tiempo que pasa.

No obstante, es importante remarcar que, no toda afectación de la memoria indica el preludio de una enfermedad neurodegenerativa como la demencia. ⁽⁶⁾

La mayoría de los cambios normales que ocurren en la memoria como consecuencia del envejecimiento no interfieren con nuestras actividades diarias ni con nuestra calidad de vida. La pérdida de memoria sí debe volverse preocupante cuando, de manifestarse en episodios aislados, se transforman en una traba para nuestras tareas cotidianas, nuestra vida familiar o nuestra actividad laboral. ⁽³⁾

La memoria

La *memoria* es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia. ⁽⁸⁾

Al hablar de “memoria”, nos referimos al proceso de codificación, almacenamiento y recuperación de la información.

Existen varios sistemas de memoria que se distinguen por el material involucrado, por el marco temporal sobre el cual opera y por las estructuras neurales que los soportan.

Una clasificación general diferencia la memoria relacionada con actos conscientes (*memoria explícita o declarativa*) de aquellas tales como reflejos condicionados o habilidades motoras que no dependen de un pensamiento consciente (*memoria implícita o procedural*).

La memoria explícita se divide, a su vez, en dos sistemas: 1) el almacenamiento y recuerdo de experiencias personales ocurridas en un tiempo y lugar particular, llamada “*memoria episódica*”; y 2) el almacenamiento permanente de conocimientos representativos de hechos y conceptos, así como palabras y sus significados, denominada “*memoria semántica*”.

Por su parte, la *memoria de trabajo* se refiere al sistema de la memoria responsable del recuerdo inmediato de cantidades limitadas de datos verbales o espaciales que están disponibles para la manipulación mental inmediata. La

memoria a largo plazo compone un sistema donde la información es almacenada hasta que se la necesite oportunamente. ⁽⁶⁾

Por tanto, la “función mnésica o memoria” refleja la capacidad que tenemos todos para hacer actual algo que ha acontecido en el pasado. Dicha función consiste en: fijar acontecimientos, almacenarlos en nuestra memoria, evocar o recordar los mismos para, finalmente, localizar y reconocer los recuerdos, en el espacio y en el tiempo.

Envejecimiento y memoria

Existe un envejecer sano y otro patológico, pero los límites entre ambos no son demasiado claros y, a veces, es muy difícil determinar dónde comienza uno y acaba el otro. ⁽⁹⁾

Tanto en el envejecimiento fisiológico como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognitiva más común. El disturbio de la memoria, causa perturbación significativa en el funcionamiento social o laboral, pues ella, es esencial para todos los aspectos de la vida diaria y su anormalidad afecta el aprendizaje y el recuerdo. ⁽¹⁰⁾

Es regular en la práctica clínica, escuchar personas que se quejan de tener dificultades en recordar cosas que antes evocaban con facilidad, de necesitar más tiempo para realizar actividades que antes llevaban a cabo en pocos minutos o de no poder encontrar las palabras adecuadas cuando las buscan.

En muchos casos, estos cambios se dan dentro de un proceso de envejecimiento normal, mientras que, en otros, las dificultades son más severas y pueden ser una señal de alarma frente al comienzo de una enfermedad neurodegenerativa. ⁽¹¹⁾

En los consultorios neurológicos es muy común la consulta de pacientes adultos que preguntan, si un episodio de olvido que les ocurrió en los últimos días es normal o, más bien, se trata de uno de los primeros síntomas de una enfermedad mental que, tarde o temprano, perjudicará drásticamente y fatalmente la memoria.

Un factor esencial que debemos tener en cuenta para determinar, si una pérdida de memoria, es normal o no, es la frecuencia con la cual ocurren los olvidos.

Es importante tener en cuenta también que los problemas de memoria suelen ir acompañados de dificultades para orientarse en el tiempo o en el espacio.

Asimismo, cuando los problemas de memoria no son serios, los pacientes suelen ser conscientes de los mismos: suelen quejarse de sus trastornos de memoria pero, sus familiares o acompañantes, no los consideran importantes.

Por el contrario, cuando el paciente no reconoce o niega sus dificultades de memoria, al tiempo que la familia las nota y las considera significativas, estamos frente a una probable señal de que los trastornos de memoria son más serios.

Con respecto a la memoria, es importante destacar que no todos los tipos de memoria se afectan de la misma manera a medida que avanza la edad. La memoria que implica la adquisición y almacenamiento de nueva información, aquella memoria más reciente, puede afectarse a medida que envejecemos.

Mucho menos frecuente es, en cambio, que se afecte la memoria remota, es decir, la capacidad de recordar cosas que vivimos hace mucho tiempo.

De igual forma la memoria procedural, aquella que precisamos para la realización de actos motores aprendidos y automatizados, suele ser resistente al deterioro. Tampoco suelen perderse, en el envejecimiento normal, aquellas memorias relacionadas con conocimientos generales (memoria semántica).⁽⁶⁾

La opinión que prevalece actualmente es que, no se debe considerar el olvido como inevitable y propio de la edad avanzada, pues puede ser consecuencia de entidades que van desde problemas ligeros, hasta tan devastadores como la enfermedad de Alzheimer (EA).

Se debe desmitificar la idea de que los trastornos de la memoria son normales en la tercera edad. Todo aquel que los presente debe acudir a una consulta y someterse a un diagnóstico de su posible causa.⁽¹⁰⁾

Las *fallas mnésicas* aparecen en el envejecimiento y en las demencias, pero los patrones clínicos son cualitativa y cuantitativamente diferentes.

En las demencias, el deterioro neuropsicológico es más global y abarca a las denominadas funciones cerebrales superiores.

Trastornos de la memoria

En la actualidad, al hacer referencia a los trastornos de la memoria, se suele clasificar a los olvidos en “olvidos benignos” y “olvidos patológicos”.

El olvido benigno es, aquel asociado al envejecimiento natural y suele ser motivo de queja, pero en realidad las personas lo que tienen es un desempeño por debajo del que presentaban cuando eran más jóvenes. Es la persona consultante la que se preocupa por la disminución de su memoria, mientras que, los familiares le restan importancia a la situación. Esta condición de normalidad en la vejez, debe ser contemplada dentro de lo que conocemos como *declinación cognitiva del envejecimiento*.⁽¹²⁾

En cambio, en los olvidos considerados patológicos, son los familiares o cuidadores los que notan y refieren la presencia de fallas mnésicas, desorientación u otros déficits cognitivos como dificultades en la atención o el lenguaje, que no parecen preocupar tanto al paciente pero que, van empeorando lentamente con el transcurrir del tiempo.

La progresión de los síntomas cognitivos y/o conductuales que afectan y llevan a la pérdida de la autonomía es lo que determina el diagnóstico de *demencia*.⁽¹²⁾

El desafío actual consiste en realizar la identificación de estos trastornos de la manera más temprana posible. La información brindada por las personas consultantes y por los familiares o cuidadores es crucial para la sospecha o confirmación de un diagnóstico de deterioro cognitivo leve y demencia.

Crterios diagnósticos de deterioro cognitivo leve:

- Trastornos de la memoria, preferentemente corroborada por un informante.
- Función mnésica deteriorada acorde a la edad y educación.
- Función cognoscitiva general conservada.
- Actividades de la vida diaria intactas.
- Sin signos de demencia.

Demencia

La *demencia* es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal.

Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.⁽¹³⁾

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

Esta patología, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares.

Los *signos y síntomas* relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas.

Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:

- Tendencia al olvido;
- pérdida de la noción del tiempo;
- desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas:

- empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas;

- se encuentran desubicadas en su propio hogar;
- tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
- empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;
- sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y, los síntomas y signos físicos se hacen más notorios. Estos incluyen:

- una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
- dificultades para reconocer a familiares y amigos;
- una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal;
- dificultades para caminar;
- alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

Distintas formas de demencia

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos.

Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células

nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro).

Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas. ⁽¹³⁾

Factores de riesgo y prevención

Llamamos *factores de riesgo* a todas las condiciones que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad. Muchos de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, elevan el riesgo de padecer Alzheimer, así como otras demencias. ⁽⁶⁾

La idea de desarrollar estrategias de prevención para la EA es resultado directo de lo que los investigadores han aprendido en los últimos años sobre los factores de riesgo, epidemiología e interacciones genéticas y ambientales. Al momento, no estamos seguros de las causas que conducen a la demencia, significa que es difícil estar seguros de qué se puede hacer para prevenirla.

Hay evidencias de que, ciertos patrones de nuestro estilo de vida, pueden convertirse en un factor protector frente a dichos trastornos. Se sabe que, el mantener una buena salud física es fundamental para proteger nuestro cerebro del deterioro cognitivo. Así, la realización periódica de ejercicios físicos y una buena dieta rica en frutas y verduras que evite las grasas, los fritos y la sal en exceso ayudan a mantener la mente en forma.

Otro factor de nuestro estilo de vida que puede, o bien protegernos o bien predisponernos al deterioro cognitivo, es el grado de actividad y ejercitación mental que tengamos a lo largo de nuestra vida. ⁽¹¹⁾

Todo esto porque cada vez es más abrumadora la evidencia epidemiológica de que los factores de riesgo vascular (DBT, HTA, dislipemias, tabaquismo, etc.) favorecen también el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. ⁽⁶⁾

Memoria y estrés

El *estrés* es la reacción del organismo frente a una situación en que las demandas superan los recursos que cree poseer el individuo para enfrentarlas. Si bien niveles moderados de estrés pueden ser estimulantes, niveles demasiado altos o prolongados pueden tener efectos negativos para las funciones cognitivas. ⁽¹¹⁾

El hipocampo, una región fundamental para el correcto funcionamiento de la memoria, es sumamente sensible a los efectos del estrés. Esta estructura cerebral está asociada con la capacidad de adquirir nueva información a nuestra memoria.

Estudios de investigación han demostrado que, períodos prolongados de estrés pueden afectar las conexiones de esta estructura o incluso atrofiarla por medio de una exposición excesiva a los glucocorticoides. Así, se ha comprobado que la exposición prolongada a altos niveles de glucocorticoides se asocia con dificultades en la memoria y con un menor volumen del hipocampo. ⁽¹¹⁾

En síntesis, el estrés podría afectar la capacidad de un individuo de realizar nuevos aprendizajes.

Envejecimiento y Alzheimer

El Alzheimer es una enfermedad progresiva e irreversible que aqueja al cerebro y lentamente afecta la memoria, la identidad y la conducta con un impacto en el funcionamiento social y ocupacional.

La EA no es parte del envejecimiento normal. Se estima que afecta a más de 450.000 personas en Argentina y produce gran estrés en la familia.

Se caracteriza, en su forma típica, por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las neuronas mueren y diferentes áreas del cerebro se atrofian.⁽⁶⁾

En los últimos años, debido al incremento del envejecimiento de la población, la enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema de grandes proporciones médicas y sociales.

El Alzheimer ya es el cuarto gran problema de salud en el mundo. Se calcula que entre un 5 y un 10 % de las personas mayores de 65 años padecen esta enfermedad.

Se trata de un tipo de demencia que, en la última década, ha saltado a los medios de comunicación. Los trastornos de tipo cognitivo, como se ha mencionado con anterioridad, son los más graves en estos enfermos.

Prácticamente, todos los procesos psicológicos básicos resultan afectados, pero los más graves e insidiosos son las citadas disfunciones de la memoria. Ésta es una de las funciones centrales de la actividad intelectual, base de nuestro conocimiento, y es el primer sistema de procesamiento cognitivo y conceptual que se destruye, y con un resultado más devastador.⁽¹⁴⁾

Genética y Alzheimer

En relación a los factores genéticos asociados con la EA, es importante tener claro dos conceptos importantes:

- a) no hay un único gen para la EA;
- b) El 95% de los casos de EA son esporádicos.

Aunque el factor de riesgo más importante relacionado con la EA es el envejecimiento, los estudios epidemiológicos señalan que, el riesgo de padecer EA, en un individuo con un familiar de primer grado afecto, es de dos a tres veces superior al de la población general.⁽¹⁵⁾

La etiopatogenia de la EA es multifactorial. Es hereditaria entre el 1 y 5 % de los casos (*EA genética*), con una edad de presentación generalmente anterior a los 65 años.

En el resto de los casos (*EA esporádica*) la etiología es múltiple con diversos factores de riesgo, que incluyen la predisposición genética (evidenciada porque aumenta la frecuencia si se tiene un pariente en primer grado con la enfermedad, y más aún si son varios), la edad (es más frecuente desde los 65 años, a partir de los cuales el riesgo se duplica cada cinco años) y factores de riesgo exógenos -ambientales-, que parecen favorecer su desarrollo, como ocurre con los traumatismos craneoencefálicos graves.

En el Alzheimer esporádico, ni los factores genéticos ni los ambientales por separado provocan la enfermedad.⁽⁶⁾

Hasta la fecha, el único gen que se ha relacionado de forma consistente con la EA de aparición tardía es el gen que codifica para la apolipoproteína E (APOE), situado en el cromosoma 19.⁽¹⁵⁾

Cuadro clínico

Actualmente el diagnóstico de demencia en la EA es clínico (neurológico, psiquiátrico y neuropsicológico) y se basa en criterios operativos estandarizados.

Comprende seis pasos:

- Entrevista al paciente.

- Entrevista a un informante confiable.
- Examen físico.
- Evaluación neurocognitiva.
- Exámenes complementarios de laboratorio.
- Estudios de neuroimágenes.

La *historia clínica* es de fundamental importancia para guiar el examen general del paciente y los exámenes complementarios pertinentes. Se deben registrar los dominios cognitivos afectados, la forma de comienzo, el patrón de progresión y el impacto funcional.

Asimismo, es necesario conocer la historia educacional (nivel de instrucción alcanzado), laboral (habilidades, exposición a tóxicos), médica (enfermedades con posible impacto en la función cognitiva), comorbilidades, etc.

El antecedente familiar de demencia puede ser asimismo relevante en las formas hereditarias o con compromiso genético sospechado. ⁽²⁾

Es importante que un informante confiable e independiente aporte información que corrobore los datos suministrados por el paciente.

La presencia de *deterioro cognitivo* debe ser documentada, a través de una evaluación breve del estado mental, confirmada mediante una evaluación abarcativa:

- El síntoma inicial más frecuente es la queja de fallas mnésicas, afectando particularmente la memoria episódica, relacionada con sucesos autobiográficos, que pueden evocarse de forma explícita, con dificultad para retener nueva información. La memoria semántica, la cual hace posible la adquisición y retención de conocimiento general, también puede comprometerse en forma temprana.
- El compromiso del lenguaje se caracteriza por la presencia de dificultades en el hallazgo de vocablos, y más adelante en la denominación y la comprensión. Se debe tener presente que en algunas formas atípicas de la EA, las alteraciones del lenguaje pueden ser el síntoma inicial.
- Las alteraciones en la función ejecutiva están virtualmente presentes desde los estadios iniciales de la enfermedad pero no son manifiestas en las actividades de la vida diaria, por lo que su detección temprana depende de la oportunidad de realizar una evaluación neuropsicológica.
- Los trastornos atencionales suelen aparecer prematuramente, particularmente la atención selectiva.
- Las habilidades visuoespaciales y las agnosias (dificultades para reconocer estímulos previamente aprendidos), tienden a presentarse de forma tardía.

La resultante de los trastornos cognitivos y conductuales es el compromiso funcional del paciente, que afecta sus actividades de la vida diaria, inicialmente las instrumentales y, con la evolución, las básicas. ⁽²⁾

Estrategias diagnósticas

En la actualidad, las estrategias diagnósticas, se centran en la identificación de los trastornos cognitivos y conductuales de la manera más temprana posible, mucho antes que se declare la demencia.

Para poder indicar los cuidados, consejos y tratamientos necesarios para planificar el futuro, es menester: ⁽¹²⁾

- retrasar la progresión de los síntomas
- controlar las causas reversibles de deterioro cognitivo
- evitar el empleo de drogas que pueden empeorar la cognición
- indicar al paciente programas de entrenamiento físico que incluyan la actividad física aeróbica (caminar, correr, nadar, andar en bicicleta fija o móvil, bailar).
Luego de los 50 años de edad, dichos planes, tienen efectos protectores sobre la cognición y la salud del cerebro
- indicar al paciente programas de estimulación cognitiva
- incrementar la denominada “reserva cognitiva”
- participar en programas de investigación

- disponer de servicios de ayuda y orientación tanto para el paciente como para su familia y cuidadores
- Preparar al cuidador

Una persona debería consultar a un médico para realizarse una evaluación más exhaustiva ante todo cambio que indique un deterioro de memoria, intelectual o de la conducta que afecte el desempeño habitual de la persona, como:

- pérdida de memoria que afecte la capacidad de trabajar
- dificultad al realizar tareas familiares
- problemas con el lenguaje
- desorientación en tiempo y espacio
- juicio pobre o disminuido
- problemas con el pensamiento abstracto
- guardar cosas en lugares equivocados
- cambios en el humor y en la conducta
- cambios en la personalidad
- pérdida de iniciativa

Esta situación crea un enorme problema, fundamentalmente, para los pacientes y familiares, pero también, para la salud pública y la economía de las naciones.

El enorme costo del cuidado de estos pacientes y el efecto en sus familiares (depresión, estrés, ausencia laboral) sin dudas precipitarán una crisis de salud pública de proporciones sin precedentes.

Se estima que actualmente existen 33,9 millones de personas con Alzheimer en el mundo, y este número se triplicará en cuarenta años. En el año 2050 más del 75% de estos pacientes estarán en países en vías de desarrollo. ⁽⁶⁾

El número de personas de edad avanzada en el mundo en desarrollo está creciendo a un ritmo más rápido que otras regiones del mundo. El mayor aumento se va a producir en India, China y América Latina.

Se ha calculado que las intervenciones capaces de producir un retraso modesto en la presentación de la enfermedad, por ejemplo un año, reduciría la prevalencia de la demencia en un 7% en diez años y un 9% en treinta años.

Retrasar cinco años la aparición de los síntomas podría reducir la prevalencia en un 40% en diez años y un 50% en treinta años. ⁽⁶⁾

Los estudios poblacionales sobre el envejecimiento y cognición indican que, el deterioro de los diversos dominios cognitivos se observa varios años antes del diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer.

La disfunción cognoscitiva observada no se diferencia de la que acompaña al envejecimiento normal. Existe una superposición importante en el funcionamiento cognitivo entre el envejecimiento normal y esta fase estable. ⁽¹⁶⁾

Los estudios longitudinales indican que el primer estadio del deterioro cognitivo permanece constante durante varios años. Esta fase corresponde al concepto clínico de *deterioro cognitivo leve*, en el cual, el individuo tiene síntomas subjetivos (predominantemente pérdida de memoria) y deficiencia cognoscitiva mensurable, pero sin un deterioro notable en las actividades de la vida diaria. ⁽¹⁷⁾

Objetivos

Objetivo general

Cuantificar la información de los trastornos cognitivos en un grupo poblacional.

Objetivos específicos

- Conocer los datos epidemiológicos de la población a estudiar.
- Analizar si la población en estudio considera a la enfermedad de Alzheimer de carácter hereditario.
- Conocer si los individuos toman a la hipertensión arterial como factor de riesgo de los trastornos cognoscitivos.
- Averiguar si los sujetos creen que el estrés puede deteriorar la memoria.
- Determinar si los individuos suponen que la práctica de actividad física periódica previene problemas de memoria.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio de base poblacional, analítico, descriptivo y de corte transversal en un grupo de individuos del Barrio Centro de la ciudad de Granadero Baigorria, perteneciente al departamento Rosario, provincia de Santa Fe. La misma se encuentra localizada a 10 km al norte del microcentro de la ciudad de Rosario, y cuenta con una población de aproximadamente 36.994 habitantes (Varones: 18273 – Mujeres: 18721).⁽¹⁸⁾

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta elaborada para tal fin, previa realización de una encuesta preliminar, para observar el nivel de apreciación de las preguntas. Sobre esta encuesta originaria se hicieron modificaciones teniendo en cuenta las dificultades surgidas, quedando constituida finalmente por cinco preguntas cerradas, presentada como un cuestionario impreso, de carácter anónimo, dirigida a individuos mayores de 18 años de ambos sexos.

Mediante datos epidemiológicos y teniendo en cuenta la población total de dicha ciudad, la muestra (n) representativa para este estudio quedó conformada por 526 personas. Para el cálculo de la misma se utilizó un nivel de seguridad del 95%, una precisión del 6% y una proporción esperada que, como se desconoce cuál es, se estimó con 0,5 para cada sexo.

Para lograr una representación epidemiológica de la población estudiada, las encuestas han sido realizadas al azar, durante el período comprendido entre los meses de abril y julio de 2014.

Los datos recabados de las encuestas fueron codificados y cargados en una planilla de datos en Microsoft Excel, para su posterior procesamiento y análisis con el programa estadístico SPSS.

Para describir las variables cuantitativas se calcularon promedios, desvío estándares, mínimos y máximos. Al tiempo que, para describir las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Se realizaron gráficos de sectores, barras e histograma. Se aplicaron los test estadísticos Chi-cuadrado de Pearson y ANOVA. Se consideraron estadísticamente significativas las pruebas de hipótesis con valores de p asociados inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

Se estudiaron variables de tipo cualitativas y cuantitativas, como las descritas a continuación:

- Edad (en años cumplidos al momento de la encuesta): Cuantitativa continua.
- Género: Cualitativa Nominal.

- Nivel de instrucción educacional: Cualitativa ordinal

- Si estima que el hecho de, tener dificultad para reconocer caras de personas conocidas o para hacer las cuentas, se relaciona con tener problemas de memoria: Cualitativa nominal.

- Si considera que la enfermedad de Alzheimer es mayormente de carácter hereditario: Cualitativa nominal.

- Si cree que la hipertensión arterial es un factor predisponente de los trastornos cognitivos: Cualitativa nominal.

- Si piensa que el estrés afecta la memoria: Cualitativa nominal.

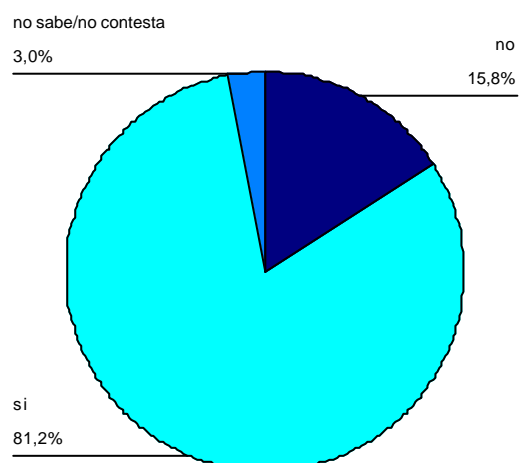
- Si estima que el hecho de realizar actividad física en forma periódica puede prevenir los problemas de memoria: Cualitativa nominal.

Resultados

1- **Objetivo:** Cuantificar la información de los trastornos cognitivos en un grupo poblacional.

Pregunta 1- Si usted se encuentra con un vecino de 75 años, y éste le cuenta que hace unos meses, comenzó a tener dificultad para hacer las cuentas y que, a veces, le cuesta identificar las caras de personas conocidas. ¿Usted pensaría que su vecino tiene problemas de memoria?

Gráfico 1: ¿Usted pensaría que su vecino tiene problemas de memoria?



El 81,2% (427 encuestados) opina que sí, el 15,8% (83) que no, y hay un 3% (16) que no sabe/no contesta.

2- Objetivo: conocer los datos epidemiológicos de la población estudiada.

Edad de las personas

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
18	82	40,3	13,9

La edad promedio de las personas que respondieron la encuesta es de 40,3 \pm 13,9 años, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 82 años.

Gráfico 2: Distribución de las edades de las personas encuestadas

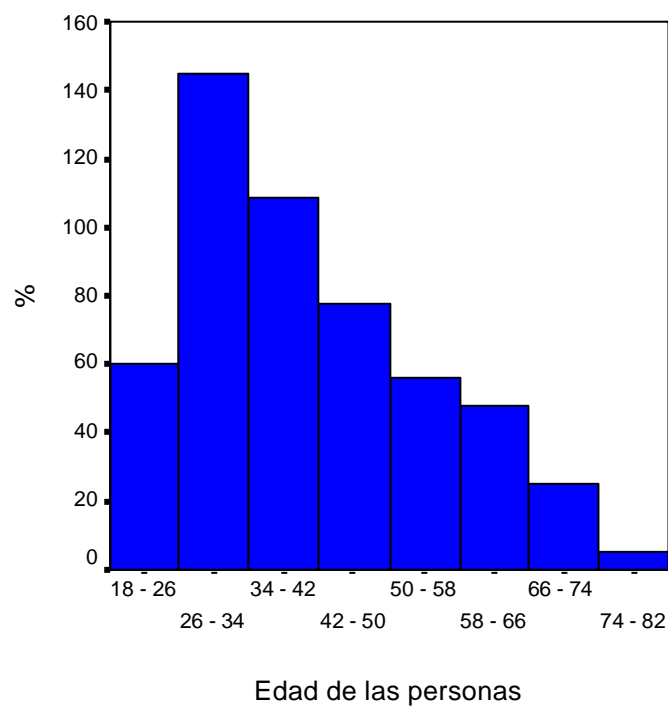
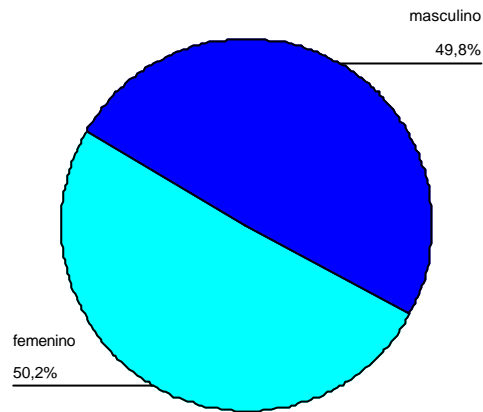
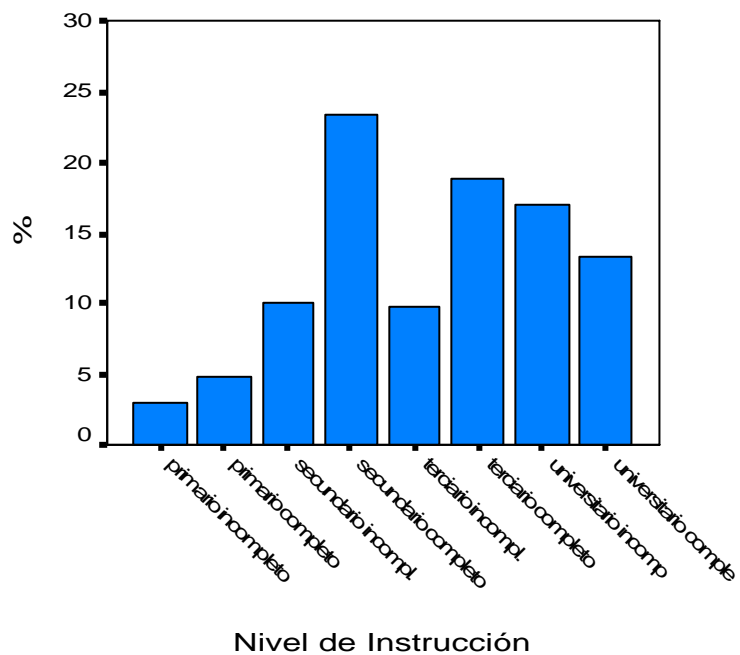


Gráfico 3: Sexo de las personas



El 50,2% (264) de las personas encuestadas son de sexo femenino y el 49,8% (262) de sexo masculino.

Gráfico 4: Nivel de instrucción educacional de las personas

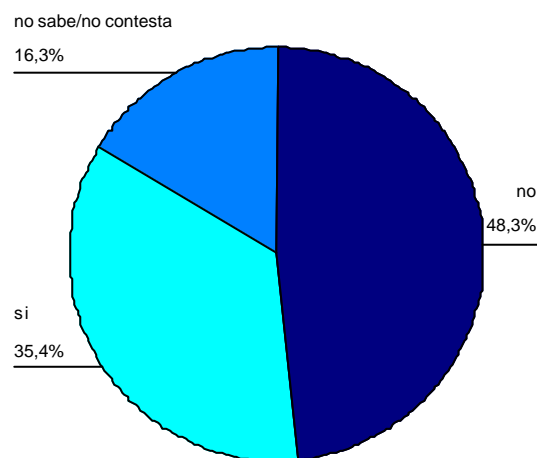


En el cuadro anterior pueden observarse los diferentes niveles de educación que presentan los individuos encuestados.

Los mayores porcentajes se dan en el secundario completo con el 23,4% (123), seguido de terciario completo con el 18,8% (99).

3- Objetivo: analizar si la población en estudio considera a la enfermedad de Alzheimer de carácter hereditario.

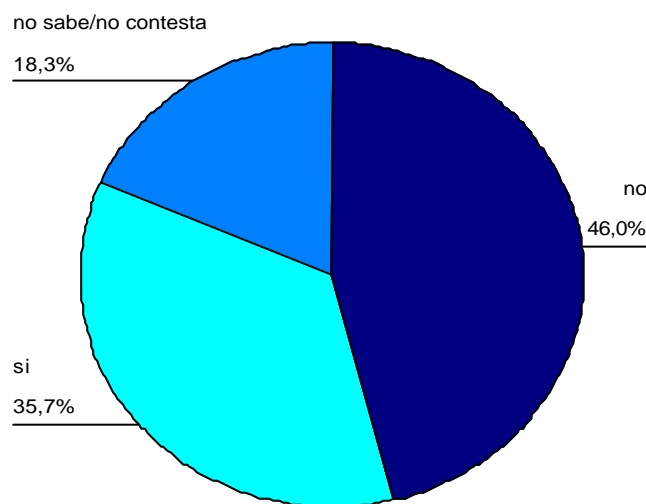
Gráfico 5: ¿Cree usted que la enfermedad de Alzheimer es mayormente hereditaria?



El 48,3% (254) opina que no, el 35,4% (186) que sí, y hay un 16,3% (86) que no sabe/no contesta.

4- Objetivo: conocer si los individuos toman a la hipertensión arterial como factor de riesgo de los trastornos cognitivos.

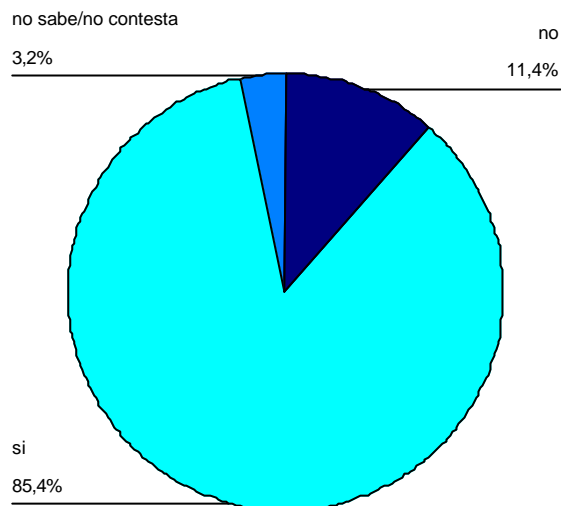
Gráfico 6: ¿Cree usted que la hipertensión arterial predispone a tener problemas de memoria?



El 46% (242) opina que no, el 35,7% (188) que sí, y hay un 18,3% (96) que no sabe/no contesta.

5- Objetivo: averiguar si los sujetos creen que el estrés puede deteriorar la memoria.

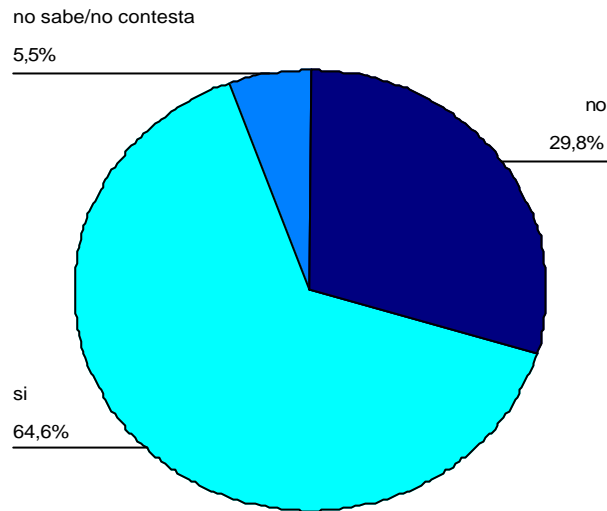
Gráfico 7: ¿Considera que el estrés puede afectar la memoria?



El 85,4% (449) opina que sí, el 11,4% (60) que no, y un 3,2% (17) que no sabe/no contesta.

6- Objetivo: determinar si los individuos suponen que la práctica de actividad física periódica previene problemas de memoria.

Gráfico 8: ¿Cree que realizar actividad física periódicamente previene los problemas de memoria?



El 64,6% (340) opina que sí, el 26,8% (157) que no, y hay un 5,5% (29) que no sabe/no contesta.

7- Otras variables analizadas: ¿Usted pensaría que su vecino tiene problemas de memoria?, según sexo y edad de las personas encuestadas

-Relación entre el pensamiento de las personas y sexo de las mismas con respecto a problemas de memoria.

Pensamiento de las personas con respecto a problemas de memoria		Sexo		Total
		masculino	femenino	
no	n	38	45	83
	%	14,5%	17%	15,8%
si	n	216	211	427
	%	82,4%	79,9%	81,2%
no sabe/no contesta	n	8	8	16
	%	3,1%	3%	3%
total	n	262	264	526
	%	100%	100%	100%

En base a la evidencia muestral y con un nivel de significación del 95% se concluye que, no existen diferencias, estadísticamente significativas, entre los pensamientos de las personas encuestadas con respecto a los problemas de memoria entre hombres y mujeres ($p=0,726$).

- Relación entre el pensamiento y edad de las personas con respecto a los problemas de memoria.

Edad de las personas	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
no	83	21	82	40,04	14,2
si	427	18	80	40,5	14,02
no sabe/no contesta	16	19	52	33,9	8,1

La edad promedio de las personas que a la 1º pregunta respondieron que no es de $40,04 \pm 14,2$ años, con una edad mínima de 21 y una máxima de 82 años.

La edad promedio de las personas que a la 1º pregunta respondieron que si es de $40,5 \pm 14,02$ años, con una edad mínima de 18 y una máxima de 80 años.

La edad promedio de las personas que a la 1º pregunta respondieron que no saben/no contestan es de $33,9 \pm 8,1$ años, con una edad mínima de 19 y una máxima de 52 años.

En base a la evidencia muestral y con un nivel de significación del 95% se concluye que, no existen diferencias, estadísticamente significativas, entre las edades promedios de las personas que respondieron de las diferentes formas a la pregunta nº 1 ($p=0,18$).

Discusión

Por lo expuesto en los resultados, del total de la población encuestada (526), el 81,2 % manifestó que, el hecho de tener dificultad para hacer las cuentas y para reconocer caras de personas conocidas (prosopagnosia) en un individuo de 75 años, implica un trastorno de la función mnésica, mientras que, un 15, 8% no ha encontrado un nexo entre ambas situaciones.

Dichos porcentajes distan de los obtenidos en una encuesta similar, llevada a cabo por la Asociación Americana de Alzheimer. ⁽²⁰⁾ La misma, a través del reporte de la Alzheimer's Disease Facts and Figures, dio a conocer las conclusiones de la encuesta sobre "Percepciones de la enfermedad de Alzheimer por parte de los hispanos".

Lo interesante fue que, si bien, más del 90% de los entrevistados sabían que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral progresiva, que provoca pérdida de la memoria y problemas de razonamiento y conducta, sólo el 39% de los encuestados sabía que la dificultad para entender imágenes visuales y relaciones espaciales es una señal de advertencia de la enfermedad de Alzheimer.

Asimismo, sólo el 38% de los encuestados sabía que las dificultades para planificar o resolver problemas corresponden, también, a una señal de advertencia de la EA.

Sin embargo, existe un acuerdo generalizado a la hora de afirmar que las quejas de memoria se incrementan con la edad e incluso, se llega a relacionarlas con los primeros síntomas de la demencia.

No obstante, existen pocos trabajos que exploren la relación entre las quejas de memoria y el rendimiento en tareas clásicas de funciones ejecutivas.

La mayoría de los estudios con humanos incluyen al menos dos grupos de edad, el de los jóvenes cercanos a los 20 y el de los ancianos, por encima de los 60 años. Los grupos son emparejados en función de una serie de variables relevantes y se comparan en tareas que incluyen recuerdo libre, reconocimiento de rostros o de una combinación de *letras-números* previamente presentadas, hasta la solución de problemas de búsqueda o de rotación mental.

En general, los resultados indican que los ancianos son más lentos o tienen una ejecución más pobre que los jóvenes, prácticamente en todas las tareas. ⁽²⁰⁾

En un estudio realizado sobre los motivos de consulta a neurología general se ha encontrado que el 18,47 % de las personas que acuden por primera vez al neurólogo lo hacen por problemas de memoria. Muchas de estas consultas son efectuadas por individuos jóvenes, en los que no existe ninguna causa aparente que origine las quejas y en los que la prevalencia de enfermedades degenerativas es anecdótica. ⁽²¹⁾

Por otra parte, repasando que, un 48,3 % (254) de los encuestados, no considera a la enfermedad de Alzheimer de carácter hereditario, es alto el porcentaje (35,4 %) que sí cree que dicha patología es mayormente hereditaria, siendo también notorio que, más de un cuarto de los encuestados (16,3 %), refirieron desconocer la relación entre Alzheimer y herencia.

Estos resultados se asemejan mucho a los arrojados por el sondeo que realizó la *Alzheimer's Association*[®] en doce países como, Australia, Brasil, Canadá, China, Dinamarca, Alemania, Japón, India, México, Nigeria, Arabia Saudita y Reino Unido, el cual reveló que 37% de las personas considera que el Alzheimer es una enfermedad hereditaria. ⁽²²⁾

A pesar del poco conocimiento y comprensión que hay sobre el padecimiento, es una de las enfermedades que más preocupa a la gente, ya que cuando se preguntó a los encuestados sobre la afección que más temían, más de un cuarto escogieron el Alzheimer (23%), y un tercio de las personas en Japón (34%), Canadá (32%) y Reino Unido (33%) temen que el Alzheimer afecte a uno de sus seres queridos. ⁽²²⁾

Otros aportes interesantes dados a conocer por el citado estudio fueron que, la creencia errónea de que el Alzheimer es una enfermedad inherente del envejecimiento, fue más alta en India (84%), Arabia Saudita (81%) y China (80%).

Por su parte, Reino Unido y México tuvieron la tasa más alta de reconocimiento sobre cómo el Alzheimer no es típico de la edad (62%), pero 37% y 38% respectivamente, carecen de información correcta.⁽²²⁾

Cumplimentando otro de los objetivos específicos, se ha hecho correlacionar la hipertensión arterial como factor de riesgo predisponente de trastornos cognitivos.

Un dato notable, es que casi la mitad de los encuestados (46 %) no ha considerado a la hipertensión arterial (HTA), como un factor que pueda predisponer a la aparición de trastornos mnésicos, y otro dato, no menor, es que un 18,3 % ha referido estar desinformado al respecto.

En el estudio de la asociación entre daño cerebral e hipertensión arterial, los datos de la literatura indican que, la hipertensión arterial es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de demencia multiinfarto.⁽²³⁾

Las razones para estudiar dicha asociación, obedecen al argumentado papel que tiene la HTA en la enfermedad cerebrovascular y a las publicaciones recientes que abordan la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer y del deterioro cognitivo; planteándose que el detonante para que se desencadene el proceso neurodegenerativo es un daño vascular.⁽²⁴⁾

Es importante, pues, enjuiciar la dimensión del problema realizando estudios epidemiológicos que nos revelen la prevalencia de esta entidad (EA) y la asociación con posibles factores de riesgo. ⁽²⁴⁾

En el reciente congreso de la Sociedad Americana de Hipertensión Arterial se han presentado los resultados del estudio FOCUS (efecto del control de la PA sobre la función cognitiva) en un grupo de 66 pacientes hipertensos con daño cerebral, con múltiples infartos lacunares. ⁽²³⁾

Como conclusión, los autores reconocen que un control riguroso de la PA mantenida en menos de 140/90 mm Hg se asoció con una mejoría en la función neurocognitiva. ⁽²³⁾

Es interesante destacar que, recientemente, Harrington y colaboradores han encontrado un deterioro cognitivo en una amplia variedad de pruebas de la memoria, de corto y largo plazo, en 107 hipertensos añosos, neurológicamente asintomáticos y sin daño de órgano blanco, en comparación con 106 normotensos, mayores de 70 años.

A su vez, los autores comprobaron que, los hipertensos, presentaban un deterioro promedio mayor del 10% en comparación con el grupo control. ⁽²⁵⁾

En el estudio de Honolulu, se incluyeron 3.703 pacientes de origen japonés y americano y se estudió la relación entre la PA en el adulto joven con el riesgo

incrementado de demencia al llegar a la ancianidad, sobre todo en el no tratado por su hipertensión.

Uno de los principales hallazgos fue la correlación entre el aumento de la PA, en el adulto joven, con el riesgo incrementado de demencia en la ancianidad, sobre todo en el no tratado por su hipertensión. ⁽²⁶⁾

Estos autores concluyen que, la presión arterial, puede ser un mediador importante en el desarrollo de la patología que finalmente lleva a la demencia.

La hipótesis de que, la reducción de la PA, protege del riesgo de la demencia vascular, es un tema que merece mayor evaluación.

En cuanto a la relación del estrés con la memoria, sorprende la contundente respuesta que el 85,4 % opina que el estrés afecta notablemente la función mnésica.

Es conocido que, el estrés modifica los hábitos relacionados con la salud, de manera que, con las prisas, la falta de tiempo y la tensión, aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y se reducen las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, entre otras. ⁽²⁷⁾

Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente la salud del individuo. A la vez que, pueden ocasionar una serie de perturbaciones sobre los

procesos cognitivos superiores (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios).

La mayoría de nosotros somos conscientes de que, el estrés, puede aumentar los riesgos de ciertas enfermedades, como enfermedades cardiovasculares, depresión del sistema inmunológico y trastornos psicológicos.

Recientemente, un estudio publicado en la revista Journal of Neuroscience 2014, ha descubierto la existencia de un vínculo entre los altos niveles de cortisol (hormona del estrés) y la pérdida de memoria a corto plazo en las personas mayores.

Según señalan los investigadores de la Universidad de Iowa (EEUU), la secreción de cortisol es importante para nuestra supervivencia (nos sitúa en una situación de alerta para reaccionar ante una situación amenazante, ya sea mediante la huida o la lucha).

El problema aparece cuando se producen “picos” excepcionalmente altos o segregaciones prolongadas de la hormona, que puede provocar efectos negativos, tales como, problemas digestivos, ansiedad, aumento de peso e hipertensión.

Aunque estudios previos han demostrado que, el cortisol, produce efectos similares en otras regiones del cerebro, dicho estudio es el primero en evaluar la forma en que afecta a la corteza prefrontal, una de las zonas del cerebro relacionada con la memoria a corto plazo.

Por último, es interesante notar que, dentro de los encuestados, mientras un 64,6 % cree que, la práctica de actividad física periódica, puede prevenir los disturbios de la memoria, un 29,8 % considera que el ejercicio físico, nada tiene que ver con la prevención de trastornos cognitivos.

Desde hace bastante tiempo, se presumía que, la actividad física podría tener relación con una mejoría de los procesos cognitivos que tienen su origen en el cerebro, pero gracias a una serie de estudios desarrollados por la Universidad de Illinois, en Estados Unidos, esta suposición terminó siendo una comprobación empírica que arrojó como resultado que, efectivamente, a mayor actividad aeróbica, menor degeneración neuronal. ⁽²⁸⁾

A pesar de no ser la primera investigación que se hacía en ese sentido, los resultados arrojaron información, que presentaba a la actividad física como una amiga de los procesos cerebrales.

Asimismo, ciertos estudios ejecutados en seres humanos también habían demostrado que, algunos procesos y habilidades cognitivas cerebrales en las personas mayores, eran mejores en las personas que practicaban una actividad física que en aquellas que no lo hacían.

Por ejemplo, en 1999 los mismos científicos que realizaron el estudio de la Universidad de Illinois observaron que, un grupo de voluntarios -que durante 60 años llevaron una vida muy sedentaria-, tras una caminata rápida y sostenida de

cuarenta y cinco minutos durante tres veces a la semana, lograron mejorar sus habilidades mentales, las cuales suelen declinar con la edad.

También, científicos de Suecia señalaron que, las personas en edad media que entrenan al menos dos veces por semana, tienen el 60% menos de probabilidad de desarrollar trastornos cognitivos en comparación con personas sedentarias.⁽⁶⁾

No debe olvidarse entonces que, el ejercicio físico, ayuda a conservar en mejores condiciones la función cognitiva y sensorial del cerebro.

Conclusión

En la presente investigación se pudo observar que, el nivel de información sobre los trastornos cognitivos del grupo poblacional estudiado, ha tenido, en líneas generales, un nivel aceptable.

Si bien este trabajo no pretende, ni constituye per se, un trabajo de carácter comparativo, los resultados señalan, en parte, un vínculo más estrecho de la población con la información sobre temas de salud .

Este estudio estableció características particulares y variables, con distinta prevalencia a la observada en otros, de lo que se infiere la importancia de analizar y correlacionar los resultados, teniendo en cuenta las características particulares de la población estudiada.

El nivel de información acerca de lo que consideró la población como fallas mnésicas (prosopagnosia y dificultad para realizar cuentas en un hombre de 75 años de edad), se encontró por encima de resultados obtenidos en estudios semejantes, siendo notable que, más de las tres cuartas partes de la muestra (n), ha respondido satisfactoriamente.

Al igual que otros estudios, es elevado el número de personas (35,4 %) que creen que la enfermedad de Alzheimer es, mayormente, de carácter hereditario, hecho que sucede sólo entre el 1 y 5 % de los casos. Estos resultados son muy

similares a los arrojados por el sondeo que la *Alzheimer's Association*[®] llevó a cabo en doce países. ⁽¹⁹⁾

Por otra parte, de acuerdo a los resultados obtenidos en mi experiencia, casi la mitad de los encuestados (46 %) no ha considerado a la HTA como un factor de riesgo que pueda predisponer a la aparición de fallas mnésicas, a la vez que, cerca de un cuarto de los mismos (18,3 %) ha referido estar desinformado al respecto.

Hecho del cual se desprende que, se deberá seguir trabajando en la promoción de la salud, sobre puntos esenciales como, animar a la población a modificar los comportamientos que pueden provocar hipertensión, convencer a los adultos de que controlen su presión arterial periódicamente y promover la toma de conciencia sobre las causas y consecuencias de la hipertensión.

Todo esto, teniendo en cuenta el inestimable peso que tiene la HTA como principal factor de riesgo cardiovascular.

Asimismo, en el estudio presentado se comprueba que, un altísimo porcentaje (85,4 %) de los encuestados, consideran al estrés como un enemigo de la memoria, sorprendiendo la contundencia con la que vinculaban ambos hechos, a la hora de contestar.

Esto puede obedecer a que, el *estrés* se ha convertido, tal vez, en una de las palabras más cotidianas dentro de casi cualquier contexto y sus efectos, casi omnipresentes, impactan diariamente la vida de miles de personas.

Me resulta necesario remarcar que, las consecuencias del estrés prolongado a nivel cognitivo incluyen, afectación de la memoria y de las funciones ejecutivas, disminuyendo, aún más, las capacidades del individuo para enfrentar las demandas del medio y creando un círculo vicioso que provoca aún más estrés.

Para finalizar, nuestros resultados confirman que, para un 64,6 % de los encuestados, la actividad física periódica, puede prevenir las disfunciones de la memoria, pero es ligeramente alto el porcentaje (26,8 %) que, desestima al ejercicio, como factor protector de la función mnésica.

Por ello, es menester insistir en que, sostener la actividad física como una parte regular del estilo de vida, es construir una base sólida para la salud cerebral.

Como conclusión final, para disminuir el sesgo de la recolección de datos de este trabajo, como también la encuesta no validada, propongo la continuidad y mejora del mismo, en toda la ciudad de Granadero Baigorria, para cumplir el principal objetivo en salud que es: “ educación a la sociedad”.

Bibliografía

- 1) Organización Mundial de la Salud. Datos estadísticos de Argentina. <http://www.who.int/countries/arg/es/> (visitado el 26 de julio de 2014)
- 2) Allegri, Ricardo; Arizaga, Raúl. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3 (2011):120-137.
- 3) Manes, Facundo. Cual es la frontera entre el olvido sano y el preocupante. *Clarín*, 13 de noviembre 2011.
- 4) Pérez Martínez, Víctor. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 21 (2005) n.1-2.
- 5) Peña, Jordi; Casanova. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. *Fundación La Caixa* (1999).
- 6) Manes, Facundo; Niro, Mateo. *Usar el cerebro. Conocer nuestra mente para vivir mejor*. Buenos Aires: Editorial Planeta, 2014.
- 7) Intramed. Que es el envejecimiento. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=58673> (visitado el 6 de diciembre de 2013)
- 8) Sánchez Gil; Pérez Martínez. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 24 (2008), n.2.

- 9) Casanova, P; Carrillo, P. La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista Neurología*, 38 (2004): 469-472.
- 10) Casanova, P; Carrillo, P. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 20 (2004): 5-6.
- 11) Instituto de Neurología Cognitiva INECO. Problemas de memoria, cuándo preocuparse. Disponible en:
<https://neurologiacognitiva.wordpress.com/tag/memoria/> (Acceso: 6 de dic de 2013)
- 12) Instituto Universitario Cemic. Guía práctica para el manejo de los trastornos de la memoria y las demencias. Edición 2012. Disponible en:
http://www.cemic.edu.ar/descargas/guia_demencias.pdf (11 de diciembre de 2013)
- 13) Organización Mundial de la Salud. Demencia. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/> (3 de febrero de 2014)
- 14) Casanova, Sotolongo. La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista Neurología*, 38 (2004): 469-472.
- 15) Setó Salvia; Clarimón, J. Genética en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurología*, 50 (2010): 360-4.

16) Intramed. Perspectivas en la Enfermedad de Alzheimer. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66530> (visitado el 6 de diciembre de 2013)

17) Intramed. Enfermedad de Alzheimer. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59995> (visitada el 20 de enero de 2014)

18) Censo Nacional de Población, hogares y viviendas 2010, provincia de Santa Fe, Argentina. Disponible en:

[http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/\(subtema\)/93664](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/111720/(subtema)/93664) (visitado el 1 de febrero de 2014)

19) Alzheimer's association. Alzheimer's Disease Facts and Figures 2014, Alzheimer's & Dementia, Volume 10, Issue 2. Disponible en: http://www.alz.org/documents_custom/hispanic_survey_pr_spanish_100610.pdf (visitado el 8 de agosto de 2014)

20) Bentosela, M; Mustaca, A. Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Revista Interdisciplinaria*, 22 n.2 (2005).

21) Ruiz-Sánchez de León; Llanero-Luque. Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Revista Neurología*, 51 (2010): 650-60.

22) Journalmex. Erróneamente se cree que el Alzheimer es una enfermedad relacionada al envejecimiento. Disponible en:

<http://journalmex.wordpress.com/2014/06/19/erroneamente-se-cree-que-el-alzheimer-es-una-enfermedad-relacionada-al-envejecimiento/> (visitado el 21 de agosto de 2014)

23) Weissmann, P; Consalvo, D. Hipertensión arterial y deterioro cognitivo en el anciano. *Revista Argentina Cardiología*, 70 (2002): 231-238.

24) Vera-Cuesta; Vera-Acosta. Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de la memoria asociado a la edad en un área de salud. *Revista Neurología*, 43 (2006): 137-42.

25) Harrington, F; McKeith. Cognitive performance in hypertensive and normotensive older subjects. *Hypertension* 2000, (2000): 1079-1082.

26) Launer, Ross, Petrovich y col. Midlife blood pressure and dementia: *The Honolulu – Asia aging study*, 21 (2000): 49 – 55.

27) Cano Vindel, A. La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, XLIV (1997): 103-111.

28) Ramírez, Vinaccia. El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*, 18 (2004): 67-75.

Anexo 1. Encuesta voluntaria y anónima

Tema: “Problemas de memoria”, ¿Qué conocimientos tiene la población sobre el tema? Marque con una X lo que corresponda.

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nivel de instrucción educacional:

Primario: incompleto completo

Secundario: incompleto completo

Terciario: incompleto completo

Universitario: incompleto completo

1) Si usted se encuentra con un vecino de 75 años, y éste le cuenta que hace unos meses, comenzó a tener dificultad para hacer las cuentas y que, a veces, le cuesta identificar las caras de personas conocidas. Ud. pensaría que su vecino tiene problemas de memoria?

Si No No sabe / no contesta

2) ¿Cree usted que la enfermedad de Alzheimer es mayormente hereditaria?

Si No No sabe / no contesta

3) ¿Cree usted que la hipertensión arterial predispone a tener problemas de memoria?

Si No No sabe / no contesta

4) ¿Considera que el estrés puede afectar la memoria?

Si No No sabe / no contesta

5) ¿Cree que realizar actividad física periódicamente (3 veces por semana) previene los problemas de memoria?

Si No No sabe / no contesta

