

Facultad Calixto García

PESQUIZAJE DE DETERIO COGNITIVO EN EL CONSULTORIO MEDICO 1, POLICLINICO TAMAYO, HABANA VIEJA 2009-2011

Autores:

Dra. Alina de la Cruz del Valle¹, Dra. Yaqueline González Triana²,
Alicia Carreras Fernández³

1 Profesor Auxiliar, Especialista I grado MGI, Máster

2 Profesor Instructor, Especialista I grado MGI, Máster

3 Profesor Asistente, Especialista I grado Pediatría, Máster

RESUMEN

Es conocido el impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población. Los problemas de memoria afectan justamente al 50 % de las personas mayores de 60 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población. Los procesos degenerativos encefálicos y vasculares que surgen inevitablemente de origen orgánico, condicionan terreno propicio para la disminución de las funciones vitales como las cognitivas, dentro de estas la memoria, persistiendo además otras de carácter funcional que surgen en etapas tempranas y aumentan el riesgo (por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo) de que circunstancias sociales y familiares adversas contribuyan a dicho proceso. Motivados por ello se realizó estudio descriptivo de tipo retrospectivo para determinar la presencia de deterioro cognitivo teniendo en cuenta la edad, el sexo y el nivel de escolaridad de los pacientes del consultorio 1 del policlínico Diego Tamayo del municipio Habana Vieja en el período comprendido entre 2009 - 2011. Se les aplicó el Test cognitivo "Mini-Mental State examination" de M. F. Folstein, S. E. Folstein y P. R. McHugh validado en el año 1975. Se creó una base de datos con los resultados de las respuestas de los 187 pacientes encuestados.

En el estudio predominó el grado leve de deterioro cognitivo, prevaleció el sexo femenino, el grupo etario de mayor deterioro fue el de los pacientes mayores de 80 años y se pudo comprobar la estrecha relación entre el nivel de escolaridad y la afectación antes mencionada.

PALABRAS CLAVE: deterioro cognitivo, adulto mayor, depresión, atención primaria.

INTRODUCCIÓN

Los cambios en la estructura demográfica de la población y el crecimiento del número de personas mayores de 60 años es uno de los eventos más destacados acaecidos desde el siglo pasado. Satisfacer las crecientes demandas de servicios sociales y la salud de este segmento de la población así como identificar sus características en el orden biológico, psicológico y social representan un desafío que es importante no

ignorar. Hay cada día más viejos en el mundo. El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados y algunos como el nuestro exhiban una expectativa de vida al nacer de aproximadamente 76 años mientras que disminuye la fecundidad por lo cual ha variado en forma notable la pirámide poblacional del planeta. [1,2, 3]

Según las proyecciones demográficas de hoy día, se estima que la proporción de personas mayores de 65 años alcanzará el 20-25 % en el año 2020. En la actualidad, el segmento de la pirámide poblacional que más se expande es el correspondiente a los mayores de 75 años, mientras que la base se reduce drásticamente por la caída brutal de la natalidad. Esta tendencia al crecimiento constituirá uno de los retos más formidables a los que tendrán que enfrentarse las sociedades occidentales en un futuro cercano. [1, 3,4]

Es bien conocido el impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población, aún más si sumamos la morbilidad que este fenómeno conlleva. Cuba, junto con Argentina, Uruguay y Chile ocupan los primeros lugares en porcentaje de envejecimiento en el continente americano, encontrándose en la categoría de "vejez demográfica".

La población anciana en nuestra isla se ha duplicado en menos de 35 años, estimándose un aumento de un 20 % en el 2025, y se pronostica que 1 de cada 4 cubanos tendrá 60 años o más. [1,3]

Hecho que nos obliga a enfrentar cada vez con más frecuencia los problemas médicos habituales de los ancianos como: la incontinencia de esfínteres, las caídas, la inmovilidad, la depresión, el abuso o el maltrato, la polifarmacia y la demencia.

La senectud deberá ser entendida como la manera natural de envejecer el ser humano y no como un proceso patológico. Sin embargo, no existe un límite perfectamente definido entre "fisiológico y patológico", dado que las capacidades en el hombre, cuyo substrato natural son las aptitudes, vienen condicionadas por aspectos genéticos, laborales, económicos y culturales.

Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan justamente al 50 % de las personas mayores de 60 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población. Los procesos degenerativos encefálicos y vasculares que surgen inevitablemente en las últimas etapas de la vida de origen orgánico, condicionan terreno propicio para la disminución de las funciones vitales como las cognitivas, dentro de estas la memoria, persistiendo además otras de carácter funcional que surgen en etapas tempranas y aumentan el riesgo (por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo) de que circunstancias sociales y familiares adversas contribuyan a dicho proceso.

El incremento de la expectativa de vida en la población ha ocasionado un aumento de

las enfermedades que aparecen en edades avanzadas y resulta de gran importancia investigar aquellas que causan incapacidad física y se asocian con deterioro intelectual, por afectar directamente la calidad de vida del paciente.

La reciente apertura de las neurociencias cognitivas ha generado un creciente interés por comprender las funciones y los sustratos neurales de las denominadas funciones cognitivas de alto nivel. En las dos últimas décadas, la neurología conductual y la neuropsicología han evolucionado a pasos agigantados bajo el influjo de los modelos teóricos provenientes de la Psicología Cognitiva, pero también por el avance de nuevos y sofisticados métodos que permiten estudiar la actividad cerebral durante los procesos cognitivos. Las técnicas de neuroimagen y los modelos computacionales de las funciones cognitivas de alto nivel han arrojado nuevos datos y modelos sobre el intrincado mundo del funcionamiento cerebral. La gran trampa que nos puede tender la vejez es asimilar adaptación a anulación y, para evitarlo, las personas de edad deberían intentar conservar al máximo su salud física y mental, rescatándolas de una fácil inercia de abandono. Saber envejecer no consiste sólo en cuidar los órganos que van fallando o prevenir como sea los golpes que amenazan un precario equilibrio, sino en mantener e incluso desarrollar la actividad donde todavía no ha sido tocada.

El problema se presenta bajo un aspecto muy particular en el retirado o jubilado, ya que la mayor parte de su actividad intelectual ha estado hasta ese momento inscrita en el ciclo profesional y de repente se ha hecho el vacío. Esto puede provocar una grave perturbación, un choque que puede traer serias repercusiones sobre la salud general. La edad cronológica de por sí no determina de forma rígida el deterioro intelectual, sino que éste es el resultante de un proceso de progresiva pérdida funcional o de una patología senil. Además de la edad, en el mantenimiento de las capacidades intelectuales interviene la motivación de persistir en el uso de las mismas, lo cual actúa como freno o retraso a su involución. Es por ello por lo que la estimulación ambiental acostumbra a tener un papel preponderante en cuanto a facilitar la movilización psíquica y física del sujeto.

En tal sentido la Lic. M^a José González (2003), plantea que, el hecho de que la juventud, entendida como etapa social, sea un concepto relativamente moderno, hace que nuestros mayores hayan pasado bruscamente de la infancia a la edad adulta con todo lo que ello implica y que, por tanto, se haya bloqueado una etapa especialmente apta para la adquisición de hábitos de aprendizaje y de desarrollo de la personalidad. [4] .También hay que tener en cuenta que, para la gran mayoría de las personas de edad, la escasez de medios económicos hizo del todo imposible que adquirieran en su época una educación superior, no llegando ni siquiera a plantearse esa posibilidad. La actitud del anciano que manifiesta un sentimiento de apatía y resignación, que frena su iniciativa de buscar la manera de mantenerse en activo, es la que hace que éste no contrarreste las limitaciones psíquicas que experimenta. Por lo que puede suponerse que la declinación de las habilidades se deba más a la falta de entrenamiento y al abandono de la actividad que al proceso biológico propiamente dicho. Como dijo Perogrullo: "si el uso excesivo lleva al desgaste, la falta de uso lleva a la atrofia".

Se acostumbra a analizar el decremento de la inteligencia en los ancianos y en muy pocas ocasiones se destacan los aspectos en los que ellos superan claramente a los más jóvenes, como son la experiencia y la acumulación de conocimientos. Si su inteligencia "fluida" (establecimiento de relaciones, extracción de inferencias, etc.) ha dejado de progresar, su inteligencia cristalizada (la que se relaciona con el fruto del aprendizaje y la experiencia), por el contrario, sigue enriqueciéndose. Tal vez sean menos rápidos, pero pueden aportar una visión más de conjunto, evaluar mejor los "pros" y los "contras", tener puntos de referencia, etc. Deterioro cognitivo en la senectud.

Lo que frecuentemente contribuye a la torpeza intelectual de las personas de edad, es el hecho de vivir apartadas de la sociedad y de la relación con las demás personas. En la senectud ya no se tienen responsabilidades directas, se reducen las oportunidades de charlar con la gente que aún lleva una vida activa y sus preocupaciones se van reduciendo, al igual que su curiosidad intelectual. El anciano va así aislándose del mundo exterior y se confina entre las cuatro paredes de su hogar, con lo cual sus conversaciones se reducen a las molestias acerca de su salud y a aspectos muy puntuales o bien del pasado, que generalmente son siempre los mismos. Esto provoca, en las personas que les visitan o que hablan con ellos, el sentimiento de que su compañía no es más que una formalidad que no procura distracción ni consuelo a su soledad igual.

En la población que se lleva este estudio es una población densamente poblada y constituye uno de los cuatro municipios que adquieren esta categoría en ciudad de la Habana lo que posibilita que este tipo de trastornos sean frecuentes en la población en estudio de 913 pacientes como universo se tomó como muestra al total de la población mayor de 60 años que fue de 187 pacientes lo que significó un 20.48% de personas de la tercera edad es decir una quinta parte de la población por este motivo me he inspirado en hacer este trabajo para reconocer en estos pacientes un deterioro de sus funciones que tan útiles nos fueron en algún momento de nuestras vidas y así tratarlas a tiempo y prevenirla desde el área de salud.

Por ello nos propusimos determinar el grado de deterioro cognitivo de la población de la tercera edad del Consultorio del Médico de Familia (CMF) # 1 del Policlínico "Diego Tamayo" del municipio Habana Vieja, por medio de test cognitivo. Determinar el nivel de deterioro cognitivo por grupo de edades.

Analizar la relación entre edad, sexo y deterioro cognitivo así como la relación entre Nivel escolar y deterioro cognitivo

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el estudio en el Consultorio # 1 del Policlínico Diego Tamayo del municipio Habana Vieja de tipo prospectivo de corte transversal. Se tomó como muestra el 100 % de la población mayor de 60 años del CMF # 1 del Policlínico que constituye una

muestra representativa con un total de 187 pacientes. Como criterio de exclusión se consideró a pacientes que ya están diagnosticados con demencia, Se analizaron y evaluaron las encuestas aplicadas así como la relación del deterioro cognitivo con el sexo, la edad, el nivel escolar y el grupo etario más afectado.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Observación del DC según el sexo
Edad	Cuantitativa continua	60 -69 70- 79 Mayores de 80	Análisis Según grupos de edades de los pacientes	Agrupación de los pacientes mayores de 60 años.
Nivel Escolar	Cuantitativa continua	Primario Secundario Bachiller Universitario	Análisis del nivel Sociocultural	Evaluación del nivel de esta variable
Deterioro cognitivo		Leve Moderado Severo	Análisis del grado de deterioro cognitivo	Evaluación del nivel de esta variable

Para esta investigación contamos con el consentimiento informado de todos los pacientes así como de sus familiares, los cuales fueron comunicados de la importancia del mismo y solo recibimos dos pacientes que se negaron a la realización de la encuesta dándoles el derecho obviamente a que así fuese.

Técnicas y procedimientos

Se aplicó del Test cognitivo “Mini-Mental State examination” de M. F. Folstein, S. E. Folstein y P. R. McHugh validado en el año 1975 [5, 6,7,] Para el análisis estadístico se utilizaron gráficos y cálculos de significación de la muestra en por cientos. Su realización se apoyó en el programa Microsoft EXCEL.

Finalmente los resultados se registraron en tablas para la mejor comprensión, análisis y discusión de los resultados.

El Examen Cognoscitivo Mini-Mental. (MMSE)

El Examen Cognoscitivo “ Mini-Mental ” (Folstein y Cols. , 1975) se trata de un test sencillo y útil que, como resumen los autores americanos originales, es fiable y válido, rápido y fácil de utilizar (10 minutos) y aceptable para los clínicos y para los individuos examinados. [5, 6, 7,8].

Debe quedar claro desde el principio que el Mini-Mental no es un instrumento diagnóstico per se. Es decir, sólo con él no puede diagnosticarse deterioro cognitivo; pero sí documenta y objetiva el rendimiento cognoscitivo, de modo que el clínico, al ver una baja puntuación en el test, prosigue su juicio diagnóstico. [9, 10, 11,12]

Las áreas de exploración de este sencillo test son:

- Orientación temporo-espacial
- Capacidad de atención, concentración y memoria
- Capacidad de abstracción (cálculo)
- Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
- Capacidad para seguir instrucciones básicas

Conceptos importantes a tener en cuenta:

I. Escala de Orientación: Proporciona información acerca de la capacidad de orientación en espacio y tiempo que tiene la persona.

Una puntuación baja puede indicar: una desorientación de la persona en relación al lugar y al tiempo, por lo que se debe prevenir a los familiares del riesgo que tiene de perderse si sale sola de la casa.

II. Escala de Registro: Indica la capacidad que tiene la persona para registrar información en la memoria.

III. Escala de Atención y cálculo: Esta escala mide la capacidad de atención, concentración y abstracción que tiene la persona. Una puntuación baja puede indicar: dificultad para atender y concentrarse; discalculia o acalculia (disminución o pérdida de la habilidad con los números).

IV. Escala de Recuerdo: Mide la memoria reciente de la persona: decir su capacidad para recordar información recientemente adquirida.

V. Escala de Lenguaje:

a. Indica la capacidad que tiene la persona para expresarse mediante palabras, para repetir y para seguir instrucciones básicas.

b. Determina también la capacidad de la persona para la escritura.

Una puntuación baja puede indicar: problemas de motricidad fina; dificultad de expresión verbal o escrita; dificultad y juicio de razonamiento.

Por otro lado, la repetición del dibujo (de Bender) indica la capacidad de percepción viso-espacial, concentración, organización y coordinación motora (fina) que tiene la persona.

Una puntuación baja puede indicar: déficit en la percepción viso-espacial; dificultad de organización; dificultad motriz; presencia de deterioro mental al existir dificultad en la integración de sus partes adición u omisión de ángulos; pero puede indicar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que si utiliza lentes, los use al realizar esta prueba. [13,14]

- Aplicación del test. Recomendaciones generales:

- El MMSE es una prueba destinada para ser administrada de forma individual.
- No tiene límite de tiempo.
- Se la debe tomar en un lugar propicio, confortable y sobre todo, libre de ruidos distractores así como de intrusiones.
- El examinador deberá estar familiarizado con la prueba y sobretodo con las instrucciones referentes a las diferentes escalas.
- El examinador deberá crear una situación relajante y de confianza para el examinado.
- Es preferible realizar una entrevista con el paciente antes de la toma de la prueba, con el objetivo de tener algunos datos del paciente y también para poder hablar de sus intereses y pasatiempos, con el fin de lograr que el paciente comience la prueba algo relajado. Además, como ya se mencionó anteriormente, se debe tomar muy en cuenta su estado de ánimo.
- El examinador deberá hacer un esfuerzo por obtener una cooperación constante por parte del sujeto y mantenerlo motivado, sin que esto signifique que se hagan observaciones sobre lo acertado o equivocado de sus respuestas.
- Las instrucciones para esta escala, deberán ser siempre las que estén impresas en el protocolo y deberán ser leídas por el examinador con claridad y precisión.
- Si el examinado corrige una respuesta, se le debe dar crédito a la respuesta correcta.

Calificación e interpretación de los resultados

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Para calificar el profesional deberá:

- Puntuar cada alternativa de respuesta (de acuerdo al valor dado en el protocolo).
- Luego deberá sumar todas las respuestas dadas por el paciente (puntuación máxima es de 30).
- Buscar el puntaje total obtenido en la parte posterior del protocolo.
- Pero puede indicar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que si utiliza lentes, los use al realizar esta prueba.

Resultados del test:

- Una nota de 0 a 9 corresponde a un deterioro cognitivo severo
- Una nota de 10 a 19 corresponde a una forma moderada de Deterioro Cognitivo
- Una nota de 20 a 24 corresponde a una forma ligera de Deterioro Cognitivo
- Una nota superior a 27 es juzgada correcta.
- Sospechamos deterioro cognitivo con un resultado menor de 24

Este instrumento, de amplio uso en la investigación en grupos comunitarios, abarca las áreas de la orientación, registro, atención, cálculo, recuerdo, lenguaje y construcción vídeo espacial. La forma de medir la discapacidad mental, a través del MEM, puede llevar a posiciones desventajosas a quienes tienen una subescolaridad, pues algunas de las tareas tienen que ver con el dominio de operaciones aritméticas y la utilización del lenguaje escrito. [5,16]

Más recientemente se introdujo un nuevo test cognitivo mucho más amplio y abarcador que se obtuvo en un estudio basado en la población en el año 2003, por el grupo de investigaciones de la demencia 10/66, aunque no ha sustituido el empleo del test antes mencionado. [15] el cual otorga una puntuación de 30 y se determina como punto de corte 24 puntos para valorar déficit cognitivo.

Esta prueba no debe ser tomada como la única fuente de diagnóstico, porque se deben destacar en primer lugar otras falencias que pueden tener los mismos síntomas de demencia como es la Enfermedad de Alzheimer pero que pueden resultar reversibles, como son por ejemplo:

1. Depresión.
2. Ingestión de alguna droga.
3. Problemas metabólicos.
4. Deprivaciones ambientales.
5. Alcoholismo.
6. Infecciones: Meningitis, Encefalitis, etc.
7. Problemas de nutrición: Disminución de B6 y B12.
8. Hemorragia subaracnoidea, etc. [5,15]

El MMSE se desarrolló para determinar la demencia y el delirium en población sin dificultades de aprendizaje (Folstein et al. 1975). En los estudios referidos a las limitaciones del MMSE, autores como Myers (1987) evaluaron su aplicación en personas que tenían dificultades de aprendizaje y encontraron que era inapropiado para personas con niveles moderados o severos de minusvalía y en personas con nivel leve de minusvalía pero sin habilidad lecto-escritora. [[14, 15,16]

Falsos positivos y falsos negativos en el Mini-Mental.

Falsos positivos:

- Edad avanzada.
- Escolaridad deficiente.
- Psicastenia, apatía.
- Situaciones especiales.
- Depresiones (?).

Falsos negativos:

- Lesiones focales SNC.
- Nivel intelectual/educativo elevado.

Un aspecto fundamental para evitar en la práctica los “falsos positivos” es evaluar el rendimiento en las actividades cotidianas. Es cuando éstas se afectan por la pérdida de la memoria y de otras facultades intelectivas cuando aparece la significación clínica, como hemos visto. [5, 15,17]

RESULTADOS

En la tabla 1 aparecen reflejados el total de los pacientes divididos por sexo y por grupos de edades. De los 187 pacientes entrevistados 102 pacientes, (54.5%) son pertenecientes al sexo femenino y 85 (45.4%) pertenecientes al sexo masculino. Los grupos de edades están divididos en tres rangos 60-69, 70-79 y mayores de 80 años.

Del sexo femenino fueron entrevistadas 45 (44.12%), 40 (88.89%), 17 (42.50%) pacientes respectivamente y del sexo masculino 42 (49.41%), 30 (71.43%), 13 (43.33%) pacientes respectivamente. Como se observa es una población donde predomina el sexo femenino

Tabla 1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO

Sexo	Grupo de Edades	Cantidad de Pacientes	%	Total de pacientes	%
M	60-69	42	49,41	85	45,5
	70-79	30	71,43		
	> 80	13	43,33		
F	60-69	45	44,12	102	54,5
	70-79	40	88,89		
	> 80	17	42,50		

Fuente: Historia Clínica Familiar consultorio 1 Policlínico Diego Tamayo

Tabla 2

Después de haber revisado minuciosamente las encuestas aplicada cuyos resultados se muestran. Se obtuvo que de los 187 pacientes encuestados, 54 (28.8%) presentaron algún grado de deterioro cognitivo.

El sexo femenino fue el más deteriorado con 34 pacientes lo que significó un 33.3% y 20 pacientes en el sexo masculino para un 23.53%.

Tabla 2 Deteriorados según sexo

Deteriorados	Cantidad	%
Masculinos	20	23,53
Femeninos	34	33,33
Total	54	28,88

Fuente: Resultados del MMSE

Tabla 3

En la tabla se encuentra reflejada la cantidad de pacientes por sexo y dividido por tres grupos de edades 60 - 69 , 70 - 79 y mayores de 80 años donde del primer grupo se entrevistaron 87 11.5% del segundo grupo 70 pacientes lo que represento un 38.6% y del grupo de pacientes mayores de 80 años fueron encuestados 30 para un 56.7 % , se pudo encontrar que el grupo de edad más deteriorado fue el de mayores de 80 años ,el segundo grupo etareo en afectarse fue el concerniente a 70 - 79 años y el menos afectado fue el rango de edades de 60- 69

Tabla 3 Sexo y grupo edades

Edad	Deteriorados	Total	%
60-69	10	87	11,5
70-79	27	70	38,6
> 80	17	30	56,7

Fuente: Resultados del MMSE

En la tabla 4 están reflejados los niveles de escolaridad de los pacientes encuestados y divididos por sexo. Como se refleja en la tabla el nivel primario fue el que predominó en ambos sexos

El sexo femenino fue el que menor instrucción alcanzó con 20 pacientes que solo habían alcanzado el nivel primario, 7 el nivel secundario, 6 el bachiller y solo1 paciente el nivel universitario .En el sexo masculino las cifras fueron 7, 6, 5,2 respectivamente

El total arroja que el nivel primario fue el predominante con 27 pacientes para un 50% del total de los sometidos a la encuesta.

Tabla 4

Según sexo y nivel de escolaridad

	Primaria		Secundaria		Bachiller		Universitario	
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%
Masculino	7	35	6	30	5	25	2	10
Femenino	20	59	7	21	6	18	1	3
Total	27	50,0	13	24,1	11	20,4	3	5,6

Fuente HC Familiares

La tabla 5 refleja los

resultados obtenidos después de haber analizado los resultados de las encuestas aplicadas en ella está el grado de deterioro encontrado el punto de corte para determinar deterioro cognitivo leve fue de menor de 24 para el deterioro moderado 19 puntos incluyendo este valor y menor de 10 para el deterioro cognitivo severo McDowell et al. Community screening for dementia.

De los 187 pacientes encuestados 43, (79,6 %) presentaron un deterioro leve y 11 (20,4%) pacientes presentaron un deterioro moderado y ninguno presento deterioro severo 133 71.12% pacientes no presentaron ningún grado de deterioro

Tabla 5 **Pacientes con distinto grado de deterioro cognitivo.**

Grado de Deterioro	Cantidad	%
Leve	43	79,6
Moderado	11	20,4
Severo	0	0,0

Fuente: Resultados del MMS

DISCUSIÓN

Después de haber revisado minuciosamente las encuestas aplicada .Se obtuvo que de los 187 pacientes encuestados, 54 (28.8%) presentaron algún grado de deterioro cognitivo.

El sexo femenino fue el más deteriorado con 34 pacientes lo que significó un 33.3% y 20 pacientes en el sexo masculino para un 23.53%.

En las investigaciones realizadas por los doctores Guerra Hernández y otros (Prevalencia de la demencia en la población mayor de 65 años. Ciudad de La Habana, Policlínico docente "Carlos J. Finlay". Tesis de Grado) y Martín Guerrero y otros (Síndrome demencial. Estudio en un área de salud de Santiago de las Vegas. Ciudad de La Habana, 1990. Tesis de Grado) se encontraron resultados coincidentes, en otro trabajo investigativo realizado en el municipio playa por un grupo de investigadores del hospital Hermanos Ameijeiras en el año 1999 se obtuvo una prevalencia en el sexo femenino [10,18,19,20]

En los estudios realizados por Copelan , Morgan y otros autores encontraron similares resultados [20,21], pero otros trabajos muestran una frecuencia similar en ambos sexos, y algunos autores Katzman R y Shang MY, no hacen ninguna distinción. [22,23,24]

Los autores Dr. Pedro Casanova Sotolongo, Dr. Pedro Casanova Carrillo y Lic. Carlos Casanova Carrillo 2004.2005.2006 citan que en realidad no se conocen sus causas lo explican por ser las mujeres prevalentes en el grupo de 80 y más años, lo cual posibilita que sean más afectadas. Es decir que parece que la posible explicación esta en que las mujeres son más longevas que los hombres [10, 12, 18, 19, 20,25]

Así debemos también pensar que las mujeres tenían más limitadas las posibilidades de cursar estudios y de ampliar su campo de aprendizaje ya que quedaban resumidas a las labores del hogar es decir todo esto está en íntima relación con su expectativa de rol.

Se constató que el grupo de edad más deteriorado fue el de mayores de 80 años ,el segundo grupo etario en afectarse fue el concerniente a 70 - 79 años y el menos afectado fue el rango de edades de 60- 69 este resultado concuerda con el estudio que se realizó en el policlínico primer de mayo del municipio playa y los de García F, Regato P, Alvarez M, Gorroñoigoitia 1997 [26,27] encontraron resultados en sus trabajos resultados similares existen discusiones sobre el inicio del proceso es decir la edad de comienzo algunos investigadores refieren que a partir de los 60 años comienzan sus manifestaciones ligeras otros investigadores refieren que partir de los 45 años otros se expresan que a partir de los 75 años es decir no existe un total acuerdo con la edad de inicio pero si todos coinciden en que su etapa mas marcada es a partir de los 80 años es decir que el mayor deterioro se produce a partir de esta edad. [28, 29, 30,31],

Se puede afirmar que los individuos mantienen un buen nivel de competencia cognitiva hasta después de los 75 años. Sin embargo, existe una polémica entre dos líneas de investigación: los estudios longitudinales, como los de Baltas y Sáchale y Baltas [28, 31,32], muestran que el deterioro es ligero hacia los 60 años y más importante a partir de los 80 años, mientras que los estudios transversales, como los de Horna y Donaron hablan de un deterioro muy marcado a partir de los 45 años.

En términos generales, lo que sí parecen aceptar todos es que hay un mantenimiento hasta los 60 años, pequeños deterioros hasta los 75 años y grandes pérdidas a partir de los 80 años. [28, 29, 31,32]

Los procesos biológicos involutivos son los que parecen determinar primariamente los déficit cognitivos, aunque existen coadyuvantes y/u otros determinantes de tales pérdidas. En términos generales, el primero de ellos es la deprivación sensorial a la que con frecuencia es sometido el anciano, la cual puede provocar trastornos en las estructuras cerebrales y, por ende, en el comportamiento cognitivo.

Por otro lado está la mayor incidencia de trastornos físicos en la edad avanzada (enfermedad aguda o crónica, deterioro sensorial), a los cuales hay que añadir los efectos secundarios de la medicación administrada para aliviarlos etc.). Por otro lado, el éxito en las tareas cognitivas también viene determinado por la naturaleza de las mismas; cuanto más se acerque a la experiencia cotidiana de cada persona y cuanta menos exigencias en la rapidez y agilidad precise para su ejecución, mayor probabilidad de buen rendimiento tendrán las personas mayores

La mayoría de los estudios sobre los procesos de envejecimiento muestran que en los ancianos se producen principalmente tres déficits de memoria: lentitud y/o bloqueo en la recuperación de la información familiar, lentitud en la recuperación de la información nueva o reciente y dificultad en memorizar ciertos tipos de información. Pero además de estos déficits se puede producir un enlentecimiento en las habilidades perceptivo-motoras y sobre el procesamiento de información. [28,30,32,33,34]

La doctora María José Gonzáles 2003 no coincide con este criterio considera que la edad no es determinante , que lo que determina el nivel de competencia cognitiva de las personas mayores no es tanto la edad, sino factores como el nivel de salud, el nivel educativo y cultural, la experiencia profesional y los aspectos emocionales y afectivos (motivaciones, bienes estar [4,6,23]

Este también es un punto importante que parece tener un gran vínculo con este comportamiento de las habilidades cognitivas. Se han comprobado que cuando el anciano se deprime el proceso se incrementa es por esto que mantener un completo estado de bienestar es lo más importante y a veces difícil de mantener por las características propias de la edad que se tornan lábiles y se exacerban sus características de personalidad lo que a veces le dificulta la relación con los más jóvenes que no los comprenden [8]

Las muestras clínicas indican que entre el 30-50% de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas depresivos. [23,30] Los síntomas depresivos son una fuente importante de discapacidad funcional adicional a la causada por el deterioro cognitivo. Por otra parte, los pacientes de edad avanzada con episodios depresivos mayores sin demencia presentan habitualmente déficit cognitivos que también

empeoran el funcionamiento general. Aunque los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo pueden darse de forma independiente o coexistir sin aparente conexión, cada vez existen más datos que sugieren una correlación que pudiera llegar incluso a ser etiológica.

El nihilismo terapéutico ha sido la reacción más frecuente ante estos cuadros. Sin embargo, los tratamientos específicos o sintomáticos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas depresivos de los pacientes con alteraciones cognitivas, mejorando de forma significativa el funcionamiento general de los mismos. [4, 23,33]

Otros de los factores de riesgo que se han encontrado son las enfermedades crónicas como la HTA, el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas. Como se refleja en la tabla el nivel primario fue el que predominó en ambos sexos. El sexo femenino fue el que menor instrucción alcanzó. El total arrojó que el nivel primario fue el predominante con 27 pacientes para un 50% del total de los sometidos a la encuesta.

Estos resultados concuerdan con varios estudios realizados por ejemplo en el policlínico "Primero de Enero" en el municipio Playa de Ciudad de La Habana, por un grupo de doctores del hospital hermanos Ameijeiras 2003 donde en su investigación el nivel primario fue de 66.6% [35]. Similares resultados encontraron Sánchez y López 1997 [36] donde el test aplicado en su trabajo investigativo también vieron relación entre el deterioro cognitivo y el nivel de escolarización.

De todo lo anterior podemos suponer que es lógico que se incrementen las diferencias entre los ancianos y las generaciones más recientes, las cuales obtienen unos niveles de inteligencia más elevados debido a su mayor escolarización y a la mejora de las técnicas instruccionales. De igual forma, es lógico pensar que en la vejez los hábitos, costumbres y normas derivados del proceso de socialización que han sido internalizados desde la infancia operen con cierta cristalización, producto de la experiencia acumulada del sujeto así como de su interpretación personal y propia de la implantación cultural. [37]

Katzman ha sugerido que las personas que tienen alto nivel de educación tienen un riesgo menor de presentar deterioro cognitivo, según expresa en su concepto de "reserva neuronal", donde plantea que aquellos individuos educados poseen mayores sinapsis corticales que los iletrados, y están más capacitados para hacer frente al deterioro causado por pérdida neuronal característica de la demencia.

Otros autores, [38,39] han afirmado que un nivel elevado de educación protege contra la demencia; sin embargo, un estudio realizado por Beard y otros (1992) en una población rural de Virginia, EUA, encontraron que el 44,0 % de los pacientes analizados tenían noveno grado de educación y presentaban demencia. [28]

Se han propuesto varios mecanismos por los cuales una actividad neuronal alta podría influir favorablemente en la regulación de los depósitos de la proteína beta-amiloide, lo

cual impide o retrasa el proceso de la demencia. [40]

Con este mismo criterio concuerdan investigadores como (Troyer, Moscovitch y Winocur (1997); y Bolla., (1998).donde se refieren que el nivel educacional no parece ser un buen predictor del rendimiento en estas pruebas. Este dato va en la misma línea de los hallazgos de otros autores que, o bien han obtenido efectos mínimos o no han encontrado ningún efecto de esta variable. [29]

La tabla refleja los resultados obtenidos después de haber analizado los resultados de las encuestas aplicadas en ella está el grado de deterioro encontrado el punto de corte para determinar deterioro cognitivo leve fue de menor de 24 para el deterioro moderado 19 puntos incluyendo este valor y menor de 10 para el deterioro cognitivo severo McDowell et al. Community screening for dementia

De los 187 pacientes encuestados 43, (79,6 %) presentaron un deterioro leve y 11 (20,4%) pacientes presentaron un deterioro moderado y ninguno presento deterioro severo 133 71.12% pacientes no presentaron ningún grado de deterioro ,lo que equivale a un 28.8 % estos resultados se comparan con un estudio realizado en Navarra 2005 España donde los resultados fueron estadísticamente comparativos .Así también en un estudio realizado en tres consultorios del municipio playa por investigadores del hospital hermanos Ameijeiras se encontraron resultados comparables La mayoría de los pacientes en el estudio presentó un grado ligero de deterioro cognitivo.

En la investigación realizada por Pérez y otros(21) encontraron el 67,7 % de los pacientes con grado leve, el 23,2 % con grado moderado y el 9,2 % con grado severo, lo cual coincide con nuestros resultados. Estadísticamente La frecuencia de deterioro cognitivo es variable en las diferentes investigaciones. Estudios de prevalencia señalan que entre el 4,0 y el 5,0 % de las personas mayores de 60 años tienen deterioro cognitivo y esta cifra se incrementa hasta el 10,0 % teniendo en cuenta las formas de comienzo o ligeras.20-22 Pérez y en un estudio de prevalencia de demencia, realizado en el municipio Habana Vieja encontraron el 10,5 % de personas con la enfermedad en una muestra de 2 380 pacientes entrevistados. En las investigaciones realizadas por los doctores Guerra Hernández y otros (Prevalencia de la demencia en la población mayor de 65 años. Ciudad de La Habana, Policlínico docente "Carlos J. Finlay". Tesis de Grado) y Martín Guerrero y otros (Síndrome demencial. Estudio en un área de salud de Santiago de las Vegas. Ciudad de La Habana, 1990. Tesis de Grado) se observaron cifras de prevalencia del déficit cognitivo de 7,7 y 16,5 % de deterioro cognitivo, respectivamente, en edades superiores a los 65 años. Pérez Martínez citando a Ser T del, Peña J da su concepto como que en la actualidad, el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial presupone un nivel cognitivo al actual, un declive o merma

respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. En un sentido amplio puede definirse como toda alteración de las capacidades mentales superiores, ya sea focal o múltiple. Algunos investigadores lo definen como un síndrome: conjunto de disminuciones de diferentes actitudes intelectuales. [1,3,6,40]

El concepto hace referencia a uno de los momentos del continuum cognitivo que se inicia en la mente sana con un cerebro sano, se sigue a un estado de mente sana sobre un cerebro en riesgo, y a otro de mente sana sobre un cerebro ya enfermo. En el momento siguiente, la mente comienza a deteriorarse y el proceso culmina en los estados convencionalmente definidos de demencia ligera, moderada y severa. Visto en este contexto, la demencia y el deterioro cognitivo constituyen diferentes fases o momentos de un mismo proceso. [1,3,25,36]

Nelson Gómez Viera (2003) citando a Ch. Wells (1977) da su definición de deterioro cognitivo como el “conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social.” [4,5]

En íntima relación con el concepto deterioro cognitivo está el de funciones cognoscitivas (cognitivas se le denomina con frecuencia en nuestro entorno). Esto no ha sido bien definido del todo. Se refiere a las que también se denominan funciones intelectivas o simplemente funciones superiores propias de la especie humana, a las actividades mentales como el recuerdo, el pensamiento, el conocimiento o el lenguaje. [6,38]

Para el tema que ocupa la atención de esta investigación, el interés máximo no debe dirigirse a capacidades cognoscitivas o intelectuales de tipo académico. Al médico le interesa sobre todo la llamada inteligencia práctica, o capacidades cognoscitivas prácticas, aquellas capacidades mentales que sirven al individuo para resolver problemas de la vida diaria, para realizar sus tareas cotidianas y adaptarse al medio; porque su deterioro llevará inevitablemente a la dependencia.

Cuando en la práctica clínica se quiere valorar de modo sencillo el deterioro cognoscitivo, es decir, la pérdida de funciones intelectivas que tuvo el individuo, se explora como mínimo la memoria y la orientación temporal y espacial; también se exploran a menudo, de modo más o menos sistemático, funciones como la atención y la concentración; las funciones de lenguaje como la nominación, la articulación; la fluencia verbal; la comprensión y la abstracción ; o la planificación y la ejecución.

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria

sin otra causa que lo explique. El disturbio de la memoria causa alteración 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. [7, 37, 39,40]

CONCLUSIONES

La población en estudio presentó un deterioro leve en general con un 43% de casos con este menor grado de deterioro y un 11 % de deterioro moderado y ningún caso de deterioro severo

El sexo femenino resultó ser el más deteriorado (33.3%) y el masculino (23.5%) de deterioro.

Quedó evidenciado que hay relación directa entre deterioro cognitivo y la edad al ser los mayores de 80 años los más afectados (56.7%).

El nivel escolar y el deterioro cognitivo mantienen su estrecha relación con la afectación antes mencionada. Al estar en el grupo menos favorecido por el nivel escolar el mayor número de casos. Se impone iniciar acciones tempranas más sistemáticas y multisectoriales para evitar el avance de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pérez Martínez Víctor T. 1 Rev. Cubana Mes Gen Integra 2005; 21(1-2) El deterioro cognitivo: una mirada previsor
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi171-205t.htm
- 2- Ser T del, Peña J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous; 1994
- 3- Gómez Víctor. Deterioro cognitivo leve y envejecimiento normal
<http://hipocampo.org/menudemencias.htm> consultado 22-7-2010
- 4- González Mª José EL DETERIORO COGNITIVO EN LA SENECTUD por
www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art11004 2003
<http://www.psicocentro.com/> consultado 22-3-2009
- 5- Folstein .Mini-Mental State Examination MMSE de Folstein
<http://hipocampo.org/folstein.htm> 2006 consultado 23-3-2009
- 6-www.neuromedia.ca El mini examen del estado mental (MMSE) 2005
<http://www.neuromedia.com/AMTtreeonline/ES/MMSE.htm> consultado 23-3-2009
- 7- Mini-Mental State Examination MMSE de Folstein Web diseñada y mantenida por Ricardo de la Vega Cotarelo, médico especialista en Medicina Interna, y Antonio Zambrano Toribio, médico especialista en Neurología. Última modificación de esta página: 26 Julio, 2006
- 8- Mini-Mental State Examination (MMSE) Un Servicio de Medicina Geriátrica – MG -
www.medicinageriatrica.com.ar 12/01/2005, consultado 23-3-2009
- 9- Buiza, C; Etxeberria, I; Yanguas Lezaun, J Deterioro cognitivo grave Filiación: Instituto Gerontológico Matia-INGEMA Fecha de creación: 01-04-2005
- 10 – Rev. Cubana Med 2003; 42(1):12-7 Artículos originales Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras” Servicio de Neurología Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo Dr. Nelson Gómez Viera, Dra. Beatriz María Bonnin Rodríguez, Dra. Marisel T. Gómez de Molina Iglesias, Dra. Belkis Yáñez Fernández y Dr. Arnaldo González Zaldívar
http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/med02103.pdf
- 11 Wells Ch. Dementia: Definition and description. En: Wells ch. (DIR) 2.ed. Dementia, Philadelphia: Davis, 1977.
- 12 A. Lobo*, P. Saz**, J.F. Roy**** Deterioro cognoscitivo en el anciano Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace. ** Profesor Titular de Psiquiatría. ***Licenciado en Psicología. Becario FPI, Gobierno de Aragón. Hospital Clínico Universitario y Universidad de Zaragoza. consultado 22-7-2010
- 13 -Camp, CJ; Koss, E y Judge, KS (1999). Cognitive assessment in late-stage dementia. En PA Lichtenberg (edit), Handbook of assessment in clinical gerontology, NY: John Wiley and sons
- 14 - BUIZA, A, ETXEERRIA, I, YANGUAS, J (2008). “Deterioro cognitivo grave”. Madrid. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 27. [Fecha de publicación: 01/04/2008].

- 15 - McDowell et al. Community screening for dementia: the Mini Mental State Exam (MMSE) y Modified Mini-Mental State Exam (3MS) compared. *J. Clinical Epidemiology*, 50, 377-383, 1997.
- 16 - Pruebas de evaluación del delirium - www.biopsicologia.net/fichas/page_4350.html www.biopsicologia.net
- 17 - Camp, CJ; Koss, E y Judge, KS (1999). Cognitive assessment in late-stage dementia. En PA Lichtenberg (edit), *Handbook of assessment in clinical gerontology*, NY: John Wiley and sons
- 18- García F, Regato P, Álvarez M, Gorroñoigoitia A. Actividades preventivas y de promoción de la salud en los ancianos. En: *Atención al anciano. SemFYC 2009*; 49-77.
- 19- Harrell, IE; Marson, D; Chatterjee, A y Parrish, JA (2000). The Severe Mini-Mental State Examination: a new neuropsychologic instrument for the bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer Disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 14 (3), 168-175.
- 20- BUIZA, A, ETXEBERRIA, I, YANGUAS, J (2008). "Deterioro cognitivo grave". Madrid. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 27. [Fecha de publicación: 01/04/2008].
- 21- García FJ y Manubens JM. (2004) Enfermedad de Alzheimer evolucionada. Concepto y epidemiología. *Med Clin Monogr (Barc)* 5(6): 3-8.
- 22- Deterioro Cognitivo Relacionado con la Edad (Age-Related Cognitive Decline) También indexado como: ARCD , Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad, Disminución de la Memoria Acorde con la Edad, Olvido Senil Benigno Copyright © 2004 Healthnotes, Inc. Todos los derechos reservados. www.healthnotes.com http://www.puritan.com/vf/healthnotes/NH_Lives/spanish/info/about.htm
- 23 - AGÜERA LF. Demencia y depresión: una interrelación multifactorial. En: Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA, Borrell J, Archer T, editores. *Avances neurocientíficos y realidad clínica (IV). Trastornos Cognitivos*. Madrid: CYM, 2001: 197-205.
- 24- LOGSDON RG, TERI L. Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. *J Am Geriatric Soc* 1995; 43: 150-155.
- 25 -Rev. Cubana Med Gen Integr 2004; 20(5-6) Deterioro cognitivo en la tercera edad Dr. Pedro Casanova Sotolongo, Dr. Pedro Casanova Carrillo y Lic. Carlos Casanova Carrillo http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgisus_604.htm
- 26- García FJ y Manubens JM. (2004) Enfermedad de Alzheimer evolucionada. Concepto y epidemiología. *Med Clin Monogr (Barc)* 5(6): 3-8.
- 27- MCKENZIE TB, ROBINER WN, KNOPMAN DS. Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1174-1178.
- 28 - VIDA S, DES ROSIERS P, CARRIER L, GAUTHIER S. Prevalence of depression in Alzheimer's disease and validity of research diagnostic criteria. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1994; 7: 238-244.
- 29- FORSELL Y, JORM A F, FRATIGLIONI, WINBLAD, B. Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1199-1202.

- 30-LAZARUS LW, NEWTON N, COHLER B, LESSER J, SCHWEON C. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 41-45.
- 31- Deterioro Cognitivo Relacionado con la Edad (Age-Related Cognitive Decline) También indexado como: ARCD , Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad, Disminución de la Memoria Acorde con la Edad, Olvido Senil Benigno Copyright © 2004 Healthnotes, Inc. Todos los derechos reservados. www.healthnotes.com
http://www.puritan.com/vf/healthnotes/NH_Lives/spanish/info/about.htm
- 32- AGÜERA LF. Demencia y depresión: una interrelación multifactorial. En: Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA, Borrell J, Archer T, editores. *Avances neurocientíficos y realidad clínica (IV). Trastornos Cognitivos*. Madrid: CYM, 2001: 197-205.
- 33- LOGSDON RG, TERI L. Depression in Alzheimer's disease patients: caregivers as surrogate reporters. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 150-155.
- 34- MCKENZIE TB, ROBINER WN, KNOPMAN DS. Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1174-1178.
- 35- CARRIER L, GAUTHIER S. Prevalence of depression in Alzheimer's disease and validity of research diagnostic criteria. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1994; 7: 238-244.
- 36- FORSELL Y, JORM A F, FRATIGLIONI, WINBLAD, B. Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1199-1202.
- 19-LAZARUS LW, NEWTON N, COHLER B, LESSER J, SCHWEON C. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 41-45.
- 37- REIFLER BV, LARSON E, HANLEY R. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatient. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 623-626
- 38- SULTZER DL, LEVIN HS, MAHLER ME, HIGH WM, CUMMINGS JL. Assessment of cognitive, psychiatric and behavioral disturbances in patients with dementia: The Neurobehavioral Rating Scale. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 549-555.
- 39-CUMMINGS JL, MILLER BL, HILL MA. Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1987; 44: 389-393.
- 40- LOCKWOOD KA, ALEXOPOULOS GS, KAKUMA T, VAN GORP WG. Subtipos de deterioro cognitivo en adultos de edad avanzada deprimidos. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 2: 117-224 (edición española).
- 41- Síndromes depresivos asociados a deterioro cognitivo Depressive syndromes associated to cognitive deterioration
J.A. Martínez-Larrea Unidad de Psiquiatría, Hospital Virgen del Camino
www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple9.html
- 42- Wells Ch. Dementia: Definition and description. En: Wells ch. (DIR) 2.ed. Dementia, Philadelphia: Davis, 2008.
- 43- Estudio del factor edad como elemento diferenciador de las funciones neuropsicológicas. J.L. Sánchez Rodríguez. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. J.T. LÓPEZ ALBURQUERQUE FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. <http://fs->

orente.filos.ucm.es/Publicaciones/Iberpsicologia/iberpsi4/sanchez/sanchez.htm1997 consultado:23-2-2009

- 44- Efecto de la edad, nivel educativo y desarrollo general sobre la fluidez verbal en hispanoparlantes. Datos normativos preliminares. Carmen D. Alamo, M^a Luisa Mir, Teresa Olivares, José Barroso & Antonieta Nieto Neuropsychology Unit. School of Psychology. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, Canary Islands. www.uninet.edu/union99/congress/libs/val/v01.html consultado 28 -9-2008
- 45- Deterioro cognitivo leve ¿Primer paso a la demencia? Dres. Beatriz Shand y Jorge González Vol XXVII 2003 Pontificia Universidad Católica de Chile <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2003/DeterioroCognitivo/html#>
- 46-. Lack of association between Alzheimer's disease and education, occupation, marital status, or living arrangement. Beard CM, Kokmen E, Offord KT Neurology 1992;42:2063.
- 47 -Pruebas de evaluación del delirium - Schaie J. www.biopsicologia.net/fichas/page_4350.html www. Biopsicologia.net
- 48 - Baltes M, Kuhl K, Gutzmann H, Sowarka D. Potential of cognitive plasticity as a diagnostic instrument: a cross-validation and extention. Psychol Aging. 2009; 10: 167-72.
- 49- Petersen R, Smith G, Waring S, Ivnik R, et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999; 56: 303-8.
- 50- DeCarli C. The role of cerebrovascular disease in dementia. The Neurologist. 2003; 9: 123-36.
-