



## ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

Allis F. Sellek Rodríguez<sup>1</sup>; Daniel Alvarez Suárez<sup>2</sup>

1 Médico de Familia. Postgrado en Neuropsicología y demencias. Máster en Neurociencias. Presidente de la FundAlzheimer

2 Médico General

Colaboración de las Enfermeras Andrea López y Alicia Mesen

[asellek@racsa.co.cr](mailto:asellek@racsa.co.cr)

[danalvsua@yahoo.es](mailto:danalvsua@yahoo.es)

Personas Adultas Mayores, Deterioro Cognitivo, Demencias, Alzheimer

### RESUMEN:

**Justificación y Objetivo:** El crecimiento poblacional a nivel mundial y en Costa Rica en particular, nos hace reflexionar sobre la necesidad de una mayor atención al diagnóstico de los trastornos de memoria en el grupo de personas adultas mayores. Por lo que nos propusimos: Conocer el comportamiento del Síndrome de deterioro cognitivo en la población usuaria del Centro Diurno ASCATE, en la Ciudad de Cartago, Costa Rica.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo de cohorte transversal de los conocidos estudios de prevalencia en pacientes de 60 años y más, que asisten periódicamente al Centro Diurno ASCATE, en la Provincia de Cartago, durante el primer semestre del año 2008.

**Resultados:** En el Centro Diurno ASCATE contamos con un área de salud integral en el manejo de los trastornos de memoria, y en la población atendida en el año 2008 (n=84), se detectan 32 personas con algún deterioro cognitivo (38,09%); siendo el grupo de mujeres el más afectado.

**Conclusiones:** La soltería o viudez, bajo nivel escolar, mayor frecuencia de enfermedades crónicas presentes y incremento con la edad, formaron parte del perfil de las personas con Deterioro Cognitivo asociados.

# ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

## Introducción:

En los años 90, con el crecimiento demográfico a nivel mundial, comenzó el interés por las demencias en los países con bajos y medianos ingresos, situación que estaba descuidada previamente. Las dos terceras partes de las personas de 65 años y más, viven en éstos países; y en igual proporción personas con demencia, lo cual muestra el rápido crecimiento de éstas afecciones a nivel global.

En el año 2005, la Asociación Internacional de Alzheimer comisionó al grupo de expertos 10/66 a investigar los datos disponibles para llegar a un consenso con relación a la prevalencia de las demencias en 14 regiones del mundo. Los resultados sugieren que 24.2 millones de personas viven con demencia en el mundo; y de 4 – 6 millones de nuevos casos cada año. <sup>(1)</sup>

La tendencia a una prevalencia menor en países menos desarrollados con relación a la de los más desarrollados se ha encontrado en varios estudios; sin embargo, las tendencias indican que encontraremos más personas de 65 y más años con algún tipo de demencia en países con ingresos medios y bajos. Las investigaciones reflejan una predicción que dobla el número de personas afectadas por demencia cada 20 años, donde en el año 2040 tendremos alrededor de 80 millones de personas afectadas más en países en vía de desarrollo que en los desarrollados <sup>(1)</sup>

Sin embargo, la cobertura y la calidad de las investigaciones basadas en la evidencia son pobres, con pocos estudios publicados en América Latina, África, Medio Oriente, Europa Oriental , y Rusia; igualmente se encuentran estimaciones inconsistentes en otras latitudes menos desarrolladas. Es decir, las investigaciones en demencias en países con bajos y medianos ingresos siguen siendo muy bajas <sup>(2, 3)</sup>

La esperanza de vida de Costa Rica es casi de 78 años, exactamente igual a la de Estados Unidos, Inglaterra y Europa Occidental. Es la más alta de América Latina, le sigue Chile (77 años) y Cuba (76 años), y con mucho, la más alta de Centroamérica, seguida por Panamá (74 años).

Entre la población adulta, los hombres costarricenses de hecho tienen una esperanza de vida a la edad 60 que es más alta aún que la de los hombres blancos en Estados Unidos. Esto es así a pesar de que Costa Rica tiene un PIB *percapita* de menos de una quinta parte en comparación con Estados Unidos (por paridad del poder de compra), y un gasto *percapita* en materia de salud alrededor de un décimo del de Estados Unidos <sup>(5, 6)</sup>

Se sabe muy poco sobre la longevidad de los adultos mayores en los países en desarrollo, mucho menos de los diferenciales y determinantes de longevidad. Un informe de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos publicado en el 2000, documenta en forma amplia esta brecha y argumenta, de manera contundente, el caso para la recolección y análisis de datos micro-longitudinales sobre envejecimiento en los países en desarrollo.

Estudios preliminares que comparan las causas de muerte han mostrado que la alta esperanza de vida de los adultos costarricenses se debe principalmente a la baja incidencia de las enfermedades

## ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

cardiovasculares, el cáncer de pulmón y el cáncer de mama. En contraste, los costarricenses presentan una desventaja considerable en relación con la Diabetes Mellitus, el cáncer de estómago (una mortalidad de las más altas del mundo) y el cáncer de cervix. Poco se conoce acerca de las influencias socioeconómicas en salud y sobrevivencia de los adultos. Algunas de estas influencias parecen débiles o incluso contradictorias con la gradiente negativa esperada entre mortalidad y nivel socioeconómico <sup>(7)</sup>

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en un tema de gran preocupación, a medida que los países latinoamericanos están completando la transición de fecundidad.

Costa Rica se encuentra a la cabeza de este proceso, ya que tiene uno de los descensos de la fecundidad más rápidos y tempranos en la región<sup>(8)</sup> Para el año 2002, el país alcanzó el nivel de reemplazo de la fecundidad. Como consecuencia, el crecimiento de la población disminuirá, excepto para la población de adultos mayores. El grupo de edad de 60 años y más aumentará seis veces su tamaño entre los años 2000 y 2060, esto no es una mera especulación, dado que esta población ya había nacido para el año 2000 (CCP & INEC, 2002). Situaciones similares ocurrirán en la mayoría de los países de América Latina, en el lapso de unos pocos años. Los desafíos, y en algunos aspectos las oportunidades, de este proceso de envejecimiento son enormes. La explosión demográfica de los adultos mayores afectará las políticas relacionadas con el seguro médico, los sistemas de atención de salud, la tecnología médica, los beneficios de pensión, los ahorros, las transferencias intergeneracionales y el combate a la pobreza. Los sistemas de salud y seguridad social en Costa Rica y América Latina no están preparados para afrontar este reto.

En nuestro país no existen estudios de prevalencia del deterioro cognitivo, y los que se han realizado para conocer el comportamiento del Síndrome Demencial han sido a nivel hospitalario. Hay una tesis de grado para adquirir el nivel de Licenciatura en Medicina y Cirugía, que se realizó hace ya 7 años en el Centro Diurno ASCATE, pero no encontramos la literatura oficial publicada, ni el contacto con la Dra. que la realizó, lo cual nos hubiera permitido hacer una comparación con los usuarios actuales del Centro de Día ASCATE.

Además, se conoce que las estadísticas nacionales incluyen dentro del grupo de discapacitados mentales a los pacientes con Síndrome Demencial o con deterioro cognitivo, junto con el retardo mental y otras enfermedades psiquiátricas discapacitantes mentalmente, es por eso que no contamos con estadísticas de Deterioro Cognitivo (DC) nacionales, ni de demencias.

Esta síndrome sin lugar a dudas precipita la muerte cuando evoluciona a una demencia requiriendo un mayor soporte médico y social, por sus complicaciones. Esto refleja la importancia de estudios de prevalencia y de una mejor identificación de las formas tempranas del síndrome de deterioro cognitivo y el demencial, para así y brindar una mejor atención a estos pacientes, familiares y cuidadores.

# ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

## **Objetivo General:**

1. Conocer el comportamiento del Síndrome de deterioro cognitivo en la población usuaria del Centro Diurno ASCATE, en la Ciudad de Cartago, Costa Rica.

## **Objetivos Específicos:**

1. Identificar las personas adultas mayores que presentan deterioro cognitivo y su comportamiento de acuerdo a la edad y sexo
2. Determinar el grado de deterioro cognitivo que caracterizó al grupo de usuarios del Centro Diurno.
3. Conocer la relación que puede tener el deterioro cognitivo con el estado civil, la escolaridad y la presencia o no de enfermedades crónicas.

## **Metódica:**

Se realizó un estudio descriptivo de cohorte transversal de los conocidos estudios de prevalencia en pacientes de 60 años y más, que asisten periódicamente al Centro Diurno ASCATE, en la Provincia de Cartago, durante el primer semestre del año 2008.

## **Ética**

Se contó con el consentimiento oral y escrito de los ancianos que resultaron seleccionados, o en su defecto, con la aprobación de personas responsabilizadas con él, para lo cual se confeccionó una planilla. Además se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

## **Técnicas y procedimientos:**

El grupo de estudio estuvo constituido por 84 ancianos que asisten de manera permanente en el horario diurno, al Centro de día ASCATE (Asociación Cartaginesa de Atención a Ciudadanos de la Tercera Edad). Todos fueron entrevistados y se les llenaron sus respectivas documentaciones.

Para la recogida de la información utilizamos el expediente o historia clínica de cada usuario. En este centro de día existe un protocolo de trabajo como se describe a continuación:

Todo usuario que desea entrar al centro se le confecciona una historia clínica y social, por medio de la entrevista directa al usuario, y por otras entrevistas a familiares o cuidadores. Se le aplican diversos test para determinar su estado de salud, los cuales incluyen:

- Mini-Examen del Estado Mental (MEEM) (para evaluar la esfera cognitiva) de Folstein <sup>(9)</sup>
- La Escala isquémica de Hashinski (EIH), para diferenciar la Demencia tipo Alzheimer de la Vascular <sup>(10)</sup>
- Escala de Deterioro global (EDG) para evaluar la alteración cognoscitiva Edad-Dependiente y la Enfermedad de Alzheimer, así como datos generales <sup>(11)</sup>

## ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

- Índice de Lawton para evaluar la dependencia o no a las actividades instrumentadas de la vida diaria (Publicada en 1969 , fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia).
- Índice de Barthel para evaluar las actividades e instrumentadas básicas de la vida diaria <sup>(12)</sup>
- Encuesta Socio-demográfica y económica
- A todos se les realiza el Examen Periódico de Salud, el cual se registra en un paquete digital conocido como Gerisoft.

Se excluyeron en el estudio los ancianos con historia de Esquizofrenia, Retraso Mental, Afasia, otras enfermedades psiquiátricas con degradación del nivel de conciencia, así como los pacientes que hayan sido tratados con terapia electroconvulsivante.

Se realizó a cada paciente con deterioro cognoscitivo un interrogatorio y examen físico neurológico rápido, por los autores, para detectar signos extrapiramidales o neurológicos focales en ausencia de enfermedad aguda, sin alteración del nivel de conciencia.

Se utilizaron los criterios de Petersen et al. para el diagnóstico del DCL <sup>(13, 14)</sup>

Todo lo anterior se realizó mediante la siguiente secuencia:

1ro. Se realizó el interrogatorio y se aplicó el MEEM, y si el anciano obtuvo una puntuación menor de 24 puntos, se consideró que tenía deterioro cognitivo. Los antecedentes y otros datos de interés se completaron con entrevista familiares y cuidadores (patológicos de interés, medicamentos que toma desde los últimos 2 años hasta el momento de la encuesta, etc.), y se le realizó el examen físico rápido.

2do. Se aplicó la Escala isquémica de Hashinski a todos los ancianos con MEEM menor de 24 puntos para diferenciar la Demencia Vascular de la Enfermedad de Alzheimer, así como a familiares o convivientes.

3ro Se utilizó la Escala de Deterioro Global para evaluar la alteración cognoscitiva y la Enfermedad de Alzheimer, la cual se le aplicó en ancianos con MEM menor de 24 puntos.

Los casos de Demencia o Síndrome Demencial fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios de la American Psychiatric Association (DSM-IV). El subdiagnóstico de Enfermedad de Alzheimer se basó en criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA). Para el subdiagnóstico de Demencia Vascular, se utilizó la definición DSM-IV de Demencia Multinfarto. Algunos pacientes con Enfermedad de Alzheimer desarrollaron síntomas de Demencia Vascular en el curso de la enfermedad, habitualmente después de un Accidente Vascular Cerebral, que puede resultar en un empeoramiento súbito de la Demencia <sup>(15, 16, 17, 18, 19)</sup>

Sobre la base del registro del MEEM se hizo una división entre deterioro cognitivo ligero (entre 23 y 18 puntos en el MEEM), moderado (entre 10 y 17 puntos en el MEEM) y severo o grave

# ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

(puntuación inferior a 10 en el MEEM), cuadros que corresponden con la llamada demencia ligera, moderada y severa.

## **Técnicas de procesamientos y análisis:**

El tratamiento de los datos se realizó mediante el empleo de un sistema de bases de datos (EPINFO-6.02). Para dar cumplimiento al primer objetivo se estimó la tasa de prevalencia del Síndrome Demencial o Deterioro Cognitivo por Demencia mediante la siguiente expresión:

$$\text{Tasa de prevalencia del Deterioro Cognitivo} = \frac{\text{Personas Adultas Mayores con DC}}{\text{Total de Personas Adultas mayores}}$$

Las frecuencias de aparición de limitaciones en las funciones cognitivas de los Adultos Mayores con síndrome demencial se calcularon por medio de tasas de prevalencias y otras medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias absolutas y porcentajes). De igual forma se calcularon tasas de demencia en relación a otras variables asociadas (edad, sexo, escolaridad, etc.).

Para la recogida de la información que evalúa el deterioro fue necesaria la aplicación de instrumentos foráneos (Mini Examen del Estado Mental, Escala Isquémica de Hashinski y Escala de Deterioro Global), ante la ausencia de instrumentos validados en nuestro medio. De manera que la información recogida pudiera estar sesgada por aspectos de índole transcultural.

El Mini-Examen del Estado Mental (MEM) de Folstein, nos permite explorar las funciones cognoscitivas, el cual ha sido muy útil en estudios a gran escala; abarca las áreas de la orientación, registro, atención, cálculo, recuento, lenguaje y construcción video-espacial, además es de fácil aplicación en los consultorios del médico de la familia, donde se conocen los hábitos del paciente y permite evaluar la evolución del mismo. Lo cual nos facilitaría desarrollar programas de intervención en personas adultas mayores con Deterioro Cognitivo.

Sin embargo, luego de un análisis del contenido del ítem de estos instrumentos y dada la fácil comprensión de estos por la mayoría de los ancianos entrevistados, consideramos que esta dificultad no afecte de manera importante la información obtenida. La necesidad de realizar comparaciones con estudios internacionales constituye otra justificación para el empleo de estos instrumentos.

## **Resultados:**

De las 84 personas adultas mayores entrevistadas, el 67,86% (n=57) eran mujeres y el 32,14% (n= 27) hombres. La edad media fue de 75 años, con una desviación estándar de 7 años, donde el valor máximo fue de 97 años y el mínimo de 65 (tabla y gráfico no. 1). Siendo predominante el sexo femenino.

De las 32 (38,09%) personas con deterioro cognitivo el 71,88% (n=23) correspondió al grupo de mujeres, lo cual puede estar relacionado en proporción a que el número de mujeres estudiadas

## ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

era mayor y no a una predisposición de deterioro en el género femenino. Esto se ha encontrado en otros estudios a nivel internacional. El grupo de hombres correspondió al 28,13% (n=9) (tabla y gráfico no. 2)

También, podemos observar un incremento del deterioro cognitivo al avanzar en la edad, siendo más visible en el grupo de los hombres por tener una mayor homogeneidad entre los grupos de edades. Siendo los menores porcentajes entre las edades de 60 a 74 años y mayores entre los de 80 años y más (Gráfico no.2).

En cuanto al grado de deterioro cognitivo predominaron las formas leves con un 68,75% (n=22) y las severas con un 21,8% (n=7), lo cual contrastó con solo un 9,37% (n=3) entre las formas moderadas (tabla no. 3).

En cuando al comportamiento del DCL y su relación con el estado civil vemos que el 68,18% (n=15) corresponde a las personas viudas y un 13,64% (n=3) entre los solteros (tabla no. 4). Estos resultados podrían estar relacionados con la influencia de la soledad como factor de riesgo para la depresión en el adulto mayor, verificable en varios estudios de depresión en éste grupo de edad.

El comportamiento de la escolaridad en la población con DCL muestra, que la primaria incompleta está más relacionada con el DCL que con otros grados escolares, afectando al 54,55% (n=12), no encontrándose universitarios en el estudio (tabla no. 5).

Como se puede apreciar en la tabla no. 6, las enfermedades crónicas podrían constituirse en factores de riesgo del DCL. En nuestro estudio encontramos que la hipertensión arterial estuvo presente en 19 (86,36%) entrevistados y la Diabetes Mellitus en 6 (27,27%) también. Ambas son enfermedades ya conocidas como riesgo para daño vascular cerebral. También se encontró, la osteoartrosis (n=7), el hipotiroidismo (n=1) y accidentes cerebro vasculares (n=3)

### **Discusión:**

Reconocer estados cognitivos intermedios entre el envejecimiento y el deterioro significativo supone considerar constructos clínicos de alta probabilidad de conversión a algún tipo de demencia, a pesar de que existen dudas de que la afectación de la memoria a este nivel constituya un síntoma inicial de demencia

En términos generales parecería un porcentaje relativamente elevado si se proyectara a la población en general, a pesar de que los estudios de prevalencia del DCL son variables por los diferentes criterios y metodologías de evaluación empleadas.

Al analizar otros estudios a nivel internacional similares, encontramos que existe variabilidad en la obtención de la información y en la metodología de los estudios, basados en cohortes pequeños, de un solo sexo, o cohortes que incluían a los muy viejos o bien a los más jóvenes, lo cual limita las comparaciones, sin embargo las prevalencias en centros de días se comportan similarmente a lo

## ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

encontrado en nuestra investigación.

Lo importante a destacar es que realmente constituye un problema de salud en los ancianos de nuestra área, lo cual evidencia la importancia del diagnóstico precoz y un mayor conocimiento por los médicos de la atención primaria.

En ocasiones no se expresan quejas subjetivas de memoria y no es posible contar con un informante, mientras que en otras se expresan significativas quejas con un desempeño muy próximo a 1,5 DE por debajo de la media en la mayoría de las pruebas.

Estudios recientes concluyen que enfatizar la presencia de quejas subjetivas de memoria dentro de los criterios para el diagnóstico del DCL puede reducir su especificidad al incluir síntomas de ansiedad y depresión, y excluir sujetos con deterioro de memoria, pero sin quejas subjetivas.

Con respecto a la influencia de variables sociodemográficas sobre el estado cognitivo, se encontró que el género, la edad, el nivel de instrucción y la asociación con enfermedades crónicas se encuentran significativamente correlacionados. Cuando se examinan las funciones cognitivas en la población anciana, se comprueba que el número de sujetos que presentan rendimientos bajos globales o parciales aumenta progresivamente con la edad. Estos cambios cognitivos pueden ser debidos a múltiples factores vinculados de una forma u otra al envejecimiento: las enfermedades cerebrales edad dependientes (Alzheimer, cerebrovasculares u otras), tanto en estadios clínicos como subclínicos, patologías generales (HTA, Diabetes, Endocrinopatías, etc.) con repercusión cerebral, la depresión y otras psiquiátricas, limitaciones sensoriales y motoras, el aislamiento social y cultural del anciano, la falta de motivación y el proceso fisiológico en sí mismo.

Estos factores son complejos, pero su resultante global es un decremento del rendimiento cognitivo a medida que avanza la edad, haciéndose más notorio en las 8<sup>vas</sup> y 9<sup>nas</sup> décadas de la vida.

Conforme aumentaron los años de educación formal a 16 ó más en el grupo de estudio, la prevalencia del deterioro cognitivo leve disminuyó a menos de la mitad de la correspondiente al grupo de sujetos con sólo nueve o menos años de educación. Concretamente, la prevalencia del deterioro cognitivo leve fue de 8,9 por ciento entre aquellos con el mayor nivel de educación, en comparación con 24,3 por ciento de deterioro cognitivo leve en quienes contaban con menos años de instrucción formal. (<http://www.mayoclinic.org/news2007-sp/4673.html>) Estudio de la Clínica Mayo.

La correspondencia con el género femenino, la edad a partir de los 65 años, el bajo nivel de



# ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

instrucción y las enfermedades crónicas son variables que influyen en el estado cognitivo de deterioro en relación con la normalidad. En suma, se trata de factores sociodemográficos que, sin tener un valor predictivo, aumentan la probabilidad de pasar de un estado cognitivo normal hacia patologías que pueden convertirse en un síndrome demencial.

El conocimiento de la prevalencia y de los factores sociodemográficos asociados al DCL en una población particular es muy importante porque a partir de estudios de este tipo se pueden planificar estrategias de prevención e intervención para retrasar la progresión hacia ciertos tipos de síndromes demenciales.

También es importante realizar estudios longitudinales para el seguimiento de los casos con DCL a fin de conocer la tasa de conversión a demencia. Si bien existen diferencias según distintos autores, en todos los casos resulta ser superior a la prevalencia de demencia en las poblaciones de sujetos normales (165, 166)

Por ahora se considera que el diagnóstico de DCL otorga mayor eficacia a la terapéutica farmacológica, neurocognitiva y conductual, algo que resulta precario en el tratamiento de una demencia irreversible. Sin embargo, la eficacia terapéutica en los distintos niveles de intervención es algo que aún debe comprobarse. Esto es importante si se consideran las expectativas generadas en torno a la extensión de la vida en el adulto mayor y su condición mental.

El porcentaje de pacientes con nivel de escolaridad primario obtenido en este estudio fue mayor al de aquellos con una escolaridad superior a la primaria. Katzman<sup>28</sup> 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 la pérdida neuronal característica de la demencia.

## **Conclusiones del estudio:**

1. Del total de personas adultas mayores entrevistadas (N=84), 32 presentaron algún tipo de deterioro cognitivo.
2. Predominó el deterioro cognitivo leve con 22 (68,75%) personas adultas mayores, seguidas por 7 (21,8%) con la forma severa y solo 3 (9,37%) personas afectadas con la forma moderada.
3. El sexo femenino resultó ser el más afectado con 23 pacientes, lo que significó un 71,88% y el sexo masculino presentó 9 casos para un 28,13% de deterioro.
4. Se evidenció la relación directa con la edad y el deterioro cognitivo al ser los mayores de

# ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

80 años los más afectados.

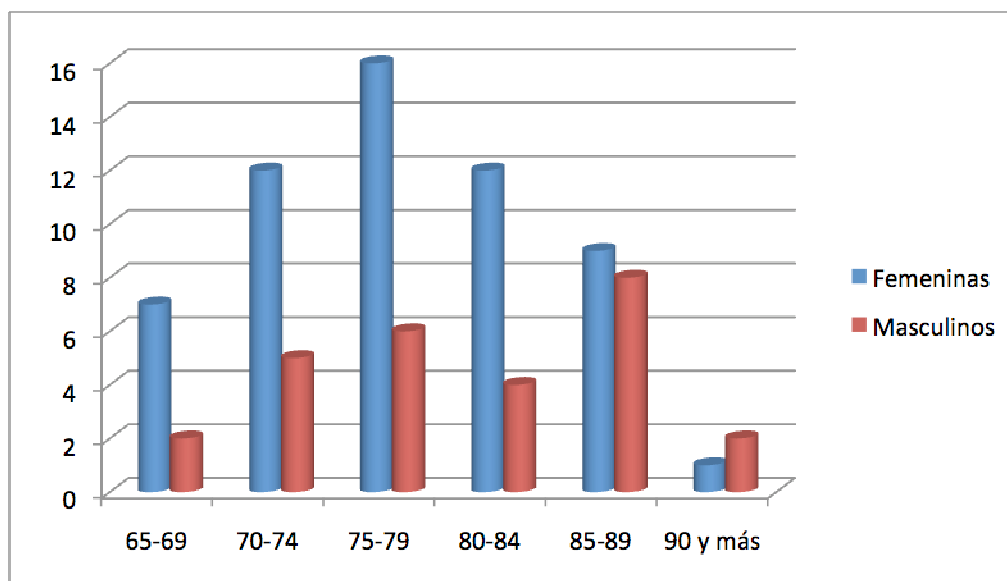
5. En cuando al comportamiento del DCL y su relación con el estado civil vemos que el 68,18% (n=15) corresponde a las personas viudas y un 13,64% (n=3) entre los solteros.
6. Se reafirma la relación entre el bajo nivel escolar y mayor Deterioro Cognitivo, siendo el nivel primario incompleto el de mayor frecuencia, afectando al 54,55%.
7. El Deterioro Cognitivo se relacionó con un mayor porcentaje de personas afectadas con alguna enfermedad crónica, principalmente las de riesgo vascular como la hipertensión arterial que estuvo presente en 19 (86,36%) entrevistados y la Diabetes Mellitus en 6 (27,27%).
8. En otro estudio mostraremos los resultados relacionados con el Síndrome Demencial y las causas más frecuentes que se presentaron en la población estudiada.

## Anexos

**Tabla no. 1**

<b>Distribución por grupo de edades y sexo de la población Adulta Mayor del Centro Diurno ASCATE, Cartago, Costa Rica 2008</b>			
Grupo de edades	Femeninas	Masculinos	Total
65-69	7	2	9
70-74	12	5	17
75-79	16	6	22
80-84	12	4	16
85-89	9	8	17
90 y más	1	2	3
Total	57	27	84

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA



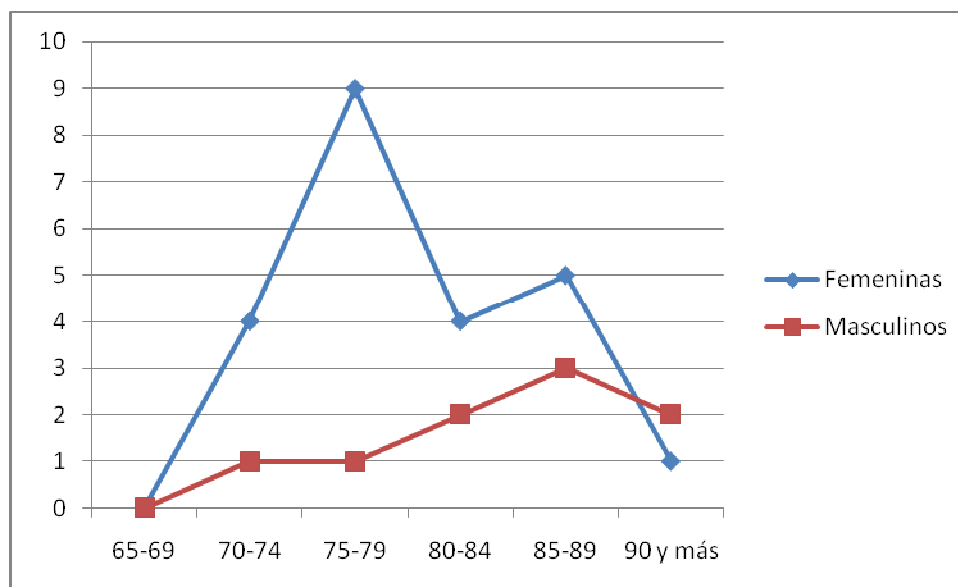
**Gráfico no 1. Distribución de la Población Estudiada, Centro Diurno ASCATE, Cartago, Costa Rica 2008**

**Tabla no. 2**

<b>Distribución por Grupo de Edades y Sexo de la población Adulta Mayor con deterioro cognitivo. Centro Diurno, ASCATE Costa Rica 2008</b>			
Grupo Edades	Femeninas (%)	Masculinos (%)	Total
65-69	0	0	0
70-74	4	1	5
75-79	9	1	10
80-84	4	2	6
85-89	5	3	8
90 y más	1	2	3
<b>Total</b>	<b>23 (71,88)</b>	<b>9 (40,91)</b>	<b>32 (38,09)</b>

N=84

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

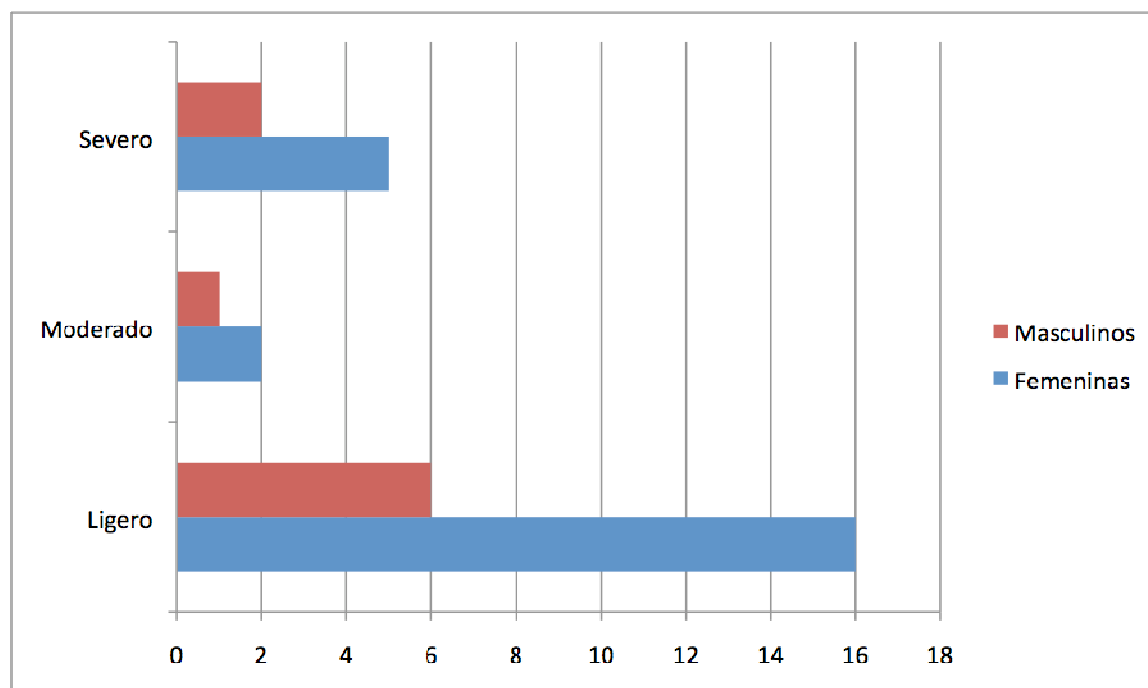


**Gráfico no 2. Distribución del grupo de usuarios con deterioro cognitivo leve (DCL), en el Centro Diurno ASCATE, Cartago, Costa Rica, 2008.**

**Tabla no 3.**

<b>Distribución según sexo y grado de deterioro cognitivo de la población Adulta Mayor. ASCATE, Cartago, Costa Rica 2008</b>			
Grado de DC	Femeninas	Masculino	Total
<b>Ligero</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>22 (68,75)</b>
Moderado	2	1	3 (9,38)
Severo	5	2	7 (21,88)
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>32</b>

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA



**Gráfico no. 3. Distribución según sexo y grado de deterioro cognitivo de la población Adulta Mayor. ASCATE, Cartago, Costa Rica 2008**

**Tabla no. 4**

<b>Relación entre DCL y el Estado Civil, ASCATE Costa Rica 2008</b>			
	Mujeres	Hombres	Total (%)
Soltero(a)	3	0	3 (13,63)
Casado(a)	1	1	2 (9,09))
Separado	1	0	1 (4,54)
Divorciado	0	1	1 (4,54)
Viudo	11	4	15 (68,18)
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>22</b>

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

**Tabla no 5.**

<b>Relación entre el DCL y el grado escolar, ASCATE, Costa Rica 2008</b>			
	Mujeres	Hombres	Total (%)
Analfabeto	0	3	3 (13,64)
Primaria inconclusa	10	2	12 (54,55)
Primaria concluida	4	1	5 (22,73)
Secundaria inconclusa	1	0	1 (4,55)
Secundaria concluida	1	0	1 (4,55)
Universitario	0	0	0
Total	16	6	22

**Tabla no. 6**

<b>Enfermedades crónicas no transmisibles encontradas entre las personas adultas mayores con DCL, ASCATE Costa rica 2008</b>			
Enfermedades	Mujeres	Hombres	Total (%)
HTA	15	4	19 (86,36)
Diabetes	5	1	6 (27,27)
AVC	1	2	3 (13,64)
Osteoartritis	7	0	7 (31,82)
Hipotiroidismo	0	1	1 (4,55)

## Bibliografía

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-17.
2. Molero AE, Pino-Ramirez G, Maestre GE. High prevalence of dementia in a Caribbean population. *Neuroepidemiology* 2007; 29: 107-12.
3. Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in Sao Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr* 2008; 20: 394-405.)
4. Brenes & Rosero-Bixby, 2002; Rosero-Bixby, 1995).
5. Informe de la OPS, 2002
6. Rosero-Bixby 1995; Rosero-Bixby & Collado 2002
7. Rosero-Bixby & Casterline, 1994
8. Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Minimental State: a practical method for grading the cognitive state for patients for the clinicians. *J Psych Res* 1971; 12: 189-98.
9. V.C.Hachinski,L.Illif,G.H.Duboulay,V.MacAllister,J.Marshall,R.Russel,L.Symon. Cerebral flow in dementia.*Arch Neurol* 1975;32:632-637.
- 10.Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:1136-1139.
- 11.Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel ADL Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
- 12.Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56: 303-8.
- 13.Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Aging to Alzheimer's disease*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
14. Mc Khann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Service Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984;34.
- 15.López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. ISBN 9788445810873.
- 16.Kupfer, D. J. & First, M. B. & Regier, D. A. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 9788445812952.

# ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

17. Phillips, K. A. & First, M. B. & Pincus, H. A. (2004/2005). Avances en el DSM. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 9788445814000.
18. DSM-V: The Future Manual. Artículo en la web de la American Psychiatric Association
19. Fuster JM. Cortex and mind. Unifying cognition, New York: Oxford University Press; 2003.
20. Tulving R. Concepts of memory. In Tulving E, Craik FIM, eds. The Oxford Handbook of memory. New York: Oxford University Press; 2000.
21. Ruiz-Vargas J. Memoria y Olvido. Perspectiva evolucionista, cognitiva y neurocognitiva. Madrid: Trotta; 2002.
22. Gazzaniga M, Ivry RB, Mangun GR. Cognitive neuroscience: the biology of the mind. New York: Norton: 1998.
23. Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel CK. The aging of the human species. *Sci Am* 1993; 268: 18-24.
24. Knight JA. The process and theories of aging. *Ann Clin Lab Sci* 1995; 25: 1-12.
25. Masliah E, Mallory M, Hansen L, De Teresa R, Terry RD. Quantitative synaptic alterations in the human Neocortex during normal aging. *Neurology* 1993; 43: 192-197.
26. Reuter-Lorenz PA. New visions of the aging mind and brain. *Trends Cognit Sci* 2002; 6: 394-400.
27. Coria F. Clinical and molecular aspects of age-associated memory impairment. *Ann Med* 1994; 26: 85-88.
28. Hof PR, Morrison JH. The aging brain: morphomolecular senescence of cortical circuits. *Trends Neurosci* 2004; 27: 607-613.
29. Kral VA. Senescent forgetfulness: Benign and malignant. *Can Med Assoc J* 1962; 86: 257-260.
30. Crook T, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P, Cohen GD, Gershon S. Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change-Report of the National Institute of Mental Health work group. *Dev Neuropsychol* 1986; 2:261-276.
31. DeCarli C. Mild Cognitive Impairment: Prevalence, prognosis, etiology and treatment. *Lancet Neurology* 2003; 2:15-21.
32. Jazwinski SM. Longevity, genes, and aging. *Science*, 1996; 273: 54-59.
33. Mishkin M, Appenzeller F Anatomy of memory. *Scientif American*. 1987; junio: 80.
34. Mesulam M Principles of behavioral neurology. Filadelfia: F.A.Davis, 1985.
35. Gómez Bosque P Memoria y cerebro. En: Barcia Salorio, ed. Trastornos de la memoria. Barcelona: MCR, 1992.
36. Tulving E Episodic and semantic memory. En: Tulving Donaldson, ed. Organization of memory. Nueva York: Academic Press, 1981.
37. Goldman-Rakic PS La memoria funcional y la mente. *Investigación y Ciencia*. 1992; noviembre: 69.



ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE ASISTEN AL CENTRO DIURNO ASCATE, COSTA RICA

38. Storandt M Longitudinal studies of aging and age-associated dementias. En: Boller F, Grafman J, eds. Handbook of neuropsychology. Vol 4, Amsterdam: Elsevier, 1990; 349-364.
39. Bermejo F, López L, Pascual LF, Morales A Trastornos de memoria y deterioro cognitivo en el anciano. En: Bermejo F, Del Ser T, eds. "Demencias: conceptos actuales". Madrid: Díaz de Santos, 1993.
40. Huppert FA Age-related changes in memory: learning and remembering new information. En: Boller F, Grafman J, eds. Handbook of neuropsychology. Vol 5. Amsterdam: Elsevier, 1991; 123 -147.
41. Fodor JA La modularidad de la mente. Madrid: Morata, 1986.