

DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE COSTA RICA: SITUACIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN CENTROS DIURNOS

DEPRESSION IN OLDER ADULTS OF COSTA RICA: SITUATION AND RISK FACTORS IN ADULT CARE CENTERS.

Luis Roberto Sánchez González^a, Alejandro Marín Mora^b

RESUMEN:

En la actualidad hay métodos diagnósticos que no se aplican para tamizar y detectar deterioro cognitivo en el adulto mayor. Este tipo de enfermedad en poblaciones relativamente sanas puede intervenir de manera pronta y eficaz, como en los hogares diurnos. Objetivos: determinar la prevalencia de deterioro cognitivo mediante el Test Mini mental y factores de riesgo como nivel educativo y riesgo social, en los beneficiarios de la Asociación de Ancianos de Cubujuquí de Heredia. Metodología: se documentó en el centro de estudio 46 beneficiarios a los cuales se les aplicó el Test Mini Mental, el Test de Gijón para valorar su condición social, además de otras variables como sexo, edad y nivel educativo. Resultados: Se documentó 20% de población con déficit cognitivo leve, 35% con déficit cognitivo moderado y 4% con déficit cognitivo severo. El nivel educativo más bajo presentó más tendencia de personas con deterioro cognitivo moderado-severo. Además al analizar los resultados entre el Test de Gijón y el Test Mini Mental se documentó que las personas en riesgo social y con problemas sociales presentaron con más frecuencia algún tipo de deterioro mental. Conclusión: en Costa Rica no existe un control óptimo sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores en centros diurnos. Se debe considerar la intervención temprana para diagnosticar el deterioro cognitivo, relacionar su causa y mantener un control epidemiológico óptimo, como primer paso en el abordaje de esta enfermedad.

Palabras clave: deterioro cognitivo, adulto mayor, Test Mini Mental, centros diurnos para mayores, tamizaje. (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT:

Nowadays, there are diagnostic methods that are not used to detect Cognitive Impairment in the elderly. This type of pathology – in relatively healthy populations – could be faced promptly and efficiently as it is done at day care homes. Objectives: That is the reason why Mini – Mental Tests as well as risk factors such as education level and social background were elements proposed to determine the prevalence of Cognitive Impairment in the members of the Asociación de Ancianos de Cubujuquí in Heredia. Methodology: In the core of this research, it was documented that 46 members of the institution were administered the Mini Mental Test - Gijon Test – in order to evaluate not only their social condition but also other variants such gender, age, and educational background. Results: It was documented that 20% of the population suffered from Mild Cognitive Impairment; 35% of them were diagnosed with Moderate Cognitive Impairment, and only 4% of the total population suffered from Severe Cognitive Impairment. The lower educational level was the most representative of patients with Severe – Moderate Cognitive Impairment. After analyzing the results obtained from the Gijon Test and the Mini Mental Test, it was found out that the people at social risk and with social problems were the most frequently affected by any type of mental impairment. Conclusion: In Costa Rica, there is not any optimal control about Cognitive Impairment in the Elderly at Day Care Centers. The early intervention of the medical practice should be taken into consideration in order to diagnose Cognitive Impairment, to understand its causes and to keep epidemiological optimal controls as the first step to face this pathology.

Key Words: Cognitive Impairment, aged, Mini Mental Test, Adult Day Care Centers, Screening. (Source: MeSH NLM)

a. Médico General. Máster en Gerontología.

b. Máster en Gerontología. Máster en Salud Pública

Citar como: Sánchez-González LR, Marín-Mora A. Deterioro Cognitivo en adultos mayores; Costa Rica, situación y factores de riesgo en centros diurnos. Rev Hisp Cienc Salud. 2016; 2 (4): 288-293

CORRESPONDENCIA:

Luis Roberto Sánchez González
Email: luisrsg526@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

El deterioro cognitivo, según los estudios analizan que la prevalencia se incrementa al doble cada 5 años a partir de los 60; comenzando desde 10% con un pico en los mayores de 85 años de hasta 45% ⁽¹⁾. A nivel nacional, el informe del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor del 2008, documentó una prevalencia de 18% de adultos mayores con déficit cognitivo de los cuales hay una ligera elevación en mujeres que viven fuera del Área Metropolitana. Por lo demás, en Costa Rica, no se encuentra otro informe sobre la población geriátrica acerca de la prevalencia de este tipo de trastorno, además de que los actuales dejan por fuera a pacientes de centro diurnos que la mayoría deberían tener toda la valoración geriátrica integral.

Siendo el deterioro cognitivo una enfermedad importante a nivel de salud pública, se creó la valoración geriátrica integral para mejorar la detección de este tipo de patologías en la persona adulta mayor, ya que además se había identificado el aumento de prevalencia de pacientes geriátricos con deterioro cognitivo sin diagnosticar, el cual ocurre en atención primaria, lo que impacta negativamente el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. ^(2, 3, 4)

Los cambios a nivel cognitivo pueden ser atribuidos a múltiples factores vinculados al envejecimiento, que pueden considerarse extrínsecos, tales como enfermedades edad-dependientes con repercusión cerebral (enfermedad cerebrovascular, hipertensión, diabetes, endocrinopatías), patología psiquiátrica, aislamiento sociocultural y alteraciones sensoriales. No menos importantes son los factores intrínsecos del individuo que influyen sobre el devenir de la enfermedad, tales como la reserva funcional y estructural cerebral, la dotación genética, así como el grado de adaptación a los cambios durante su vida. ⁽⁵⁾

Se sabe que, en ausencia de enfermedad neurológica o sistémica, el adulto mayor sano presenta un decremento pequeño en el área cognitiva, deteriorándose primero las habilidades visuoespaciales, de cálculo y de aprendizaje, mientras que se conservan mejor las habilidades verbales y conocimientos generales, denominado déficit cognitivo leve, el cual va a presentar en algún momento de la vida del adulto mayor. ⁽⁶⁾

Según Rodríguez y Sánchez, el déficit cognitivo se clasificará según el grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presente el paciente, como se detalla a continuación: ⁽⁷⁾

- Deterioro cognitivo leve: deterioro leve de la memoria y de algunas funciones cognitivas superiores; a menudo no se pueden objetivar, sin ninguna repercusión sobre la vida diaria del paciente.
- Deterioro cognitivo moderado: se comienza a afectar la situación

funcional del paciente. Suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas conocidas, se evidencian problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en su conducta.

- Deterioro cognitivo severo: los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del paciente (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporoespacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etcétera). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente y de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria.

- Demencia: se hace imposible comunicarse con el paciente, no comprende el lenguaje verbal y estructura semántica no tiene sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. El paciente es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

El Test de Examinación Minimental "Minimental State Examination" (MMSE) de Folstein, fue el utilizado en la presente investigación, ampliamente conocido, su diseño inicial fue pensado para analizar las funciones cognitivas comprometidas al inicio de la Enfermedad de Alzheimer. Mide orientación, aprendizaje-evocación, atención, lenguaje y construcción, con un puntaje total de 30 puntos. Tiene la ventaja de ser fácil y breve (<10 min). Además es la única prueba validada en Chile, con una sensibilidad de 93% y una especificidad de 46% para la detección de un síndrome demencial, usando un punto de corte de 21/30. ⁽⁸⁾

El cuidado de adultos mayores es un tema que está tomando importancia cada día, ya que las personas de más de 65 años crecen a un ritmo acelerado y es la más abundante en el planeta, se ha estimado un incremento de 2,8% por año en todo el mundo (9). Actualmente en Costa Rica se cuenta con una población de 14.8% de adultos mayores con respecto a la población actual y de estos se estima que aproximadamente el 18 % tiene algún tipo de deterioro cognitivo, esto en el año 2008 siendo el único informe del estado realizado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) utilizando únicamente la población de hogares de ancianos o residencias.

Materiales y métodos:

Población y muestra: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, previa autorización por la Asociación de Ancianos de Cubujuquí de Heredia siendo un ente privado, durante el mes de enero del 2014, no se excluyó a ninguna persona ya que al ser un centro diurno todos sus asociados al momento de estudio eran de 65 años o más además, al ser un centro diurno, la totalidad de los

pacientes tienen la capacidad de responder preguntas adecuadamente, ya que si presentaran algún tipo de patología mental aguda que comprometa sus funciones vitales y sentidos su estancia en el centro sería incorrecta, por lo tanto se incluyeron en el estudio a los 46 beneficiarios de la institución en cuestión y se excluyó al personal que labora en el hogar.

Metodología: Se entrevistó previo consentimiento informado a 46 beneficiarios de la Asociación de Ancianos de Cubujuquí de Heredia que asistían al momento del estudio, obteniendo la edad y sexo, al

mismo tiempo se aplicó el Test Mini Mental y el Test de Gijón el cuál es un método práctico para valorar la situación familiar, apoyo social, situación económica, vivienda y relaciones sociales, este test está dirigido a personas de más de 65 años y permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social ⁽¹⁰⁾. Los datos obtenidos se ingresaron al programa "Census and Survey Processing" (CSPRO) y se procesaron las Tablas en el programa "Statistical el Package for The Social Science" (SPSS).

RESULTADOS:

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS BENEFICIARIOS DE LA ASOCIACIÓN DE ANCIANOS DE CUBUJUQUÍ DE HEREDIA POR GRUPO ETARIO, ENERO, 2014

Sexo	Porcentaje
Hombres	70%
Mujeres	30%
Grupo Etario	Cantidad
65 a 69	3
70 a 74	5
75 a 79	9
80 a 84	12
85 a 89	10
90 a 94	6
95 a 99	1
Nivel Educativo	Porcentaje
Analfabeta	2%
Primaria	63%
Secundaria	26%
Universidad	9%
Riesgo Social (Test Gijón)	Porcentaje
Sin Riesgo	54%
Riesgo Social	28%
Problema Social	18%

TABLA 2
CORRELACIÓN ENTRE EL RESULTADO DEL TEST MINI MENTAL Y GRUPO ETARIO, EN LOS BENEFICIARIOS DE LA ASOCIACIÓN DE ANCIANOS DE CUBUJUQUÍ DE HEREDIA, ENERO. 2014

			Normal	Déficit cognitivo leve	Déficit cognitivo moderado	Déficit cognitivo grave
Grupos Etarios (años)	65 a 69	Recuento	2	1	0	0
		Porcentaje sobre la edad	67%	33%	0%	0%
	70 a 74	Recuento	2	1	2	0
		Porcentaje sobre la edad	40%	20%	40%	0%
	75 a 79	Recuento	7	0	2	0
		Porcentaje sobre la edad	77%	0.0%	23%	0.0%
	80 a 84	Recuento	3	4	5	0
		Porcentaje sobre la edad	25%	33%	42%	0,0%
	85 a 89	Recuento	4	3	2	1
		Porcentaje sobre la edad	40%	30%	20%	10%
	90 a 94	Recuento	1	0	4	1
		Porcentaje sobre la edad	16%	0%	68%	16%
	95 a 99	Recuento	0	0	1	0
		Porcentaje sobre la edad	0%	0%	100%	0%

TABLA 3
Correlación entre el resultado del test minimental y el sexo, en los beneficiarios de la asociación de ancianos de Cubujuquí de Heredia. Enero, 2014

	Masculino	Femenino
Normal	42%	41%
Déficit Leve	21%	15%
Déficit Moderado	37%	24%
Déficit Grave	0%	20%

TABLA 4
Correlación entre el resultado del test mini mental y el nivel educacional, en los beneficiarios de la asociación de ancianos de Cubujuquí de Heredia. Enero, 2014

		Déficit Cognitivo			
		Normal	Déficit Leve	Déficit Moderado	Déficit Severo
Nivel Educativo	Analfabeta	0	0	1	0
	Primaria	11	5	11	2
	Secundaria	6	4	2	0
	Universitario	2	0	2	0

TABLA 5
Correlación entre el resultado del test minimental y el test de gijón, en los beneficiarios de la asociación de ancianos de Cubujuquí de Heredia. enero, 2014

Normal		Déficit Cognitivo			
		Déficit Leve	Déficit Moderado	Déficit Severo	
Test de Gijón	Sin Riesgo Social	7	4	2	0
	Riesgo Social	9	3	11	2
	Problema Social	3	2	3	0

Se documentó un total de 46 beneficiarios en el centro al momento del estudio, se utilizó el total de la población y se realizó el análisis descriptivo obteniendo datos completos. De la población total 14 fueron del sexo masculino (30%) y 32 féminas (70%); con respecto al grupo etario se identificó una población variada en los mismos y los tres grupos con más población fueron los de 80 a 84 años, 85 a 89 años y 75 a 79 años respectivamente. Con nivel educacional se documentó solo una persona analfabeta (2%), dentro del nivel primaria fue el más alto con 29 personas (63%), de secundaria 12 personas (26%) y de nivel universitario 4 (9%). Después de aplicar el Test de Gijón a la población, se registró 13 personas sin riesgo social (28%), la frecuencia de riesgo fue alta con 25 personas (54%) y 8 personas con problemática social (18%). (Tabla 1)

Según los resultados obtenidos, se documenta 19 personas sin déficit cognitivo correspondiente al 41% de la población, 9 personas con déficit cognitivo leve (20%), 16 con déficit cognitivo moderado (35%) y 2 personas con déficit cognitivo severo (4%). A partir de estos datos se correlacionó con los grupos etarios de la población, obteniendo que a partir de los 80 años, se presentaron más casos de deterioro cognitivo moderado como severo, en comparación con los grupos etarios menores. (Tabla 2). Los porcentajes de cada sexo sin déficit cognitivo son similares, en el déficit cognitivo leve hay

más hombres al igual que el moderado, sin embargo las mujeres fueron las que presentaron únicamente déficit cognitivo severo (Tabla 3).

Como se muestra en la tabla 4 se correlacionó los resultados del Test Mini Mental con el nivel educacional de la población, analizando que el bajo nivel educacional disminuye la reserva cognitiva y aumenta la vulnerabilidad de déficit cognitivo, ya que la población primaria que es el nivel educativo más bajo, excluyendo el analfabeta, es el que obtuvo más cantidad de población con déficit cognitivo moderado y severo comparado con las otras poblaciones de educación (Tabla 4).

El Test de Gijón y el Test Mini Mental analizando su relación, se documenta que, el estrato de personas con riesgo social fue el más alto en presentar personas con déficit cognitivo moderado y severo con respecto al total de su población comparado con los demás, ya que la población sin problemas sociales, tuvieron baja tendencia a presentar caso de deterioro cognitivo. (Tabla 5)

DISCUSIÓN:

Debido a sus consecuencias devastadoras, el deterioro cognitivo en la vejez es un importante problema de salud pública. Se asocia con un mayor riesgo de morbilidad, disminución del funcionamiento fisi-

co, cognitivo y social, y mayor auto- abandono, todos los cuales a su vez asocian una mayor mortalidad ⁽¹¹⁾. Lo analizado con la actualidad costarricense la prevalencia es de 18% y según los resultados obtenidos, se documenta, 20% de déficit cognitivo leve, 35% con déficit cognitivo moderado y 4% con déficit cognitivo severo (4%), mostrando porcentajes más altos, no obstante no es conveniente extrapolar los datos por ser solo un centro diurno. La mayoría de centros como el estudiado no poseen profesionales de salud mental que vigilen sus poblaciones, por lo tanto se maneja la incógnita de cómo se estarán comportando actualmente los beneficiarios de estos centros, si las prevalencias de esta enfermedad son más altas que el estudio del CONAPAM, nos estamos enfrentando a una enfermedad silenciosa en poblaciones supuestamente sanas y por el contrario a una enfermedad muy notoria, peor que está siendo ignorada. ⁽⁹⁾.

El estudio no fue exento de presentar al nivel educativo con porcentajes de deterioro cognitivo más altos con respecto a las personas que no lo presentaban, se logra determinar que la mayoría de primaria que fue el estrato más bajo de educación presentaron más casos de deterioro cognitivo moderado. Esto apoyando la teoría que la reserva cognitiva obtenida a lo largo de la vida, muestra un factor de mitigación para deterioros en esta misma área, a pesar de que la sensibilidad y especificidad del Test Mini Mental decrece cuando no hay nivel educativo, el estudio solo mostró una persona con analfabetismo, por lo tanto el margen de error es insignificante. De igual manera el factor edad, se evidenció que después de los 80 años hay más evidencia de esta patología.

Referencias bibliográficas:

1. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. The Health, Well-Being, and Aging (« SABC») survey: methodology applied and profile of the study population. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5-6):307-322.
2. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999;174(4):307-311.
3. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México [Internet]*. 2005 [citado 1 de mayo de 2016];47. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683>
4. González Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: *Valoración Geriátrica Integral*. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p. 15-27.
5. De León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arévalo-Cedano RE, Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(3):277-284.

La actualidad del adulto mayor, hoy en día, a pesar de los esfuerzos del estado para garantizar una vejez saludable, la mayoría de hogares tienen conflictos en el momento que las personas requieren cuidados exhaustivos y atención las 24 horas y a partir de esto se empiezan a aislar socialmente, sin dejar lado que siempre existe una parte de la población la cual sufrió abandono de la familia a temprana edad y concluye su vejez sin familiares cercanos ⁽¹²⁾, este refleja la vida actual del adulto mayor en el centro diurno, acercándose a un 72% de la población que esta fuera del rango de no tener riesgo social. Este dato con respecto a la población estudiada, preocupa al asociar con el Test Mini Mental, ya que significativamente los porcentajes asociados a deterioro cognitivo y riesgo social fueron altos, esto concluye que este tipo de población que amerita altos cuidados, se encuentran en situaciones no satisfactorias para cumplir los mismos.

AGRADECIMIENTOS:

Los autores desean agradecer a la Asociación de Ancianos de Cubuquí de Heredia.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

autofinanciada.

CONFLICTO DE INTERÉS:

los autores niegan conflicto de interés

6. Otero J, Scheitler LF. Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev Med Urug*. 2003; 19:4-13.
7. Rodríguez M y Sánchez J. Reserva cognitiva y Demencia. *Anales de Psicología*, 20 (2): 175-186, 2004
8. González-Hernández J, Aguilera L, Oporto S, Araneda L, Vásquez M, von Bernhardt R. Normalización del "Minimental State Examination" según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Revista Memoriza.com* 2009; 3:23-34.
9. Allevato MA, Gaviria J. Envejecimiento. *Educación Continua. Act Terap Dermatol* 2008; 31: 154.
10. Alarcón MT, González JI. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33:178-179.
11. Pérez Martínez VT. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2005;21(1-2):0-0.
12. Sánchez Gil IY, Pérez Martínez VT. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2008;24(2):0-0.

