



Ciencias Holguín

E-ISSN: 1027-2127

revista@ciget.holguin.inf.cu

Centro de Información y Gestión Tecnológica  
de Santiago de Cuba

Cuba

Avila Oliva, Marcia M.; Vázquez Morales, Edgar; Gutiérrez Mora, Mónica

Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor

Ciencias Holguín, vol. XIII, núm. 4, octubre-diciembre, 2007, pp. 1-11

Centro de Información y Gestión Tecnológica de Santiago de Cuba

Holguín, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181517998004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**TITULO:** Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor.

**TITLE:** Cognitive deterioration in the Older Adult.

**AUTORES:**

Dra. Marcia M. Avila Oliva. Profesora Instructora  
Dr. Edgar Vázquez Morales. Profesor Instructor  
Dra. Mónica Gutiérrez Mora. Profesora Instructora

**PAÍS:** Cuba

**RESUMEN:**

Aborda el infradiagnóstico de demencia y escaso uso de instrumentos que evalúan esfera cognitiva con el objetivo de caracterizar pacientes con deterioro cognitivo según edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, esfera cognitiva afectada, evaluar severidad de la misma. Se realizó estudio observacional con 129 pacientes con deterioro cognitivo del policlínico "Alcides Pino". Se utilizaron los tests para evaluar esfera cognitiva y encuesta. La mayoría estuvo entre 75 a 79 años, el 57.4% fue del sexo femenino, predominó el nivel primario, la orientación, memoria inmediata, atención y cálculo fueron las más afectadas y el deterioro cognitivo leve con 65 pacientes. Se recomienda usar estos instrumentos por el Médico de Familia.

**PALABRAS CLAVES:** DEMENCIA, DETERIORO COGNITIVO, INFRADIAGNOSTICO, TEST COGNITIVOS, ADULTO MAYOR

**ABSTRACT:**

It approaches the insanity diagnosis and the scarce use of instruments that evaluate the cognitive sphere. Objective: to characterize patients with cognitive deterioration according to age, sex, school degree, associated risk factors and affected cognitive sphere with an evaluation of its severity. An observational study was carried out by the authors with 129 patients with cognitive deterioration from "Alcides Pino" clinic. We used tests and interviews to evaluate the cognitive sphere. Results: the majority was among 75 to 79 years with a 57.4% in females. The primary level prevailed. The orientation, immediate memory, attention, calculation areas were the most affected and was also found light cognitive deterioration in 65 patients. Recommendations: use these instruments by the family doctor.

**KEY WORDS:** INSANITY DIAGNOSIS, COGNITIVE DETERIORATION, INFRADIAGNOSIS, COGNITIVE TESTS, OLDER ADULT

**INTRODUCCIÓN**

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas, entre otras razones porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa -en países con transición

temprana- se ha extendido a otras regiones del mundo, a la vez que ha incrementado su velocidad. Paralelo a ello se han producido cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud.

Según cálculos de Naciones Unidas, en 1950 habían alrededor de 200 millones de adultos mayores, que aumentaron en 1975 a 350 millones, mientras que para el 2000 la cifra aumentó a 600 millones (10 % de los habitantes del planeta) y para el 2025 pueden ser 1100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975 . Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones, o sea, un 102%. Por lo tanto, en el 2025 las personas de edad avanzada constituirán el 15% de la población mundial y para el 2050 el 20%, que se estima en alrededor de 2000 millones de ancianos. El envejecimiento demográfico es el gran desafío del tercer milenio.

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez siendo un proceso generalizado, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas. En 1950 sólo el 5.4% de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8%, mientras que para el 2025 se estima un 12.8% de la población en este grupo y para el 2050 el 22%, mientras la población en general crece en un 1.5%, la población mayor de 60 crece en un 3.5%. El 75% de las personas que nacen hoy en América Latina y el Caribe serán adultos mayores y un 40% sobrepasarán sus 80 años. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará.

Cuba, es uno de los países latinoamericanos que más tempranamente completaron su transición demográfica, y no está exenta de este proceso. Si en 1950 había aproximadamente 427 000 personas de 60 años y más, 6.7% de la población total, en 1985 ese grupo etéreo alcanzaba 1 151 146 personas, para un 11.3%; mientras que en diciembre del 2000 se registraron 1 601 993 ancianos, el 14.3%. El Censo de Población y Viviendas en el 2002 ubicó el envejecimiento poblacional de la Isla en el 14.7%, duplicando en 40 años la cantidad de ancianos al Triunfo de la Revolución. Los estimados actuales reflejan que el 15.9% de las cubanas y cubanos rebasa la barrera cronológica de los 60 años. Se estima que para el año 2025 este grupo ocupará un 20.1% de la población total, momento en que será el país más envejecido de América Latina.

Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, lo que unido a la revolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años, hace que las dimensiones del problema se tornen "epidémicas" en la primera mitad del siglo XXI. Resulta de gran interés investigar aquellas enfermedades que causan incapacidad física y se asocian con el deterioro intelectual, pues afectan directamente la calidad de vida del paciente.

Las enfermedades demenciales degenerativas forman parte de las patologías crónicas que se incrementan espectacularmente en este universo de

Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor.

poblaciones e individuos envejecidos. Ocupan el tercer lugar entre las enfermedades en costo económico y social, solo superada por el Cáncer y las Enfermedades Cardíacas, así como la cuarta causa de defunciones en el mundo desarrollado del siglo pasado. Se estima que llegará a convertirse en la primera de este siglo, tanto en los estados considerados ricos, como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

Los estudios de prevalencia realizados en la población cubana indican que entre el 4% y el 5% de las personas mayores de 65 años padecen de Demencia con una marcada incapacidad. Las formas ligeras hacen ascender la cifra hasta el 10%. Otros estudios señalan el 10% a los 65 años y del 20 al 40% por encima de 80 años, por lo que se encuentra en nuestro país una tasa de prevalencia similar a la de los países desarrollados. Estudios efectuados en comunidades de Francia, Corea, Japón, España e Italia muestran cifras de prevalencia entre 5 y 9.1%, siendo la tasa más baja de este grupo la observada en Francia y la más alta en Japón.

La incidencia de Demencia se sitúa, según diversos estudios, entre un 1 y un 6% anual y se prevé que crezca más, debido al incremento constante de la esperanza de vida en los países industrializados. Cerca del 15 % tienen una demencia tratable. El tratamiento sintomático en las demencias intratables previene la institucionalización y mejoran la calidad de vida familia - cuidador - demente. La Demencia tipo Alzheimer constituye el 65% de todas las demencias, 18% las Demencias Vasculares y el 15% las Demencias por cuerpos de Lewy difusos.

La Demencia es una enfermedad frecuentemente infradiagnosticada e infravalorada por el médico de cabecera. De hecho, únicamente el 4% de las consultas de tipo neurológico atendidas por el médico de familia se ocupan en el diagnóstico o seguimiento de esta enfermedad. La detección temprana del declinar de las funciones cognitivas es de una extraordinaria importancia pues de este modo el paciente geriátrico puede mantener su independencia y así elevar su calidad de vida.

Consideramos que aún es insuficiente el conocimiento de esta afección médica por los médicos y enfermeras de la atención Primaria de Salud, por lo que esto pudiera estar influyendo en que no se realice un diagnóstico precoz de la misma, así como el uso insuficiente de tests psicométricos que pueden aplicarse de forma sencilla en sus consultorios para demostrar el deterioro cognitivo en sus pacientes, como insuficiente resulta también la capacitación de este personal en el tratamiento y evaluación de estos *tests* .

Todo lo anterior nos ha motivado a realizar el presente trabajo con el objetivo de: Caracterizar a los pacientes con Deterioro Cognitivo objeto de estudio teniendo en cuenta las siguientes variables biológicas: edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, funciones cognitivas afectadas y evaluar el grado de severidad del deterioro cognitivo en estos pacientes.

## **MATERIALES Y METODOS.**

Se realizó un estudio observacional, en los Consultorios Médicos 12, 13, 24, 26 y 29 del área de salud "Alcides Pino" del municipio de Holguín, escogidos aleatoriamente, en el período de Enero a Diciembre del año 2006. El universo lo constituyeron los Adultos Mayores de ambos sexos pertenecientes a los consultorios seleccionados para 743 pacientes, la muestra quedó representada por 129 pacientes con deterioro cognitivo utilizando como criterio de inclusión: paciente Adulto Mayor que dio su consentimiento para participar en la investigación, paciente con un puntaje inferior a 13 en el MMSE modificado y como criterios de exclusión: paciente que en el momento del estudio no se encontraba en el área de salud, pacientes con diagnóstico de Psicosis, Retraso mental o Encefalopatía de cualquier causa, pacientes con el diagnóstico de Demencia, pacientes con el diagnóstico de Depresión o Delirium, paciente con algún impedimento para comunicarse, paciente con déficits sensoriales y paciente postrado. Se operacionalizaron correctamente las variables. En actividades de consultas y terrenos se aplicaron los siguientes test: Minimental State Examination (MMSE) modificado, la Escala de Pfeffer (al informador), Escala de Hughes y la encuesta, previo consentimiento informado.

## **RESULTADOS DEL TRABAJO**

Al distribuir los adultos mayores relacionando la edad y sexo, se observó que el mayor porcentaje (24.8 %) correspondió a las edades de 75-79 años, de ellos el 15.5% fue del sexo femenino y el 9.3% del sexo masculino seguido por el grupo de 80-84 años (17.9%) donde también predominó el sexo femenino con 13 casos para un 10.1% mientras que en el sexo masculino hubo 10 casos para el 7.8%, resaltamos que en el rango de 90 años y más predominaron las mujeres con un 5.4% contra un 3.1% en los hombres; lo que evidencia un predominio de las mujeres en este grupo de estudio. Hay autores que lo explican por ser las mujeres prevalentes en el grupo de 80 años y más, lo cual posibilita que sean más afectadas. En los estudios de Forcano García, Gómez Viera, Bayarre Veá igualmente predominó el sexo femenino.

Cuando analizamos el sexo del total de la muestra, 57.4% corresponde al sexo femenino y 42.6% al masculino (**Tabla No 1**). Gómez Viera en su estudio obtuvo resultados similares en un grupo de edad, no así en el otro.

Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor.

**TABLA No 1.** Distribución de los pacientes con Deterioro Cognitivo según grupos de edades y sexo. Policlínico "Alicides Pino". 2006.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
60-64	5	3.9	7	5.4	12	9.3
65-69	7	5.4	7	5.4	14	10.8
70-74	10	7.7	7	5.4	17	13.1
75-79	20	15.5	12	9.3	32	24.8
80-84	13	10.1	10	7.8	23	17.9
85-89	12	9.3	8	6.2	20	15.5
90 y más	7	5.4	4	3.1	11	8.5
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>57.4</b>	<b>55</b>	<b>42.6</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuestas

La edad que se encontramos con mayor frecuencia entre los pacientes estudiados fue de 75 años, con el 50% por encima de los 77.5 años (mujeres en 77 y hombres en 78) y la edad media fue de 63.5 años (mujeres en 62.5 y hombres en 65) (**Tabla No 2**). El número de pacientes por encima de los 75 años sobrepasa el de otros trabajos revisados.

**TABLA No 2.** Comportamiento de los pacientes con Deterioro Cognitivo según sexo y edad. Policlínico "Alicides Pino". 2006.

Sexo	Moda	Edad	
		Mediana	Media
Femenino	75	77	62.5
Masculino	77	78	65
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>76</b>	<b>63.5</b>

Fuente: Encuestas

Las proyecciones de población sugieren que las mujeres constituirían la mayoría creciente de las poblaciones de más edad en todas las regiones del mundo en desarrollo. En la **Tabla No 3** recoge la distribución del nivel de escolaridad de estos pacientes donde los que culminaron la primaria fueron los que predominaron con 48 casos (38.1%), mientras que en la medida en que el nivel escolar se incrementaba el número de pacientes pertenecientes a estos disminuía. *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". Otros autores han afirmado que un nivel elevado de educación protege contra la demencia; sin embargo, un estudio realizado por *Beard* y otros no se comportaron así.

**Tabla No 3.** Distribución del nivel de escolaridad en pacientes con *Deterioro Cognitivo*. Policlínico "Alcides Pino". 2006.

Nivel escolar	Número	Por ciento
Analfabeto	2	1.5
Primaria incompleta	37	29.1
Primaria culminada	48	38.1
Secundaria culminada	28	21.1
Preuniversitario culminado	10	7.2
Universitario culminado	4	3.0
Total	129	100.0

Fuente: Encuestas

Con respecto a los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo y su relación con el sexo (**Tabla No 4**), el hábito de fumar estuvo presente en 36 pacientes para un 27.9%, siendo los hombres los que más lo practicaban con 20 casos para un 15.5%, seguido de la Hipertensión Arterial con 35 casos (27.1%) predominando esta en las mujeres contra los hombres con 19 casos (14.7%) y 16 casos (12.4%) respectivamente, en orden decreciente le continúan la Cardiopatía Isquémica con 11 casos (8.5%) y la Diabetes mellitus con 10 casos (7.8%) y con menos por ciento la Hipercolesterolemia y la ingestión de bebidas alcohólicas con 9 casos (7.0%) cada uno y la Enfermedad.

Cerebrovascular con 6 casos (4.7%) y sólo un 0.8% para la enfermedad del Tiroides y el Trauma Craneal, sin ningún caso en nuestro estudio con antecedentes familiares de Demencia y Síndrome de Dawn. Múltiples son los estudios que han abordado este tema, Gómez Viera 24 en un estudio que realizó también encontró al tabaquismo y a la Hipertensión Arterial como factores de riesgo de la demencia.

**TABLA No 4** Distribución de los pacientes con *Deterioro Cognitivo según factores de riesgo asociados y sexo*. Policlínico "Alcides Pino". 2006.

Factores de riesgo asociados	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hábito de fumar	20	15.5	16	12.4	36	27.9
Ingestión de bebidas alcohólicas	6	4.7	3	2.3	9	7.0
Hipertensión arterial	16	12.4	19	14.7	35	27.1
Diabetes mellitus	4	3.1	6	4.7	10	7.8
Cardiopatía isquémica	7	5.4	4	3.1	11	8.5
Hipercolesterolemia	6	4.7	3	2.3	9	7.0
Enfermedad de tiroides	0	0.0	1	0.8	1	0.8
Trauma craneal	1	0.8	0	0.0	1	0.8
Enfermedad Cerebrovascular	2	1.6	4	3.1	6	4.7
A P F de Demencia	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Síndrome de Down	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuestas

El tabaquismo se considera como un factor de riesgo en el desarrollo de la Demencia Vascular, al igual que la Hipertensión Arterial, pues se ha visto que el tratamiento adecuado de esta reduce las tasas de demencia, sobre todo en pacientes con hipertensión arterial sistólica, aunque hay otros estudios que no

Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor.

encuentran relación entre las mismas. La combinación de Hipertensión Arterial con la Hipercolesterolemia se asocia a un mayor riesgo de sufrir demencia en el futuro según un estudio de Kivipelto y col. Existen evidencias de que los problemas cardiovasculares pueden conducir a la enfermedad de Alzheimer, según los científicos, y que tratar el corazón podría ayudar a proteger el cerebro. La Diabetes mellitus es considerada como otro de los factores de riesgo para la Demencia, en el estudio Rotterdam, se aprecia una prevalencia de demencia casi del doble en el grupo que padecía Diabetes Mellitus, parece ser que el daño cerebral está relacionado con un mecanismo vascular; factores como la herencia, la presencia Apo E-4, síndrome de Down, tóxicos y trauma craneal han sido relacionados con la aparición del deterioro cognitivo, aunque no se comportó así en nuestro estudio.

Quisimos saber cuales eran las funciones cognitivas afectadas y su relación con el sexo en los pacientes estudiados (**Tabla No 5**) y encontramos que tres de las áreas estaban afectadas por encima del 95% de los pacientes las cuales fueron: orientación y la atención y el cálculo con el 95.3%, la memoria inmediata con el 100%, luego le siguió la afectación del lenguaje con un 83.7% y menos afectada la memoria mediata con un 29.9%. Estos resultados coinciden con lo planteado por diferentes investigadores con respecto a que la memoria es la función cognitiva que primero se altera y en muchos pacientes, de forma sorprendente. Los pacientes con afectación de la esfera de orientación se ajustan a patrones similares. Se plantea que en estos pacientes se afecta fundamentalmente la orientación en tiempo, lugar y finalmente con su propia persona cuando el trastorno evoluciona a moderado o severo, por lo general se asocia con trastornos de memoria dando lugar a formas mixtas. Estos datos reafirman la importancia que reviste la detección precoz de los trastornos de memoria y orientación como signos frecuentes e iniciales de los síndromes demenciales, y la relativa facilidad de su diagnóstico hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los Médicos de Familia, para el control y dispensarización del adulto mayor en sus comunidades.

**TABLA No 5** Distribución de los *pacientes con Deterioro Cognitivo* según las *funciones cognitivas afectadas y sexo*. Policlínico "Alcides Pino".2006.

Función Cognitiva afectada	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Orientación	52	40.3	71	55.0	123	95.3
Memoria mediata	13	10.0	14	10.9	27	29.9
Memoria inmediata	54	41.9	75	58.1	129	100.0
Atención y cálculo	68	52.7	55	42.6	123	95.3
Lenguaje	61	47.3	47	36.4	108	83.7

Fuente: *Resultados del MMES* Modificado.

Cuando evaluamos el grado de severidad del deterioro cognitivo y su relación con el sexo según escala de Hughes (**Tabla No 6**) resultó que la mayoría tenían un grado leve de deterioro cognitivo (CDR=1) con 65 pacientes para un 50.4%, de ello predominó en el sexo femenino con 40 casos para un 31%, 35

casos para un 27.1% presentó un grado moderado de deterioro cognitivo (CDR=2), donde también predominó el mismo sexo que el anterior con un 14.7%, sin embargo encontramos que de los 15 pacientes que tenían grado severo del deterioro cognitivo (CDR=3) para un 11.6% , 8 eran del sexo masculino para un 6.2% contra 7 casos del sexo femenino para un 5.4% y 14 pacientes (10.8%) tuvieron un grado de severidad cuestionable. En el estudio que se hiciera en el municipio Playa, predominó el deterioro cognitivo leve. En la investigación realizada por Pérez y otros donde aplicaron la misma escala, encontraron un predominio de los pacientes con deterioro cognitivo grado leve y el resto tuvo un comportamiento similar.

**TABLA No 6** Distribución de los pacientes según grado de severidad del *Deterioro Cognitivo* y sexo. Policlínico "Alcides Pino" 2006.

Grado de severidad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Número	%	Número	%	Número	%
Leve (CDR = 1)	25	19.4	40	31.0	65	50.4
Cuestionable (CDR=0.5)	5	3.9	9	7.0	14	10.8
Moderada (CDR = 2)	16	12.4	19	14.7	35	27.1
Severa (CDR = 3)	8	6.2	7	5.4	15	11.6
Total	54	41.9	75	58.1	129	100,0

Fuente: *Resultados de la Escala de Hughes (CDR: Clinical Dementia Rating.)*

## CONCLUSIONES

- El mayor número de pacientes con deterioro cognitivo, para ambos sexos, estuvo en el grupo de edad de 75 a 79 años.
- En el estudio realizado predominó el sexo femenino.
- La primaria terminada fue el nivel de escolaridad que presentaron la mayoría de los casos.
- El hábito de fumar, la Hipertensión Arterial , la Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Isquémica fueron los factores de riesgo mayormente asociados a los pacientes con deterioro cognitivo.
- La memoria inmediata, la orientación, la atención y el cálculo y el lenguaje fueron las funciones cognitivas afectadas que predominaron.
- El mayor número de pacientes presentaron un deterioro cognitivo

## RECOMENDACIONES:

Generalizar por los Médicos de la Atención Primaria de Salud el uso de instrumentos establecidos para explorar la esfera cognitiva del Adulto Mayor para la detección del deterioro cognitivo cuando se tenga la sospecha clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adulto Mayor en Cuba. Datos y cifras: estadísticas. [Documento en línea] [Consultado: 5 de abr. 2007]. <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idu=7102>
2. Alba C de. [et al.]. Actividades preventivas en los ancianos. **Aten Primaria de Salud** ( La Habana ) 28 (Supl 2):161-80. 2001.
3. Barker, A... [et al.]. A Prevalence study of age Associated memory impairment. **Br J Psychiatry** 167: 6428, 2003.
4. Barros Díaz, O Z. Escenarios demográficos de la población de Cuba: período 2000 - 2050. La Habana ; CEDEM, 2002. 38h.
5. Bayarre Vea, H. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad Habana y Las Tunas. La Habana, 2000. 125h. (Trabajo para optar por el Título de Doctor en Ciencias de la Salud ).
6. Bischkopf J; Busse, A; Angermeyer, M. Mild cognitive impairment: a review of prevalence: incidence and outcome according to current approaches. **Acta Psychiatr Scand.** 106: 403-14, 2002.
7. Carrasco García, M R. Maestría de longevidad satisfactoria. La Habana : Editorial Ciencias Médicas, 2004. [Monografía en CD-ROM].
8. Crook T H. [et al.]. Age associate memory impairment: proposed diagnostic criteria measure of clinical change: report of National Institute of mental Health. Work Group . **Deve Neuropsychol** 2: 261-76, 2004.
9. Cummings, J L. Alzheimer´s disease. **New England Journal of Medicine** 351: 56-67, 2004.
10. Fernández, F A. II Asamblea Mundial del Envejecimiento. **Rev Esp Geriatr Gerontol** (Madrid) 37(S2): 1-2, 2002.
11. Forcano García, M; Perlado Ortiz de Pinedo, F. Deterioro cognitivo: uso de la versión corta del Test del Informador (IQCODE) en consulta de Geriatria. **Rev. Geriatria y Gerontología** ( La Habana ) 37 (02): 81-85, 2002.
12. Friedland R. Fish consumption and the risk of Alzheimer disease. **Arch Neurol.** 60: 923-4, 2003.
13. Gómez Viera, N. [et al.]. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo . **Rev Cubana Med** ( La Habana ) 42(1):12-7, 2003.
14. Graham JE, Rockwood K, Beattie EL. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia and elderly populations. **Lancet** 349 :179-398, 2004.
15. Katzman R. Alzheimer disease. **New Engl J Med** 314(15):325-8, 1986.
16. Martín, F C. Proyectos para el futuro de la asistencia sanitaria a los ancianos en Inglaterra. **Rev. Esp Geriatr Gerontol** ( La Habana ) 36:253-61, 2001.
17. Medicina del envejecimiento. **Bol Geroinfo** 2003; 2, abr. [Seriada en línea] <http://www.gericubaonline.sld.cu/boletines/02Boletin%20abril/index.html> [Consulta: 7 ene 2004].
18. Meyer, J S. [et al.]. Is mild cognitive impairment prodromal for vascular dementia like Alzheimer's disease? **Stroke** 33(8):1981-1985, 2002.
19. Noa J. Prevalencia y factores de riesgos del síndrome demencial adultos mayores del municipio Marianao. **Rev Cubana Neurol.** ( La Habana ) 29(10): 912-917, 1999.

20. Objetivos propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana ; MINSAP, 1992. 32h
21. Oficina Nacional de Estadísticas. Informe Nacional del Censo de Población y Viviendas. Cuba. [Documento en línea]. [http://www.cubagob.cu/otras\\_info/censo/tablas\\_html/ii\\_12.htm](http://www.cubagob.cu/otras_info/censo/tablas_html/ii_12.htm) [consultado: 28 dic. 2005]
22. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento Saludable OPS . [Seriado en línea]. **Gericuba** ( La Habana ) [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/envej\\_Saludable](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/envej_Saludable) [Consultado: 5 abr. 2007].
23. Pérez Martínez V.T. El Deterioro cognitivo: una mirada previsor. **Rev Cubana Med Gen Integr** ( La Habana ) 21 (1-2), 2002.
24. Pérez, O. [et al.]. Prevalencia de demencia en la población geriátrica de La Habana Vieja. **Rev Esp Neurol.** 8 ( 1):18-22, 1993
25. Roca Socarrás, A C. Sobrecarga en cuidadores ancianos de pacientes con Síndrome Demencial. Holguín; Hospital Militar, 2006. 78 h. (Tesis para optar al título de Máster en Longevidad Satisfactoria).
26. Rodríguez Constantín, A. [et al.]. Factores de riesgo asociados a la demencia degenerativa en pacientes geriátricos. **Rev Cubana Med Gen Integr** ( La Habana ) 19(2): págs . 33-39,2003.
27. Romero Cabrera A J. Mirando la vejez a través del cristal sociológico . [Documento en línea] <http://www.geriatrianet.com> [Consultado: 5 de abr. de 2007]
28. Rosen, H J. [et al]. Neuroanatomical correlates of behavioral disorders in dementia. **Brain** 128: 2612-2625, 2005.
29. Saforcada E. Calidad de vida desde una perspectiva psicosocial. **En** : El factor humano en la Salud Pública : una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva. Argentina: Editorial Buenos Aires; 2001. p.44
30. Solomon G. A primary care perspective . **Age Ageing** 30 (Supl.3):43-45, 2001.
31. Thomas Carazo, E; Nadal Blanco, M J. Demencia en Atención Primaria de Salud. **Semergen** 27(11):575-586, 2001.

Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor.

**DATOS DE LOS AUTORES**

**Nombre:**

Dra. Marcia M. Avila Oliva. Profesora Instructora

Dr. Edgar Vázquez Morales. Profesor Instructor

Dra. Mónica Gutiérrez Mora. Profesora Instructora

**Correo:**

[marcia@crystal.hlg.sld.cu](mailto:marcia@crystal.hlg.sld.cu),

[edgar@crystal.hlg.sld.cu](mailto:edgar@crystal.hlg.sld.cu),

[monicagm@crystal.hlg.sld.cu](mailto:monicagm@crystal.hlg.sld.cu)

**Centro de trabajo:**

Policlínico Universitario de la Familia "Alcides Pino" Carretera Gibara,

No. 416.CP 80100