

## Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores de 60 años, en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución

### Cognitive status assessment of adult persons aged over 60 made in a health area from "Plaza de la Revolución" Teaching Polyclinic

Marisol Monteagudo Torres<sup>I</sup>; Nelson Gómez Viera<sup>II</sup>; Miladys Martín Labrador<sup>I</sup>; Lilliam Jiménez Fontao<sup>III</sup>; Ernesto Mc Cook<sup>III</sup>; Dania Ruiz García<sup>I</sup>

<sup>I</sup>Especialista de I Grado en Neurología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Neurología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de Medicina General Integral. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción.** El envejecimiento poblacional es un fenómeno preocupante de la sociedad cubana actual, la esperanza de vida es de 77 años y el cuadro demográfico de la nación apunta a un sostenido crecimiento del número de personas con 60 años o más y del número de pacientes con enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento, en particular trastornos cognitivos y demencias.

**Objetivos.** Conocer el estado cognitivo de la población mayor de 60 años de edad en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución. **Métodos.** Se realizó un estudio poblacional "puerta a puerta", descriptivo y prospectivo en el área de salud del Consultorio No. 15 que pertenece al Policlínico Docente Plaza de la Revolución, en el período comprendido desde el 1<sup>ro</sup> de octubre de 2006 hasta el 31 de enero de 2007. Se aplicaron pruebas neuropsicológicas y, para el análisis de los datos, el cálculo de los porcentajes. **Resultados.** Se halló deterioro cognitivo leve en 19 personas (9,45 %); en 2 (1,0 %), demencia y en 180 (89,6 %) no se demostró afectación de las funciones cognitivas. El mayor porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo correspondió al grupo de 70-79 años de edad, el 66,7 % fue del sexo femenino, el 71,4 % tuvo nivel de escolaridad bajo. La hipertensión arterial (71,4 %) y el hábito de fumar (28,5 %) fueron los principales factores de riesgo identificados. Predominó el grado ligero de severidad del deterioro cognitivo (90,4 %) y el grado de incapacidad funcional (27,4 %). **Conclusiones.** En la población estudiada, el deterioro cognitivo leve y la demencia fueron poco

frecuentes. Los trastornos cognitivos fueron más comunes en el sexo femenino y la hipertensión arterial fue el factor de riesgo principal. El grado de incapacidad funcional se correspondió con el grado de severidad del déficit cognitivo.

**Palabras clave:** Demencia, deterioro cognitivo, factores de riesgo, incapacidad, severidad.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Aging population is a worrying phenomenon of present Cuban society, life expectation is of 77 years, and the national demographic picture points to a sustained growing of persons aged 60 or more and the patient figure presenting with chronic diseases associated with aging, particularly, the cognitive disorders and dementias. **Aims:** To know the cognitive status of population aged over 60 in a health area of "Plaza de la Revolución" Teaching Polyclinic. **Methods:** A descriptive and prospective "door to door" population study was conducted in the health area of # 15 consulting room from the above mentioned polyclinic from October 1, 2006 to January 31, 2007. Neuropsychological tests were applied and for the data analysis, the percentage calculation.

**Results:** There was a light cognitive deterioration in 19 persons (9,45 %) in two persons (1,0 %) dementia was present, and in 180 (89,6 %) there was not a cognitive functions affectation. The great percentage of patients with cognitive deterioration was in group aged 70-79, the 66,7 % corresponded to female sex, the 71,4% had a low schooling level. Arterial high blood pressure (71,4 %) and smoking (28,5 %) were the main risk factors identified. There was predominance of a light severity degree of cognitive deterioration (90,4%) and of the functional disability degree (27,4 %). **Conclusions:** In study population, the light cognitive deterioration and dementia were infrequent. The cognitive disorders were commonest in female sex and the arterial high blood pressure was the main risk factor. Functional disability degree corresponded with the severity degree of cognitive deficit.

**Key words:** Dementia, cognitive deterioration, risk factors, disability, severity.

---

## INTRODUCCIÓN

Por el rápido envejecimiento de la población, mundialmente existe un creciente interés en las demencias y los trastornos cognitivos asociados a la edad, pues constituyen las enfermedades más frecuentes y el problema más grande de la psicogeriatría en las sociedades industrializadas.<sup>1</sup>

En nuestro país, la esperanza de vida de los cubanos es hoy de 77 años,<sup>2</sup> lo que implica un mayor número de pacientes con enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento, en particular trastornos cognitivos y demencias, lo cual constituye un problema de salud importante, por su frecuencia y su trascendencia en la

calidad de vida de estos enfermos y los costos que genera para la familia y la sociedad.

En algunos ancianos, la disminución de la memoria y a veces de otras capacidades mentales es un poco mayor, pero la alteración cognitiva del anciano no reúne los criterios para ser diagnosticada la demencia, es decir, sin repercusión significativa en las actividades de la vida diaria ni social ni laboral, se le diagnostica un deterioro cognitivo leve (DCL)<sup>3</sup>

La investigación epidemiológica brinda la oportunidad de proporcionar a los responsables de las políticas sanitarias información importante para la toma de decisiones. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, hemos decidido realizar la siguiente investigación con el objetivo de evaluar el estado cognitivo de la población mayor de 60 años en un área de salud.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico poblacional, descriptivo y prospectivo en la población mayor de 60 años de edad del área de salud del Consultorio No. 15 ubicado en Tulipán esquina Ayuntamiento, que pertenece al Policlínico Docente Plaza de la Revolución, Centro de Referencia Nacional en la Atención Primaria de Salud, en el período comprendido desde el 1<sup>o</sup> de octubre de 2006 hasta el 31 de enero de 2007.

Este consultorio atiende una población de 728 hab de la cual 203 personas son mayores de 60 años (27,8 %). Para el reclutamiento de los sujetos se utilizó el registro del médico de la familia y una especialista en neurología les realizó el examen físico neurológico y les llenó una planilla creada a los efectos de la investigación.

Con el propósito de detectar las personas con demencia y trastornos cognitivos, la autora del trabajo les realizó el examen físico neurológico en la casa de cada anciano y, posteriormente, se aplicaron varios *tests* neuropsicológicos (*Mini Mental State Examination*) MMSE de Folstein,<sup>4</sup> escala de memoria de Weshler,<sup>5</sup> *test* del informador,<sup>6</sup> escala de depresión geriátrica de Yesavage.<sup>7</sup>

Se utilizaron los criterios de *Petersen* y otros para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve<sup>8</sup> y los criterios del DSM IV para diagnosticar la demencia y clasificarla.<sup>9</sup>

Según los resultados de las pruebas neuropsicológicas se clasificó la población en 3 grupos: personas con estado cognitivo normal, con demencia y con deterioro cognitivo leve. Para determinar el grado de severidad de la afectación cognitiva se aplicó la Escala de Deterioro Global de Reisberg (*Global Deterioration Scale*)<sup>10</sup> que clasifica a los pacientes en: GDS 1 (normalidad), GDS 2 (sujeto normal con deterioro subjetivo de su memoria), GDS 3 (DCL) y GDS 4 a GDS 7 (estadios de demencia).

Se evaluó el estado de incapacidad funcional mediante el índice de Barthel.<sup>11</sup> Las variables clínico epidemiológicas que se utilizaron fueron recogidas mediante interrogatorio directo y un cuestionario creado a los efectos de la investigación.

Una vez obtenidos los datos, se confeccionó una base de datos utilizando la aplicación Microsoft Access, para su análisis se efectuó el cálculo de los porcentajes y se confeccionaron tablas para su mejor comprensión.

A todos los entrevistados se les solicitó su consentimiento informado para participar en la investigación y en los casos que el déficit cognitivo no lo permitió se le solicitó a los familiares.

## RESULTADOS

De las 201 personas mayores de 60 años que fueron incluidas en el estudio (2 se negaron a participar), 19 presentaron deterioro cognitivo leve (9,4 %); 2, demencia (1,0 %) y en 180 (89,6 %) no se demostró afectación de las funciones cognitivas.

El mayor porcentaje de los pacientes que presentaron deterioro cognitivo correspondió a los ancianos con edades comprendidas entre 70 y 79 años (42,9 %), como se observa en la [tabla 1](#).

**Tabla 1.** Distribución por grupos de edades de los pacientes con deterioro cognitivo

Pacientes con deterioro cognitivo				
Edad	F	M	Total	(%)
60-69	4	3	7	(33,3)
70-79	6	3	9	(42,9)
80-89	2	0	2	(9,6)
90 o más	2	1	3	(14,2)
Total	14	7	21	(100)

Se constató que el 66,7 % de los pacientes con déficit cognitivo eran del sexo femenino y 33,3 % del masculino, lo que evidencia un predominio de las mujeres en este grupo de estudio ([tabla 2](#)).

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes con deterioro cognitivo, según el sexo

Sexo	DCL		Demencia		Total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Mujeres	12	(63,1)	2	(100)	14	(66,7)
Hombres	7	(36,9)	0	(-)	7	(33,3)
Total	19	(100)	2	(100)	21	(100)

De los pacientes con deterioro cognitivo ([tabla 3](#)), 15 tenían nivel educacional bajo: analfabeto o primario (71,4 %) y 6, nivel de escolaridad secundario o superior (28,6 %).

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes con deterioro cognitivo, según el nivel educacional

Nivel de escolaridad	DCL		Demencia		Total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Analfabeto o primario	14	(73,7)	1	(50)	15	(71,4)
Secundario o superior	5	(26,3)	1	(50)	6	(28,6)
Total	19	(100)	2	(100)	21	(100)

Con respecto a la identificación de algunos factores de riesgo de deterioro cognitivo, se precisó que la hipertensión arterial fue el principal, seguido del hábito de fumar y el síndrome depresivo ([tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Factores de riesgo en los adultos con deterioro cognitivo

Factores de riesgo	N=19	(%)
Hipertensión arterial	15	(71,4)
Hábito de fumar	6	(28,5)
Síndrome depresivo	5	(23,8)
Antecedentes familiares de demencia	5	(23,8)
Ingestión de bebidas alcohólicas	3	(14,2)
Trauma craneal	1	(4,7)
Enfermedad de Parkinson	1	(4,7)
Enfermedad cerebrovascular	1	(4,7)
Enfermedad de tiroides	0	(0)

Los resultados del grado de severidad del deterioro cognitivo, según la puntuación de la escala de Reisberg se presentan en la [tabla 5](#). La paciente con severidad moderada y la otra con severo daño de las funciones corticales superiores se corresponden a las enfermas con demencia; la primera tiene diagnosticada una demencia multi-infarto y la segunda, una enfermedad de Alzheimer en estadios finales.

**Tabla 5.** Grado de severidad del deterioro cognitivo, según la puntuación de la escala de Reisberg

Grado de severidad	N=21	(%)
Ligera	19	(90,4)
Moderada	1	(4,8)
Severa	1	(4,8)

En relación con el grado de incapacidad funcional en los pacientes con deterioro cognitivo, se precisó que 12 personas no presentaron incapacidad (57,0 %), 6 (27,4 %) tuvieron una incapacidad ligera, 1 (5,2 %), incapacidad moderada y 2 (10,4 %) incapacidad severa.

## DISCUSIÓN

En este estudio solamente aplicamos métodos de evaluación clínica para caracterizar los pacientes con deterioro cognitivo porque la investigación se efectuó en el nivel primario de atención médica, además, el examen neuropsicológico es el instrumento más preciso para diagnosticar los trastornos cognitivos, dado que las alteraciones neuropsicológicas constituyen el aspecto clínico central de estos trastornos.<sup>12</sup>

Las frecuencias de DCL y de demencia son muy variables en las diferentes investigaciones, lo que pudiera explicarse por los problemas metodológicos pues pocos estudios han empleado el mismo diseño de investigación.<sup>13,14</sup> Estudios poblacionales muestran que los índices de prevalencia del deterioro cognitivo leve oscilan entre 3,2 y 53,8 %, <sup>15,16</sup> esta variabilidad tan amplia depende, en gran medida, de los criterios utilizados para definir el DCL, aunque los estudios más recientes plantean una prevalencia de 30 % en mayores de 65 años (al menos el doble que la de demencia) y una frecuencia mayor en adultos institucionalizados y en poblaciones rurales.<sup>17,18</sup>

En el estudio multicéntrico realizado en la Universidad de Pittsburg<sup>19</sup> refieren que el 22 % de la población cumplía los criterios de DCL y que la prevalencia aumentó con la edad.

Los resultados de nuestro estudio muestran una frecuencia de DCL de 9,4 %, igual a la reportada por *Gómez* en su investigación efectuada en el municipio Playa.<sup>20</sup> Sin embargo, la frecuencia de demencia en esta población es muy baja (1 %), lo que podría explicarse por su alto nivel educacional. En Cuba, *Llibre Rodríguez* y otros<sup>21</sup> encontraron una prevalencia de síndrome demencial entre 8,2 y 11,2 x 100 ancianos en los municipios Marianao y Bauta, mientras que en un estudio de prevalencia de demencia en la Habana Vieja realizado por *Pérez* y otros,<sup>22</sup> se encontró 10,5 % de personas con la enfermedad.

En la presente investigación, el grupo de edad con mayor porcentaje de DCL correspondió al comprendido entre 70 y 79 años, seguido por el de 60 a 69 años. *Petersen* y otros,<sup>23</sup> en un estudio realizado en 220 individuos con DCL, hallaron que la edad promedio era de 79 años. En el estudio realizado en el municipio Playa de

Ciudad de La Habana,<sup>20</sup> el mayor porcentaje de pacientes con trastornos cognitivos tenían edades superiores a los 85 años.

La prevalencia de los trastornos cognitivos se duplica aproximadamente cada 5 años de edad, de modo que hay un crecimiento exponencial, por lo menos entre los 65 y 84 años. Las tasas de prevalencia específicas según la edad oscilan entre 1 %, aproximadamente, en los sujetos de 65 a 69 años y 40 % en los sujetos de 85 a 89.<sup>24</sup>

En diversos artículos se ha afirmado que la edad es el factor de riesgo más destacado en todos los cuadros de demencia y que tiene una continuidad con un descenso cognitivo relacionado con el envejecimiento,<sup>24</sup> queda por resolver una cuestión importante: los datos sobre individuos mayores de 85 años son insuficientes para indicar si la relación exponencial continúa.

Opinamos que los resultados de nuestra investigación pueden estar influidos por otros factores como la depresión, pues en el grupo de 60 a 69 años se encontraron algunos pacientes con síndrome depresivo y la presencia de estos síntomas puede empeorar el funcionamiento cognitivo en aspectos como la atención, concentración, velocidad de respuesta psicomotora y aspectos de la memoria con gran carga afectiva. Pero más evidente es el deterioro funcional global de estos pacientes.<sup>25</sup>

Los resultados de esta investigación mostraron mayor frecuencia del sexo femenino en los pacientes tanto de DCL (63,8 %) como de demencia (100 %), pero es necesario aclarar que el 64,2 % de esta población es femenina. Aunque las razones para la mayor frecuencia de estos trastornos en la mujer pueden ser varias, una es admitida universalmente: la diferente supervivencia de ambos sexos, la mujer sobrevive al hombre aproximadamente unos 8 años en los países desarrollados<sup>26</sup> y si la frecuencia aumenta exponencialmente con la edad a partir de los 65 años no es de extrañar que el número total de mujeres afectadas supere al de los hombres.

En nuestra investigación, en los ancianos con DCL predominó el nivel de escolaridad inferior a noveno grado (63,2 %) y ninguno realizaba actividades mentales regularmente, todos los que presentaron DCL estaban jubilados o eran amas de casa. Todavía queda por aclarar el papel desempeñado por el nivel de instrucción porque los estudios epidemiológicos proporcionan resultados contradictorios. En distintas investigaciones sobre la prevalencia de la demencia se ha descrito el efecto protector de la educación.<sup>27,28</sup> *Rodríguez Álvarez*<sup>29</sup> hace referencia en una publicación a la "**Reserva cognitiva**" y comenta que las personas que tienen alto nivel de educación tienen menor riesgo de presentar deterioro cognitivo ya que estos individuos instruidos poseen mayores sinapsis corticales que los iletrados y, por tanto, están más capacitados para hacer frente al deterioro causado por la pérdida neuronal característica de la demencia. Sin embargo, un estudio realizado por *Beard* y otros<sup>30</sup> en una población rural de Virginia, EE.UU., encontraron que el 44,0 % de los pacientes estudiados tenían 9º grado de educación y presentaban afectación de la cognición.

Varios factores de riesgo se han identificado en pacientes con deterioro cognitivo.<sup>31,32</sup> Nosotros encontramos la hipertensión arterial como el principal factor, seguido por el hábito de fumar (28,5 %), ambos están asociados de manera importante al deterioro cognitivo vascular.<sup>33</sup> Todos los trabajos revisados señalan el antecedente familiar de enfermedad de Alzheimer como el factor de riesgo más importante después de la edad, la aparición de demencia en un familiar de primer grado aumenta al triple o al cuádruplo el riesgo de presentar enfermedad de Alzheimer.<sup>34</sup>

También se plantea el antecedente de trauma craneal como otro factor de riesgo para las demencias,<sup>35,36</sup> en el presente trabajo sólo detectamos un caso. *Graves* y otros<sup>35</sup> han confirmado que la lesión craneal se asocia a la enfermedad de Alzheimer, pues el traumatismo craneal puede acelerar la producción de beta-amiloide. La proteína precursora de beta-amiloide contiene elementos que podrían activarse por lesiones como traumatismo o hipoxia.<sup>36</sup>

El DCL puede darse o no en ciertas condiciones específicas que por sí mismas pueden ser causas de déficit cognitivo como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson, las enfermedades del tiroides o la depresión. De hecho, en este estudio las causas que encontramos con mayor frecuencia para los trastornos cognitivos fueron los síndromes depresivos.

En un estudio longitudinal que investigó la relación entre la depresión y el riesgo de demencia<sup>37</sup> se encontró que la depresión al inicio aumentó moderadamente el riesgo de presentar enfermedad de Alzheimer (riesgo relativo= 1,91; intervalo de confianza del 95% de 1,07-3,42). Queda por determinar si la depresión es una manifestación muy precoz de la enfermedad de Alzheimer o si aumenta la sensibilidad a través de otro mecanismo.

La relación entre depresión y demencia se puede sintetizar en 3 supuestos clínicos. El más frecuente, el desarrollo de un episodio depresivo en un paciente con una demencia ya establecida. Otra posibilidad es la presencia en el curso de un episodio depresivo primario de quejas subjetivas de fallos cognitivos que pueden confundirse con una demencia. Un trastorno depresivo, a cualquier edad y, por lo tanto, también en edades avanzadas suele producir alteraciones cognitivas, fundamentalmente de la atención y la memoria, esto unido a la inhibición psicomotora propia de los cuadros depresivos puede inducirnos a confundir una depresión primaria con una demencia. A estos cuadros se les ha denominado durante mucho tiempo "pseudodemencia".<sup>38</sup> Por último, se ha sugerido que un episodio depresivo, especialmente si produce un deterioro cognitivo significativo, puede constituir la manifestación clínica más precoz de una demencia.<sup>37</sup>

En esta investigación, a pesar de tener 3 pacientes con enfermedad de Parkinson, sólo 1 presentó DCL y ninguno demencia. El síndrome de demencia se describe con frecuencia en la enfermedad de Parkinson, pero su frecuencia varía entre 35 y 90 % en los diferentes estudios revisados por *Brown* y *Mariden*.<sup>39</sup>

En el presente estudio predominó el grado ligero de deterioro cognitivo, en la investigación realizada por *Pérez* y otros<sup>22</sup> también predominaron los pacientes con grado leve. El grado de incapacidad funcional se correspondió con el grado de deterioro cognitivo, la mayoría de las personas con DCL no presentaron alteraciones funcionales en las actividades de la vida diaria (57 %) y entre los que presentaron incapacidad funcional, el grado ligero (27,4 %) fue el más frecuente, los casos con incapacidad funcional severa correspondieron a los pacientes dementes (10,4 %). Estos resultados son similares a los obtenidos en la investigación efectuada en el Policlínico Rampa,<sup>40</sup> donde se detectó que el 43,8 % de los pacientes con deterioro cognitivo no presentaba incapacidad funcional y de los que la presentaron la mayoría fue ligera (34,9 %).

Se concluye que en la población estudiada, el deterioro cognitivo leve y la demencia fueron poco frecuentes. Los trastornos cognitivos fueron más comunes en el sexo femenino y la hipertensión arterial fue el factor de riesgo principal en estos pacientes. El grado de incapacidad funcional se correspondió con el grado de severidad del déficit cognitivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López OL. Epidemiología de las demencias. *Rev Neurol*. 2002; 36(1):850-9.
2. Peláez O. Disminución acelerada de la natalidad y envejecimiento poblacional, reto inaplazable para los cubanos. *Granma* 30 octubre 2006. Sección especial 4-5.
3. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Casanova Carrillo C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004; 20(5-6):227-33.
4. Folstein M, Folstein S, Mc Hugh PR. Minimental State: A practical method for grading the cognitive state for the clinicians. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.
5. Wechsler D. *The Wechsler Memory Scale*. 3<sup>rd</sup> ed. San Antonio, Tex: Psychological Corp (Harcourt); 1997.
6. Jorm AF, Korten AE. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *Br J Psychiatry*. 1988; 152:209-13.
7. Yesavage JA. Geriatric depression scale. *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24:709-11.
8. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of neurology. *Neurology*. 2001; 56(9):1133-42.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. DSM-IV, Washington DC: American Psychiatric Association. 1994. p. 133-55.
10. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatr*. 1982; 139(9):1136-9.
11. Majoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14:61-5.
12. Donoso A, Venegas P, Villarroel C, Vázquez C. Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001; 39:231-8.
13. Pérez Martínez DA. Registros clínicos y vigilancia epidemiológica en el campo de las demencias. *Rev Neurol*. 2006; 43(1):1-2.
14. Kuller LH. Factores de riesgo de la demencia en el Cardiovascular Health Cognition Study. *Rev Neurol*. 2003; 37(2):122-6.

15. Tschanz J, Welsh-Bohmer K, Lyketaos C. Conversion to dementia from mild cognitive disorder. *Neurology*. 2006;67:229-34.
16. Morris J, Busse A, Bisschopf J, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC. Mild Cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. *Brit J Psych*. 2003;182:449-54.
17. Ganguli M, Dodge H, Chen P, Belle S, Dekosky ST. Ten-year incidence of dementia in a rural elderly US community population. *Neurology*. 2000;54(5):1109-16.
18. Unverzagt F, Gao S, Baieyewu O, Ogunniyi A. Prevalence of cognitive impairment: data from the Indianapolis Study of Health and Aging. *Neurology*. 2001;57(9):1655-62.
19. López OL. Clasificación del deterioro cognitivo leve en un estudio poblacional. *Rev Neurol*. 2003;37(2):140-4.
20. Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina Iglesias M, Yáñez Fernández B, Gonzáles Zaldivar A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med*. 2003;42(1):12-7. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42\\_1\\_03/medsu103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/medsu103.htm)
21. Llibre Rodríguez J, Guerra Hernández MA, Pérez Cruz H, Bayarre Veá H, Samper Noa J. Síndrome demencial y factores de riesgos en adultos mayores del 60 años residentes en la Habana. *Rev Neurol*. 1999;29(10):908-11.
22. Pérez O, Castillo VL, Raiteri J, Roselló H, Pérez J, Gómez N. Prevalencia de demencia en la población Geriátrica de la Habana Vieja. *Rev Esp Neurol*. 1993;8(1):18-22.
23. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Int Med*. 2004;256:183-94.
24. Mulet B, Sánchez Casas R, Arrufat Teresa M, Figuera L, Labad A, Rosich M. Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*. 2005;17(2):250-6.
25. Weiner M, Edland S, Luszczynska H. Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2004;151:1006-9.
26. Alberca R, Montes Latorre E, Gil Neciga E, Lozano San Martín E. Enfermedad de Alzheimer y mujer. *Rev Neurol*. 2002;35:571-9.
27. Bonaiuto S, Rocca WA, Lippi A. Education and occupation as risk factors for dementia: A population-based case-control study. *Neuroepidemiol*. 2005;14:101-9.
28. Callahan CM, Hall KS, Hui SL, Musick BS, Unverzagt FW, Hendrie HC. Relationship of age, education, and occupation with dementia among a community-based sample of African Americans. *Arch Neurol*. 2006;53:134-40.

29. Rodríguez Álvarez M, Sánchez Rodríguez JL. Reserva cognitiva y demencia. *Anuales de Psicología*. 2004; 20(2):175-86.
30. Beard CM, Kokmen E, Offord KT. Lack of association between Alzheimer's disease and education, occupation, marital status, or living arrangement. *Neurology*. 2002; 42:206-13.
31. Barranco Quintana JL, Allam MF, Del Castillo AS, Navajas RFC. Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2005; 40(10):613-8.
32. Prince M, Culle M, Mann A. Risk factors for Alzheimer's disease: A case-control study based on the MRC elderly hypertension trial. *Neurology*. 2004; 44:97-104.
33. Anstey KJ, Sanden Chv, Salim A, O'Kearney R. Meta-analysis. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *Am J Epidemiol*. 2007; 166(2):367-78.
34. Pérez Tur J. La genética y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2003; 30(2):161-9.
35. Graves AB, White E, Koepsell TD. The association between head trauma and Alzheimer's disease. *Am J Epidemiol*. 1999; 131:491-501.
36. Roberts GW, Allsop D, Bruton C. The occult aftermath of boxing. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000; 53:373-8.
37. Martínez Larrea. Síndromes depresivos asociados a deterioro cognitivo. *Rev Neurol*. 2004; 38:342-6.
38. Blazer DG. Is depression more frequent in late life? An honest look at the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004; 2:193-9.
39. Brown RG, Marsden CD. How common is dementia in Parkinson's disease? *Lancet*. 2004; 1:1262-5.
40. González Fabian JL, Gómez Viera N, González-González JL. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa. *Rev Neurol*. 2006; 36:619-24.

Recibido: 16 de junio de 2009.

Aprobado: 4 de agosto de 2009.

Dr.C. *Nelson Gómez Viera*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras",  
Servicio de Oncología, San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González,  
Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10300. Correo electrónico:  
[vdp@hha.sld.cu](mailto:vdp@hha.sld.cu)