

# Prevalencia de deterioro cognitivo en población mayor de 60 años con alto riesgo social de Neuquén capital

## Martín Regueiro

*Médico Geriatra, Master en Demencias, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén  
Docente de Farmacología en la Universidad Nacional Comahue  
E-mail: regueiromartin@gmail.com*

## Cecilia Homar

*Médica Geriatra, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén  
Docente de Farmacología en la Universidad Nacional Comahue*

## Martín Cañás

*Médico Farmacólogo, Máster en Farmacoepidemiología  
Federación Médica de la provincia de Buenos Aires  
Profesor Titular de la Cátedra de Farmacoepidemiología en la Maestría de Farmacopolíticas, Universidad ISALUD  
Profesor Asociado Cátedra Farmacología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche  
Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Farmacología,  
Facultad de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de La Plata*

## Virginia Tosello

*Médica General, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén*

---

### Resumen

**Introducción:** La información que existe sobre demencia y deterioro cognitivo es escasa en Argentina, y particularmente en la Patagonia.

**Objetivo y Métodos:** El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de deterioro cognitivo. Se realizó una encuesta puerta a puerta a todas las personas mayores de 60 años que vivían en un barrio de la ciudad de Neuquén de alto riesgo social, donde se evaluaban variables geriátricas y cognitivas, incluyéndose un Mini-Mental, Test del Reloj y un Set test según el nivel de instrucción.

**Resultados:** De las 78 encuestas evaluadas, la media de edad fue de 70,75 años, 37 de sexo femenino, con una escolaridad promedio de 4,37 años, con un 33% de personas analfabetas funcionales. Se evidenció deterioro cognitivo en 29,49% de los pacientes, siendo más elevado a mayor edad y menor nivel de instrucción.

**Conclusiones:** La prevalencia de deterioro cognitivo en la población estudiada fue más elevada que en otros estudios argentinos asociado a un porcentaje de analfabetismo más alto que en otras jurisdicciones.

**Palabras clave:** Anciano - Deterioro cognitivo - Demencia - Epidemiología - Alfabetización.

## PREVALENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN A HIGH SOCIAL RISK POPULATION OLDER THAN 60 YEARS FROM NEUQUÉN CAPITAL

**Abstract**

*Introduction:* The information that exists on dementia and cognitive impairment is scarce in Argentina, particularly in Patagonia.

*Objective and Methods:* The aim of the study was to determine the prevalence of cognitive impairment. A door to door survey was performed to all people over 60 who lived in a high social risk neighborhood in Neuquen city, where geriatric and cognitive variables were evaluated, including Folstein Mini-Mental State Examination, clock test and test set according to the level of instruction.

*Results:* Of the 78 surveys assessed, the mean age was 70.75 years, 37 female, with an average of 4.37 years of schooling, with 33% of functional illiterates. Cognitive impairment was evidenced in 29.49%, being high er at older and less educated respondents.

*Conclusions:* The prevalence of cognitive impairment in the study population was higher than in other Argentine studies associated with an illiteracy rate higher than in other jurisdictions.

**Key words:** Elderly - Cognitive impairment - Dementia - Epidemiology - Literacy.

**Introducción**

En la actualidad la cantidad de adultos mayores aumenta exponencialmente y el fenómeno del envejecimiento poblacional constituye un hecho de gran trascendencia social por las enormes consecuencias sociosanitarias que se han vuelto más evidentes en los últimos años. Este cambio demográfico estructural comporta un incremento en términos absolutos y relativos del colectivo del grupo de personas mayores con disminución de los grupos de menor edad.

Esta situación es asimétrica entre países en desarrollo y desarrollados, con porcentajes diferentes, más amplios, en los países desarrollados, aunque por su densidad demográfica, la mayoría de los adultos mayores viven en países en desarrollo. En el año 2000, el número de adultos mayores en los países menos desarrollados alcanzó 375 millones, lo que equivale a 62 por ciento del total de adultos mayores en el mundo, pero sólo a 7,7 por ciento de la población de estos países. En cambio, 232 millones de adultos mayores residían en los países desarrollados, sólo 38 por ciento de la población mundial mayor de 60 años, pero 19,4 por ciento de la población en el mundo desarrollado (1).

Evidentemente el impacto que esto supone sobre la situación socio sanitaria de cada país será variable y los gastos en salud aumentarán proporcionalmente. La mayor longevidad de una población es causa y consecuencia de los cambios en los patrones de enfermedad y los gastos derivados de ellas; así como de la dependencia que muchas generan. La enfermedad infecciosa, la más prevalente de forma tradicional en la historia de la humanidad, de curso agudo y de causa exógena es reemplazada por la enfermedad edad-dependiente, endógena, de curso crónico, no transmisible, degenerativa y frecuentemente incapacitante.

La ONU en su informe de consecuencias del envejecimiento demográfico de 1978, ya planteaba el mayor

costo en la dependencia de los ancianos que la de los niños; y los efectos de la necesidad de disponer de servicios y de protección para la tercera edad con un aumento del gasto público (2).

La patología del adulto mayor es significativamente distinta con mayor prevalencia de cuadros neurológicos degenerativos. Estas entidades ampliamente estudiadas en países desarrollados con más de cien estudios de prevalencia y cuatro grandes metaanálisis, recogen datos que pueden no coincidir con los de los países en desarrollo. Estos estudios muestran que en Europa, por ejemplo, la prevalencia de demencia es de 0,3% entre 60-69 años, 3,2% entre 70-79 años y más del 10% en mayores de 80 años (3).

Existen pocos datos sobre la prevalencia de deterioro cognitivo en Latinoamérica. En Argentina un estudio del 2005 que se realizó en Cañuelas (Provincia de Buenos Aires), evaluó a 1.453 individuos mayores de 60 años. En el mismo se halló una prevalencia de deterioro cognitivo de un 23%; con un 16,9% para el grupo entre 60 y 69 años; 23,3% y 42,5% para los grupos de 70 a 79 años y mayores de 80 años respectivamente. Ese estudio no evaluó la condición social de los pacientes, un factor a tener en cuenta a la hora de definir políticas socio sanitarias que sean equitativas para los más vulnerables (4).

Según el censo nacional de población, hogares y viviendas de la República Argentina que se realizó en el año 2010, en la provincia de Neuquén viven 551.266 habitantes; de esa población un 9,94% son mayores de 60 años. Del total de la población, un 65,78% vive en la ciudad de Neuquén o sus alrededores (departamento confluencia), consultan principalmente en hospitales y/o centros de salud (5).

El barrio Almafuerte es uno de los barrios que quedan en la periferia de Neuquén capital, cuya población es asistida en su mayoría por el sistema público de salud, en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y el Hospital Heller. En la práctica habitual es

muy frecuente que estos pacientes o sus familiares consulten por cuadros que se asocian a estados cognitivos deteriorados de mucho tiempo de evolución, sin ser el deterioro neurológico el principal motivo de consulta. En muchos casos los familiares justifican el deterioro neurológico con frases como “ya es grande”, en adultos mayores jóvenes reconocidos como los menores de 75 años, sin ser la edad un justificativo directo de deterioro cognitivo.

Estos individuos, que en muchas oportunidades ya son dementes y/o viven solos, llegan a los hospitales con cuadros de deshidratación y/o desnutrición muy avanzada. Se asocia a los cuadros descriptos las úlceras por presión y las infecciones respiratorias tipo neumonía aspirativa. A estos cuadros neurológicos crónicos se sobre agregan los cuadros confusionales agudos, que entorpecen el diagnóstico y aumentan la morbi-mortalidad.

Surge a partir de lo expuesto la necesidad de conocer el estado cognitivo de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad social para plantear estrategias que protejan a esta población. Por estos motivos, este estudio busca estudiar la prevalencia de deterioro cognitivo de la población mayor de 60 años en un barrio con alto riesgo social de Neuquén capital.

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal para el cual se elaboró un protocolo que incluyó datos demográficos, un cuestionario de factores de riesgo, valoración de la visión y la agudeza visual, y valoración cognitiva mínima que incluyó Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), Test del Reloj (TRO), Set Test (en personas con menos de 2 años de educación formal) (6) y Confusion Assessment Method (CAM) (7). Se usó el cuestionario de actividades instrumentales de Pfeffer; la escala de valoración funcional de Katz para actividades básicas de la vida diaria, escala valoración actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton & Brody (L&B) y escala de Gijón para realizar la valoración socio-familiar.

Se consideró deterioro cognitivo cuando las personas con más de un año de alfabetización tenían un Mini-Mental o un Test de Reloj por debajo del límite de corte según baremo de normas nacionales o cuando su set test era menor o igual a 26 en el caso de analfabetismo (7).

Se realizó una encuesta puerta a puerta a las personas con 60 o más años de las 101 manzanas que se encuentran en las inmediaciones del Centro de Atención Primaria de la Salud Almafuerte, correspondiente a los barrios Almafuerte I, II y Los Hornitos de la ciudad de Neuquén, durante los meses de octubre a diciembre de 2015. Estos barrios se extienden sobre 11 hectáreas de propiedad provincial y se encuentra emplazado al pie de la escarpa de erosión sobre el pedimento (8).

Con respecto a la situación habitacional, predomina la casilla de cantonera de madera o chapa de cartón, con

piso de tierra o alisado de cemento y un solo ambiente. Un 25% cuenta con un cuarto de mampostería y para la calefacción y la cocción se recurre a gas de garrafa y/o leña (8).

Se incluyeron a todos los mayores de 59 años, que residían en el barrio Almafuerte I, II y los Hornitos de la ciudad de Neuquén, excluyéndose a las personas que habiendo cumplido los criterios de inclusión no aceptaron la realización del mismo, hayan presentado una internación reciente o una enfermedad neurológica aguda en los últimos 3 meses.

Se considera a una persona analfabeta funcional cuando no ha adquirido los conocimientos y las técnicas de lectura y escritura que la capacitan para emprender de modo efectivo todas las actividades en que se haya adoptado la alfabetización con normalidad a su cultura o grupo (9).

### *Detalle de las variables*

Las variables independientes consideradas fueron edad, sexo, años de escolaridad, comorbilidades y valoración funcional a través Katz, L&B y Pfeffer; y riesgo social de institucionalización Gijon abreviado. En cuanto a valoración cognitiva se consideró MMSE, TRO y Set Test.

Inicialmente se realizó un CAM, que cuando era negativo habilitaba continuar con la actividad. En las personas con menos de 2 años de educación formal se realizó el Set Test, y en el resto se realizó Mini-Mental State Examination ajustado a baremo de normas nacionales (10) y un Test del Reloj.

### *Descripción del análisis de los datos*

Para el análisis estadístico se utilizó Epi Info (versión 7.15. 2015). La estadística descriptiva de la población en estudio se expresa en media y desvío estándar. En esta muestra, se calculó la frecuencia de aparición de cada una de las comorbilidades estudiadas.

### *Cuestiones éticas*

Previo a la encuesta se realizó un consentimiento informado al entrevistado y a la familia, en el caso de que presentara deterioro cognitivo al finalizar la encuesta. Tanto la encuesta realizada, como el trabajo, fueron evaluados y aceptados por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH) de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, República Argentina.

## Resultados

Se realizaron 80 encuestas, de las cuales 2 no pudieron completarse por CAM positivo o datos incompletos, 37 a personas de sexo femenino y 41 masculino. Las personas excluidas del estudio se vincularon a CAM posi-

tivo, en un caso por encontrarse bajo efecto del alcohol y en el otro, por un accidente cerebro vascular reciente, con alta en el mes previo. La media de edad fue de 70,75 años (+/- 8,63) y la escolaridad promedio fue de 4,37 años (+/- 3,98). Se dividieron en dos categorías según las personas tuvieran una educación formal de dos años, o por un período superior.

La población estudiada fue en general de bajos recur-

sos, aunque un alto porcentaje tenía jubilación. Dentro de las comorbilidades, la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia y la diabetes mellitus fueron las más comunes, presentándose tabaquismo y alcoholismo en un 30,77% y 19,23%, respectivamente. Fue llamativo el alto porcentaje de analfabetismo de la población estudiada, siendo de 33,33% de los mayores de 60 años. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Datos demográficos de la población estudiada.

<b>Variables generales</b>		
Edad (en años)	70.75 años	+/- 8,63
Sexo (Masc/Fem)	41/37	
Escolaridad	4.37 años	+/- 3.98
Jubilados	46	58.97%
Pensionados	9	11.54%
Sin ingresos formales	23	29.49%
<b>Comorbilidades</b>		
- HTA	48	61.54%
- ACV*	9	11.54%
- Cardiopatía Isquémica	10	12.82%
- Diabetes Mellitus	21	26.92%
- IRC**	4	5.13%
- Alcoholismo***	15	19.23%
- Tabaquismo****	24	30.77%
- Dislipemia	21	26,92%
- Artrosis	12	15.38%
<b>Nivel de instrucción</b>		
Analfabetos funcionales	26 personas	33,33%
2 a 7 años	42	53,85%
8 a 15	10	12,82%

\*ACV: accidente cerebro vascular. \*\*IRC: insuficiencia renal crónica. \*\*\*Alcoholismo: considerado como el consumo de alcohol mayor a 40 a 60 gramos diarios.

\*\*\*\*Tabaquismo: aquella persona que fuma todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida han fumado al menos 100 cigarrillos.

Según los datos obtenidos en este estudio el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo fue de 29,49%, siendo más elevado a mayor edad, y con menor nivel de instrucción. En la Tabla 2 se muestra como los pacientes analfabetos funcionales tuvieron deterioro cognitivo

en un 38,46%, mientras que aquellos con 8 a 15 años de instrucción, tuvieron un 10%. Del mismo modo, los alcoholistas y los tabaquistas, tienen un riesgo mayor de padecer deterioro cognitivo.

**Tabla 2.** Prevalencia de deterioro cognitivo por nivel de instrucción, grupo de edad y hábitos tóxicos.

Población total	23 personas	29,49%
<b>Deterioro cognitivo segun nivel de instrucción</b>		
< 2	10	38,46%
2 a 7	12	28,57%
8 a 15	1	10,00%
<b>Deterioro cognitivo por sexo</b>		
Mujeres	9	24,32%
Hombres	14	34,15%
<b>Deterioro cognitivo separado por edad</b>		
60 a 75	14	25,93%
Mayor 75 años	9	37,50%
<b>Hábitos tóxicos</b>		
Alcoholismo	7	46,67%
Tabaquismo	8	33,33%

## Discusión

En este trabajo se encontró una prevalencia de deterioro cognitivo de 29,4%, porcentaje más elevado que el registrado en otros estudios similares, ya sean argentinos o internacionales (3,4). Al correlacionarlo con variables demográficas podemos encontrar una prevalencia más elevada a mayor edad y en hombres, siendo de 37,5% en mayores de 75 años, contra 25,9% en menores de esa edad. En cuanto a la correlación de sexo se ve mayor frecuencia en hombres (34,1%).

Al correlacionarlo con el estudio CEIBO (4) de prevalencia de deterioro cognitivo en Cañuelas, son notorias las diferencias en resultados finales. Por un lado, se evidencia mayor prevalencia de deterioro cognitivo, en un contexto de mayor analfabetismo y mayor riesgo social. En el estudio CEIBO la escolaridad fue en promedio de 5,5 años, mientras que en este estudio la educación formal fue de 4,3 años, con un alto porcentaje de analfabetismo (33,3%). Es menester señalar, que tanto en nuestro estudio como en el CEIBO se utilizaron los mismos tests diagnósticos y baremos.

En el grupo de analfabetos funcionales, la prevalencia de deterioro cognitivo fue de 38,4%. Este porcentaje, llamativamente alto, podría vincularse en términos generales a la interacción de diversos factores como mala nutrición (fetal e infantil) con consecuente deficiente desarrollo cerebral, hábitos sanitarios y alimentarios deficientes y menor estimulación mental (9,11-14). Estos hechos podrían redundar en una menor reserva cognitiva que pone en evidencia cualquier deterioro.

Al referirnos a los hábitos tóxicos, se presentó consumo de riesgo de alcohol en un 19,2% y consumo de tabaco de 30,7%, datos coincidentes con el resto de la provincia de Neuquén (15). Podemos observar que la prevalencia de deterioro cognitivo en alcoholistas fue de 46,6% y en tabaquistas de 33,3%.

Debemos remarcar que en este estudio no se realizó una evaluación de depresión, entendiendo la frecuencia de este factor comórbido y su influencia en los resultados finales.

Este estudio de pequeñas dimensiones se centró en población de bajos recursos, con características particulares diferentes de otros estudios, por lo que genera un sesgo de importancia a la hora de comparar con poblaciones de ciudades con altos recursos y otro nivel de instrucción.

## Agradecimientos

Al personal del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén por su trabajo incansable, y en especial a Juana Huenupi, Ariel Castebianco, Marcela Alvarez, Martín Campos, Constanza Nuñez y Susana De Rose. A los residentes de Medicina General de la provincia de Neuquén, particularmente a Francisco Canale, Antonella Pastrana, Leila Dipp, Maira Lescano y Eugenia Villegas. También al equipo de Salud de Almafuerte, en especial a las agentes sanitarios Margarita Maturano y Gloria. A Hugo Ríos, Jefe de Departamento Administrativo de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud y a Silvina Mastrángelo, Directora Provincial de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

## Fuente de financiamiento

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

## Declaración de conflicto de intereses

No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio de ninguno de los autores. ■

**Guía de reporte utilizada:** STROBE

## Referencias bibliográficas

- World Population Prospects. The 2002 Revision. Volume III: Analytical Report. Economic & Social Affairs. United Nations. [Internet] Disponible en: [http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002\\_VOL\\_3.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002_VOL_3.pdf)
- Naciones Unidas (1978). Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. Volumen I. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Cleusa P Ferri, Martin Prince, Carol Brayne, Henry Brodaty. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 2005. Vol. 366, Issue 9503, pp 2112-2117.
- Arizaga R; Gogorz R et al. Deterioro Cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Resultados del piloto del estudio Ceibo (Estudio Epidemiológico Poblacional de Demencia). *Revista Neurológica Argentina* 2005; 30: 83-90. [Internet] Disponible en: [http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol\\_30\\_2005/n2/v30n2\\_p83\\_90.pdf](http://www.sna.org.ar/pdf/publicacion/vol_30_2005/n2/v30n2_p83_90.pdf) .
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. [Internet] Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar>
- Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos de las Funciones Mentales Superiores. Disposición 2738/2008. Servicio Nacional de rehabilitación. [Internet] Disponible en: <http://www.ssalud.gov.ar/normativas/consulta/001609.pdf>
- Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Baumann D, de-Pascale A, Allegri RF, Mangone CA, Ollari JA. El “Mini-Mental State Examination” en Español. Normas para Buenos Aires. *Rev.Neurol.Arg.* 2001; 26 1: 11-15.
- Sznol,FE. ¿Progreso o modernización excluyente? El caso de la ciudad de Neuquén (Argentina). Observatorio Geográfico de América Latina. [Internet] Disponible en: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal6/Geografiasocioeconomica/Geografiaindustrial/435.pdf>
- Castillo, Jimenez del J. Redefinición del analfabetismo: el analfabetismo funcional. *Rev Educ.* 2005;338:273-94.
- Arizaga RL, Harris P, Allegri RF. Epidemiología de las Demencias. En: Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. Eds: Arango Asparilla JC, Fernández Guinea S, Ardilla A. El manual Moderno. México 2003.
- Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a metaanalysis. *Neurology* 1998; 51: 728-33.
- Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. The relationship between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 809-15.
- Ritchie K, Kildea D, Robine JM. The relationship between age and the prevalence of senile dementia: a metaanalysis of recent data. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 763-9.
- Ritchie K, Kildea A. Is senile dementia age-related or ageing-related? Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest-old. *The Lancet* 1995; 346: 931-4.
- Encuesta Nacional sobre prevalencia de consumo de sustancias Psicoactivas. Dirección Provincial Estadísticas y censos de la provincia del Neuquén – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) – Ministerio de Salud de la Nación. 2011. [Internet] Disponible en: [http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/informes/ENPreCoSP\\_INTERACTIVA.pdf](http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/informes/ENPreCoSP_INTERACTIVA.pdf)