

INTRODUCCIÓN

Se entiende por "deterioro cognitivo" la alteración de las facultades intelectuales de la persona, entre las que destaca el deterioro de la orientación, de la memoria reciente, del razonamiento, del cálculo, del lenguaje, de la capacidad de realizar tareas complejas y de la capacidad de programación, entre otras. Se acepta que la alteración de tres o más de las facultades anteriores, u otras funciones intelectuales, durante un período superior a los seis meses, constituye el cuadro clínico de deterioro cognitivo sugestivo de demencia.

Con el envejecimiento se produce un declive de las funciones intelectuales, especialmente de los mecanismos de procesamiento de la memoria y de la capacidad de respuesta a tareas complejas, que se corresponde con un fenómeno natural y no constituye enfermedad.

La situación de deterioro cognitivo engloba, por el contrario, la afectación de varias funciones cognitivas en un grado superior al esperado para la edad, nivel de salud general y nivel cultural de la persona. El deterioro cognitivo, por tanto, es un estado clínico que se sitúa en un punto intermedio que va desde la normalidad cognitiva hasta la pérdida completa de las funciones intelectuales, tal y como ocurre en las fases avanzadas de las demencias.

El deterioro cognitivo siempre significa situación de enfermedad.

Aproximadamente entre el 1 y el 5% de la población general presenta secuelas de deterioro o déficit cognitivo. De las causas que pueden producir deterioro cognitivo adquirido destacan, entre otras, el envejecimiento cerebral y los trastornos asociados al mismo (demencia, enfermedad de Alzheimer), los accidentes y traumatismos craneoencefálicos, los accidentes vasculares-cerebrales, las enfermedades degenerativas cerebrales, los tumores cerebrales y la esquizofrenia. La deficiencia mental, la parálisis cerebral y el autismo constituyen los cuadros más frecuentes de déficit cognitivo.

El deterioro cognitivo se asocia a una importante pérdida de autonomía personal y social, así como a un elevado coste social, sanitario y familiar.

En general el envejecimiento progresivo de la población occidental, el incremento de accidentes de tráfico y las secuelas cerebrales o cognitivas de los mismos están provocando un incremento de la incidencia y prevalencia de minusvalías y discapacidades, tanto funcionales como estructurales, en las que el paciente presenta un déficit de funcionamiento cognitivo significativo frente a lo que supone que es lo definido como normal. En sentido amplio, se entiende por deterioro cognitivo toda alteración de las capacidades mentales superiores. Este deterioro puede ser focal y limitado; afecta a una determinada operación cognitiva aislada o a un conjunto de funciones cognitivas relativamente relacionadas entre sí (funcional o estructuralmente). También puede ser difuso, múltiple y global; afecta a una amplia gama de capacidades mentales. En los síndromes focales, según la topografía cerebral específicamente lesionada, pueden aparecer distintos tipos de afasia (el paciente es incapaz de hablar o entender), apraxia (no es capaz, por ejemplo, de vestirse), agnosia (no reconoce objetos), amnesia (no recuerda acontecimientos) o síndromes disejecutivos (no es capaz de dirigir su propia actividad ni tomar decisiones). En los síndromes difusos existe una variada constelación de síntomas cognitivos, como alteraciones de la memoria, del juicio y del razonamiento abstracto, entre otros. Debe tenerse muy en cuenta el impacto negativo de los síndromes focales o difusos en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, deambular, razonar, etc.).

El bajo nivel educativo y en especial el analfabetismo se incluye entre los factores de riesgo posible para el desarrollo de demencia; clarificar si verdaderamente se trata de un factor de riesgo o si, por el contrario, es una consecuencia derivada de los estudios epidemiológicos, es de importancia por cuanto conlleva importantes implicaciones sociosanitarias.

La demostración de su carácter de factor de riesgo verdadero lleva consigo confirmar que la asociación reúne los criterios de causalidad y perfilar los mecanismos por los cuales este factor modifica los procesos patogénicos o la expresión clínica de los cuadros que cursan con deterioro cognitivo.

EVIDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

Excepto contadas excepciones, la mayoría de los estudios epidemiológicos ha puesto de manifiesto una consistente asociación entre bajo nivel educativo y demencia. La evidencia epidemiológica más consistente apunta a una asociación real entre bajo nivel educativo y demencia.

No todas las asociaciones encontradas en los estudios epidemiológicos tienen un carácter causal; en muchos casos éstas son fruto del error aleatorio o sistemático (sesgos) de los mismos.

En resumen, pues, el bajo nivel educativo en general y el analfabetismo en particular se configura como un verdadero factor de riesgo para demencia; retrasa la expresión clínica de los procesos que conllevan deterioro cognitivo.

La relevancia sociosanitaria de un factor de riesgo depende no sólo de la magnitud de la asociación entre éste y la enfermedad o condición, sino también de la prevalencia de éste en la población y de la posibilidad de su manipulación.

Aunque en las últimas décadas en las sociedades industrializadas se tiende a la alfabetización universal, ésta es una circunstancia que está aún lejos de la realidad; en España y según el último informe de CÁRITAS, existe más de un millón de sujetos analfabetos mayores de 10 años, lo que supone el 3% de la población, de ellos medio millón son menores de 25 años; a estas cifras hay que añadir los más de 7 millones de sujetos que, aun alfabetizados, carecen de educación formal. A nivel mundial las cifras son más descorazonadoras, ya que, aunque el ritmo de alfabetización se ha acelerado exponencialmente, en 1990 un cuarto de la población mundial era analfabeta, porcentaje que se espera que disminuya a un quinto al inicio del milenio, lo cual supone aún más de mil millones de analfabetos.

Es evidente que el grado de alfabetización y el nivel educativo de la población es manipulable a través de estrategias y políticas educativas. La política de escolarización universal y prolongada proporcionará una mayor reserva cerebral a las últimas generaciones; queda por ver si estrategias a otros niveles etarios como formación continuada generalizada, educación de adultos, escolarización post-jubilación o Universidad de Mayores, son también capaces de aumentar la reserva cerebral de los sujetos de mayor edad.

Los argumentos esgrimidos son suficientes como para evaluar de forma apropiada la efectividad y eficiencia de políticas educativas de este tipo, ya que las repercusiones sociosanitarias de las mismas pueden ser muy importantes. Katzman (1993) piensa que la mejora en el nivel educativo pudiera proporcionar un retraso en el inicio de la demencia de unos cinco años; aparte de las ventajas que a nivel individual y familiar supondría este retraso al aumentar el tiempo libre de enfermedad y de forma paralela retrasar la aparición de la fase de dependencia, a nivel poblacional, y considerando el aumento exponencial de la prevalencia de demencia a partir de los 65 años, implica la

reducción a la mitad de la prevalencia global de demencia, con las importantísimas implicaciones socioeconómicas que ello conllevaría.

OBJETIVO

Conocer el deterioro cognitivo de los pacientes ingresados en una residencia geriátrica en relación con el nivel educacional y otros factores de salud.