

**Universitatea de Medicină și Farmacie
“Carol Davila”**

TEZA DE DOCTORAT

– REZUMAT –

**ABORDAREA ANTROPOLOGICĂ A TULBURĂRILOR COGNITIVE
LA PACIENȚII ÎN VÂRSTĂ**

**Conducător științific:
Acad.Prof.Dr. Constantin Bălăceanu-Stolnici**

**Doctorand:
Dr.Mircea Găiculescu**

București

2008

PARTEA GENERALĂ

1. Antropologia ca știință

1.1. Antropologia – definiție

Antropologia este definită ca știința care se ocupă cu studiul istoriei naturale a omului, inclusiv toate aspectele legate de evoluția sa, bio-psiho- socială. Originea sa se află în cultura Greciei antice din perioada ei de înflorire maximă, începând cu Socrate și apoi continuând cu Platon și Aristotel. Interesul pentru condiția umană a fost sintetizat de Protagoras prin dictonul: „*anthropos panton metron*” („omul este măsura tuturor lucrurilor”).

Antropologia este o știință în care teoria este strâns legată de aspectele practice. Ea este percepută specific în diversele tradiții naționale, teoria având strânse legături cu etnografia. Cuvintele „antropologie” și „etnologie” au avut înțelesuri diferite de-a lungul anilor. Mai mult, accepțiunile acestor termeni sunt diferite de la o țară la alta.

Cuvântul „antropologie” provine din limba greacă: '*antropos*' înseamnă 'uman', iar '*logos*' – discurs, știință. Prima sa utilizare pentru a defini o disciplină științifică a fost probabil la începutul secolului al șaisprezecelea în forma sa latinizată: '*antropologium*'. Scriitorii din Europa Centrală l-au folosit apoi pentru a denumi anatomia și fiziologia, iar mult mai târziu o parte dintre aceste două discipline au fost numite 'antropologie fizică' sau 'antropologie biologică'. În secolele al șaptesprezecelea și al optsprezecelea și teologii europeni au folosit termenul, dar în cazul lor se refereau la atribuirea de trăsături de tip uman divinității lor. Cuvântul german '*anthropologie*', care descrie atributele culturale ale diverselor grupuri etnice, a început a fi utilizat de câțiva scriitori ruși și austrieci la sfârșitul secolului al optsprezecelea. Totuși utilizarea sa de către învățați din alte părți ale lumii nu a fost adoptată decât mult mai târziu. Antropologiei îi este atribuit caracterul de știință după apariția operelor lui Darwin, începând cu „Despre originea speciilor prin intermediul selecției naturale” (*On the Origin of Species by Means of Natural Selection*) (1859) în care este stabilită poziția omului în lumea animală și continuând cu „Originea omului și selecția legată de sex” (*The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*) (1871) în care este tratată evoluția sa filogenetică. Referitor la dezvoltarea ontogenetică marele filozof român Petre Țuțea afirma că omul este un animal rațional perfectibil.

2. Funcția cognitivă – descriere – definiții

2.1. Definirea funcției cognitive

Funcția cognitivă se referă la capacitatea de procesare a informației, de aplicare a cunoștințelor și de schimbare a preferințelor. Provine din cuvântul latin „cognoscere” care înseamnă *a cunoaște, a ști, a recunoaște*. Procesele cognitive pot fi naturale sau artificiale, conștiente sau inconștiente. Ele sunt definite din diferite perspective în diverse domenii: neurologie, psihologie, lingvistică, filozofie, etc. Din punct de vedere psihologic, funcția cognitivă este un proces intelectual prin care o persoană devine conștientă, percepe și înțelege ideile transmise de alte persoane. Este considerată ca proprietatea abstractă a organismelor vii evolute și este studiată ca o capacitate directă a creierului. Această funcție este strâns legată de concepte precum gândirea, percepția, inteligența, învățarea care descriu capacitățile creierului sau caracteristicile așteptate de la un „creier” artificial. Procesele implicate sunt capacitatea de înțelegere, deducția, luarea deciziilor, planificarea, învățarea, abstractizarea, generalizarea, concretizarea, specializarea. Sunt implicate și concepte precum: credințele, cunoștințele, dorințele, preferințele, intențiile fie ale unor indivizi inteligenți, unor sisteme, agenți sau chiar obiecte. Deși inițial funcția cognitivă era separată de sentimente și emoții, odată cu lucrarea lui Darwin „The Expression of Emotions in Man and Animal” (1872) această separare este considerată artificială. Funcția cognitivă implică percepția, memoria, gândirea, raționamentele, capacitatea de a judeca, dar în studiile actuale nu se pot ignora aspectele emoționale implicate în procesul de cunoaștere.

2.2. Istoricul studiilor legate de funcția cognitivă

Inițial dezvoltarea cognitivă a fost abordată privind preponderent evoluția biologică și genetică. Ulterior s-a ținut cont și de factorul mezologic de interrelaționare cu mediul înconjurător, precum și cu mediul psiho-social (relația părinți-copii studiată de Freud, precum și behaviorismul fundamentat de John B. Watson). Psihologul Jean Piaget a încercat să unească teoriile legate de influența celor două tipuri de medii: intern și extern, asupra dezvoltării funcției cognitive. Conform concepției lui Piaget dezvoltarea cognitivo-perceptuală cuprinde 4 stadii: stadiul I sau inteligența senzitivo-motorie de la naștere la doi ani; stadiul II pre-operational de la 2 la 7 ani; stadiul III al gândirii operaționale concrete de la 7 la 11 ani; stadiul IV gândirea operațională formală de la 12 ani.

Preocupări legate de tulburările cognitive au existat încă din cele mai vechi timpuri. Îmbătrânirea în general și ca parte a ei îmbătrânirea cognitivă, au fost un subiect predilect de-a lungul secolelor pentru mulți oameni de știință, filozofi, medici. Preocupări legate de îmbătrânire și senescenta au caracterizat gândirea umană încă din cele mai vechi timpuri. Printre primele scrieri în acest domeniu putem aminti lucrarea lui Cicero, redactată în anul 44 î.e.n., când autorul avea 63 de ani, intitulată : „*Cato maior sive de senectute*” („Către Cato – despre îmbătrânire”).

Referiri la fenomenul de îmbătrânire se găsesc însă cu mult înainte: în papirusuri egiptene vechi de peste patru mii de ani, în opere literare din China antică și vechea Indie, în Vechiul Testament. Străvechile papirusuri egiptene și scrierile medicale din China antică, împreună cu lucrările lui **Aristotel** și ale lui **Socrate** au descris diverse aspecte ale senescentei și ale afecțiunilor cronice degenerative, inclusiv ale celor cognitive. De asemenea ele prezintă o serie de metode care ar opri pierderea insidioasă a funcțiilor care însoțesc vârstele înaintate. Sfaturi sau idei referitoare la vârstnici în general și la afecțiunile specifice lor se întâlnesc în operele atribuite lui **Homer**, de asemenea în scrierile lui **Platon** și **Aristotel**. Fără a fi medic, celebrul filozof englez **Roger Bacon** a scris *De retardandis senectutis accidentibus* unde se referă și la prevenirea sau întârzierea tulburărilor cognitive care apar ca niște „accidente” la vârstnici. Prima carte tipărită care prezintă probleme specifice de geriatrie și gerontologie, inclusiv cele legate de afectarea cognitivă, este considerată lucrarea publicată de Gabriele Zerbi în 1489 și intitulată: *Gerocomia scilicet cura atque victu* în care se referea la stilul de viață recomandat la bătrânețe și la modul de a preveni sau vindeca afecțiunile care apar mai frecvent în această etapă a vieții.

Galen, ultimul mare medic al antichității care a trăit în secolul al doilea al erei noastre, în scrierile sale s-a ocupat mult de problema afecțiunilor vârstnicilor. El considera că starea de extremă slăbire și de slăbiciune fizică și psihică întâlnită la unii bătrâni este produsă de o reducere extremă a căldurii și de o uscare accentuată a organelor. În lucrările sale se sublinia rolul factorilor psihici în îmbătrânire, mai ales în îmbătrânirea precoce, și de asemenea importanța lor în prevenirea îmbătrânirii și în prelungirea vieții.

O lucrare semnificativă în cadrul geriatriei este publicată de renumitul medic parizian **J.M.Charcot** în 1867: *Leții clinice asupra bolilor bătrânilor*. Această operă are perspectiva largă a autorului care era clinician, neurolog, psihopatolog și anatomopatolog. La spitalul din Salpêtrière condus de J.M.Charcot a lucrat și marele neurolog român **Gheorghe Marinescu**. Preocupările lui referitoare la bătrânețe datează încă de la sfârșitul secolului XIX când a studiat aspectele morfologice ale neuronului la om la diverse vârste, insistând asupra modificărilor generate de involuție. În anul 1924 Gh.Marinescu publică lucrarea *Problema bătrâneții și a morții naturale* în care analizează substratul biochimic și biofizic al îmbătrânirii. Un an mai târziu apare la Iași sub semnătura profesorului **C.I.Parhon** *Bătrânețea, senilitatea, psihozele vârstei de involuție*. C.I.Parhon a fost elevul și colaboratorul lui Gh. Marinescu și a continuat drumul deschis de mentorul său organizând în 1933 la Sibiu primul Congres medical având ca temă bătrânețea, iar în 1952 a înființat la București, împreună cu Ana Aslan, primul Institut de geriatrie din lume. În anul 1984 a fost publicată prima lucrare care a abordat probleme de diagnostic și tratament în afecțiunile neuropsihice ale vârstnicului intitulată *Neurogeriatrie*, având ca autori pe acad.**C.Arseni** și acad.**C.Bălăceanu-Stolnici**, carte de referință pentru toți medicii și cercetătorii științifici care se ocupă de tulburările cognitive la vârstnici. Pe plan național s-au remarcat o serie de antropologi de mare valoare: **Francisc Iosif Rainer**, medic, antropolog, membru de onoare al Academiei Române, întemeietor al școlii de antropologie din București (în 1926), **Ioan Gh. Botez**, considerat întemeietor al școlii de antropologie de la Iași (1930), **Ilie Th. Riga**, continuatorul Profesorului Francisc Rainer, chirurg, profesor de anatomie topografică, cercetător în domeniul antropologiei sportive, **Ștefan-Marius Milcu**, medic, biolog și antropolog român, membru titular (1948) al Academiei Române, **Victor Săhleanu**, director științific al Centrului de Cercetări Antropologice din București (devenit în 2007 Institutul de Antropologie), **Acad.Prof.Dr. Constantin Bălăceanu-Stolnici**, neurolog, geriatru, antropolog **Henri H. Stahl**, antropolog cultural, etnograf, istoric social, memorialist, sociolog rural, **Constantin Maximilian**, antropolog și genetician, **Mircea Eliade**, filozof și istoric al religiilor, **Cristiana Glavce**, biolog, antropolog și director al Institutului de Antropologie din București. În secolul XXI au apărut o serie de alte lucrări de antropologie valoroase, ca o continuare a preocupărilor anterioare, publicate de Acad.Prof.Bălăceanu-Stolnici: „Incursiune în lumea sufletului. O abordare antropologică” (Editura Paideia), 2003, „Antropogeneza și geneza culturii” (în colaborare cu Ligia Apăvăloae), 2006, „Incursiune în antropogeneza” (în colaborare cu Cristiana Glavce, Florina Raicu, Ligia Apăvăloae), 2006.

3.Procesul de îmbătrânire

Îmbătrânirea în general este considerată drept fenomenul de acumulare a transformărilor într-un organism sau un obiect odată cu trecerea timpului. Îmbătrânirea umană se referă la procesul multidimensional de transformări fizico-biologice, psihologice și sociale. Aceste transformări pot fi pozitive, negative sau neutre. Procesul are un mare impact asupra societăților umane și reflectă pe de o parte modificările biologice, dar și caracteristicile sociale, economice și culturale ale colectivităților de-a lungul istoriei.

Tendința generală este de a considera îmbătrânirea drept cronologia experienței umane din ultima parte a vieții. Acest proces are însă o accepțiune mult mai largă, cuprinzând sferele biologice, geologice și cosmologice. Îmbătrânirea poate fi percepută drept mijlocul elegant și continuu prin care forțele naturale, de la microcosm la macrocosm, creează condițiile necesare regenerării. Mulți oameni de știință privesc îmbătrânirea ca fiind un mare proces de egalizare deoarece supune toate formele materiei, inclusiv viața biologică, unui set comun de principii. În cadrul existenței umane sunt forme de îmbătrânire nelegate de parcursul vieții individuale, ci de creațiile umane și chiar de aspecte referitoare la societăți omenești întregi. Percepția lor depinde foarte mult de contextul socio-cultural. Astfel în unele situații clădirile devin frumoase odată cu trecerea timpului, mobilierul câștigă o patină fină

și o mare valoare pe măsură ce este mai vechi; vinurile și brânzeturile sunt în mod deliberat maturate prin procesele intricate de fermentare, învechire și depozitare, pentru a le crește savoare. În ceea ce privește societățile umane de-a lungul istoriei, ele dobândesc statutul de „civilizații” dacă au o istorie lungă și realizări durabile, precum „Lumea Veche” europeană și societățile asiatice în comparație cu țările „Lumii Noi” precum Canada și Statele Unite ale Americii. De aceea conceptul de îmbătrânire, cu rădăcini atât în realitățile lumii vii cât și în ale lumii materiale neînsuflețite, a inspirat imaginația umană culturală și artistică de-a lungul veacurilor.

Datorită pe de o parte creșterii proporției în populația generală a persoanelor care depășesc vârsta de 65 de ani, iar pe de altă parte datorită unor particularități legate de patologie și de alte caracteristici, a apărut necesitatea separării vârstnicilor în trei grupe: vârstnici „tineri” (între 65 și 74 de ani), vârstnici „propriu-ziși” (între 75 și 84 de ani) și longevivi (peste 85 de ani).

Din punct de vedere biologic se poate considera că îmbătrânirea este procesul care transformă un adult viguros într-o persoană fragilă, cu rezerve scăzute la nivelul majorității aparatelor și sistemelor organismului. În același timp se produce o creștere exponențială a vulnerabilității la majoritatea bolilor și chiar a riscului de instalare a decesului. Această vârstă biologică este cea mai adecvată evaluării medicale a unei persoane vârstnice. Influența îmbătrânirii asupra stării de sănătate și a calității vieții depășește cu mult efectele oricărei afecțiuni cunoscute deoarece vârsta în sine reprezintă principalul **factor de risc** pentru marea majoritate a bolilor grave. Din această perspectivă se poate afirma că posibilitatea de a modifica viteza de îmbătrânire la oameni, în modul în care s-a reușit deja în cazul animalelor de experiență, ar avea efecte mult mai bune decât eradicarea neoplaziilor, a afecțiunilor cardiovasculare și a diabetului zaharat considerate împreună.

Subiectul referitor la îmbătrânirea umană este extrem de vast. El conține aspecte interconectate legate de teoriile îmbătrânirii, de modalitățile de a crește speranța de viață, precum și abordarea medicală a vârstnicilor bolnavi. Deși se consideră că îmbătrânirea, din punct de vedere genetic, ar fi apărut ca un fel de necesitate evolutivă cu scopul de a elimina generațiile vechi, într-un fel ca o modalitate de control a creșterii populației programată genetic, nu există dovezi în natură că o astfel de teorie ar fi adevărată. Doar cu totul excepțional animalele salbatice supraviețuiesc suficient de mult pentru a prezenta semne de îmbătrânire, în general decesul apărând la vârste tinere. Este foarte probabil ca acest fenomen să se fi produs și în cazul populației umane primitive. Doar în medii protejate reușesc animalele să trăiască până la vârste înaintate, iar îmbătrânirea umană ca fenomen demografic se întâlnește doar în societățile civilizate. Dimpotrivă, organismele sunt programate să supraviețuiască. Deși există un foarte mare număr de mecanisme destinate supraviețuirii, totuși se pare că nici o specie nu este suficient de bine programată pentru a trăi la infinit. Aceste mecanisme sunt eficiente până la încheierea capacității de reproducere, după aceasta etapa fiind din ce în ce mai puțin prezente. Desigur că acest deziderat al tinereții fără bătrânețe ține mai mult de folclor, este exagerat și poate că pe termen lung ar reprezenta un mare dezavantaj pentru specie având în vedere că generațiile noi, adaptate la condițiile de mediu fizic și social în continuă schimbare, ar fi sub continua presiune a generațiilor vechi, din ce în ce mai puțin adaptate. Îmbătrânirea umană este o temă în continuă dezbateră, dar din punct de vedere medical mai important este studiul și tratarea afecțiunilor și a cauzelor care reduc posibilitatea persoanelor vârstnice de a exista independent în colectivitatea în care trăiesc în mod obișnuit. În acest sens poate cel mai important scop al geriatriei și al gerontologiei este de a prelungi durata de viață activă pentru a se ajunge la o așa-numită longevitate activă. Așa cum afirmă mulți autori eforturile trebuie concentrate în primul rând spre a adăuga viață anilor și mai puțin ani vieții. Se poate afirma însă ca desi în ultimul secol constatăm o creștere în progresie geometrică a speranței de viață, calitatea vieții nu a înregistrat o dezvoltare similară, mai ales la vârste aflate după încheierea perioadei de reproducere (40 – 45 de ani). Mai ales după pensionare calitatea vieții devine din ce în ce mai precară odată cu înaintarea în vârstă, fiind din ce în ce mai mult dependentă de mediul de viață fizic și social, precum și de posibilitățile de intervenție terapeutică. Totuși trebuie să ținem seama și de faptul că notiunea de calitate a vieții este foarte subiectivă depinzând într-o foarte mare măsură de factori personali.

3.1. Teorii și studii asupra procesului de îmbătrânire

Realizarea unei sinteze asupra teoriilor îmbătrânirii este foarte dificilă datorită numărului lor mare (peste 300) și a diversității acestora. Concomitența acestor teorii este posibilă datorită faptului că nu se contrazic și în același timp fiecare explică diverse aspecte și modalități de producere a îmbătrânirii.

Teoriile asupra îmbătrânirii pot fi împărțite în 2 grupe principale:

3.1.1. Teorii cu determinare genetică

3.1.2. Teorii fără determinare genetică

3.1.1. Teorii cu determinare genetică (majoritatea gerontologilor sunt de acord că longevitatea este determinată inițial de mecanisme genetice)

3.1.1.1. Programate – 3.1.1.1.1. teoria genelor modificatoare a amorsării vârstei

3.1.1.1.2. teoria genelor nespecifice ale îmbătrânirii (pleiotrope)

3.1.1.1.3. teoria genelor specifice ale îmbătrânirii

3.1.1.1.4. teoria genelor de longevitate

3.1.1.1.5. teoria redundanței genei

- 3.1.1.1.6. teoria reparării genei
- 3.1.1.1.7. teoria îmbătrânirii morfologice, pasive, lente

- 3.1.1.2. Neprogramate – 3.1.1.2.1. teoria erorilor în sinteza proteică
- 3.1.1.2.2. teoria mutațiilor somatice

3.1.2. Teorii fără determinare genetică

- 3.1.2.1. teorii de organ (dereglări în funcționarea unor organe)
- 3.1.2.2. teorii fiziologice (deteriorări cauzate de dereglări ale proceselor fiziologice)

3.1.2.1. Teorii de organ – se bazează pe observația că odată cu îmbătrânirea se produc dereglări în funcționarea unor organe care la rândul lor se datorează în esență disfuncționalității:

- sistemului imun (teoria imunologică);
- sistemului neuroendocrin (teoria neuroendocrină).

3.1.2.1.1. Teoria imunologică

Se bazează pe două constatări experimentale majore:

- odată cu vârsta capacitatea sistemului imun de a produce anticorpi scade, atât cantitativ cât și calitativ;
- când răspunsul imun scade, manifestările autoimune scad.

Această teorie face apel la selecția clonală a lui Burnet și la fenomenul Hayflick aplicat precursorilor plasmocitari. Conform selecției clonale organismul posedă o toleranță imunologică pentru toate antigenele proprii sau străine care au solicitat precursorii celulelor formatoare de anticorpi în stadiul dinaintea maturării imunologice a organismului.

Aceste celule dau prin diviziune plasmoblaști, iar în final unul sau două tipuri de anticorpi. Fenomenul Hayflick se referă la faptul că celulele au un număr finit de diviziuni după care mor; acest lucru se întâmplă probabil și precursorilor plasmocitari, fapt ce duce în final la scăderea reacției imune cu vârsta.

Controlul genetic al răspunsului imun este asigurat de către Complexul Major de Histocompatibilitate care se pare că ar conține o genă ce controlează procesul de îmbătrânire. De asemenea în Complex sau strâns legat de el se află o serie de gene care controlează procese cuplate îmbătrânirii ca:

- durata maximă de viață
- repararea A.D.N
- apariția la bătrâni de boli autoimune
- acțiunea agenților de captare a radicalilor liberi
- reglarea sistemului neuroendocrin
- diferențierea și dezvoltarea

3.1.2.1.2. Teoria neuroendocrină

Baza acestei teorii constă în faptul că nici o componentă a corpului uman nu poate acționa izolat de sistemul nervos și de cel endocrin.

Adepții acestei teorii susțin rolul profund al neurohormonilor în reglarea schimbărilor legate de vârstă. Pierderea de neuroni monoaminergici asociată cu scăderi ale funcțiilor motorii și cognitive are loc în special în *locus coeruleus* și *substantia nigra*, iar acelor colinergici în *hipocampus*, *nucleus caudatus*, *putamen* și cortexul cerebral. Pierderea de hormoni steroizi la menopauză poate duce la apariția de condiții favorizante pentru osteoporoza. Unele dintre schimbările cu vârsta ale acțiunii hormonilor pot fi datorate și schimbărilor în concentrația receptorilor. Denklass devansează data care ar putea sugera existența unui “hormon al morții”.

3.1.2.2. Teorii fiziologice:

3.1.2.2.1. Teoria acumulării de produși reziduali

Acumularea de corpusculi materiali a fost observată în multe celule bătrâne, dar mai ales în neuroni, în mușchiul scheletic și cel cardiac. Acești corpusculi sunt agregate moleculare ale unor compuși chimici rezultați din metabolism și care nu mai pot fi catabolizați. Prin acumularea lor se produce îngreunarea funcției celulare și este favorizat procesul de îmbătrânire, proces dezastruos în special în cazul neuronilor. Acești compuși sunt în general colorați (pigmenți) și pot fi de la galben la orange fluorescent, iar în lumina ultravioletă apar galben – brun. Pigmenții asociați cu procesul de îmbătrânire au o structură complexă chimică și sunt numiți generic lipofuscină. Există studii care arată prezența lor lângă aparatul Golgi, acest lucru sugerând că ar fi mitocondrii degenerate ori produși ai lizozomilor sau chiar ai reticulului endoplasmatic.

Lipofuscina se formează probabil ca rezultat al reacțiilor de autooxidare deoarece un material fluorescent asemănător se poate produce *in vitro* când aminoacizii reacționează cu malondialdehida, produs al autooxidării lipidelor polinesaturate. Produsul este o bază Schiff cu un maxim de fluorescență la lungime de undă corespunzătoare lipofuscinei.

Pigmentul reacționează pozitiv cu teste pentru proteine, lipide și carbohidrați. El conține atât enzime lizozomale, cât și respiratorii care în timp își pierd activitatea. Studii recente evidențiază efectul unor plante medicinale și în special al unor compuși chimici de curățire a așa-numitului “noroi celular” reprezentat de produșii de degradare rezultați în urma metabolismului celular și neeliminați în mod fiziologic, ce duc în final la blocarea activității celulei (exemplu: Panax Ginseng și Gingko Biloba).

3.1.2.2.2. Teoria factorilor intrinseci ai reacțiilor chimice

Printre factorii intrinseci care rezultă în urma reacțiilor biochimice și produc efecte negative asupra structurii organismului viu se numără și eliberarea microtermală, entropia și radicalii liberi. Ultimul grup de factori este cel mai important și cu siguranță cel mai investigat la ora actuală.

3.1.2.2.2.1. Teoria radicalilor liberi

Teoria îmbătrânirii având ca principală cauză existența radicalilor liberi și reacțiile lor se bazează pe ipoteza acumulării de deteriorări progresive produse de acești radicali. Radicalii liberi sunt grupe de atomi înalt reactive având un electron neparticipant care poate apare ca urmare a acțiunii radiațiilor ionizante, a reacțiilor neenzimatică ale oxigenului și a unor reacții enzimatice, în special catena respiratorie.

Reacțiile de producere a radicalilor liberi sunt ireversibile și cuprind trei faze: de inițiere, de propagare și terminare. Deteriorările produse de reacțiile radicalilor liberi cuprind:

- oxidări în molecule cu viață lungă (elastina și collagenul);
- oxidări în materialul cromozomial;
- degradări oxidative ale mucopolizaharidelor cu producere de materiale inerte ca de exemplu ceroidul și pigmenții de îmbătrânire și cu schimbări în caracteristicile unor organite ca mitocondria și lizozomul.

Apărarea contra radicalilor liberi se realizează cu ajutorul mai multor sisteme chimice antioxidante cum ar fi tocoferolii, carotenii, peroxidazele ce conțin hem, glutatión peroxidaza ce conține seleniu, superoxid dismutaza și acidul uric.

Argumente în favoarea teoriei:

1. viața animalelor cu sânge rece, a mamiferelor care hiberneză și a mamiferelor homeoterme este invers proporțională cu viteza de metabolizare, la un metabolism crescut viteza de producere a radicalilor liberi este mai mare și sistemele de apărare antioxidante nu fac față;
2. acumularea de substanțe de tipul lipofuscina;
3. animalele crescute în condiții de viteză metabolică sporită, factor care scade durata vieții, au concentrații sporite de produși ai radicalilor liberi care împreună cu acidul tiobarbituric produc lipofuscina;
4. procesul de producere al radicalilor liberi se accentuează cu vârsta, în timp ce capacitatea sistemului de protecție antioxidantă scade;
5. speciile cu speranță mare de viață au nivele de apărare antioxidantă mai mari și nivele scăzute ale produșilor reacțiilor radicalice;
6. speranța de viață poate crește cu 20 – 40 % în condițiile de restricție calorică și dieta cu antioxidanți.

3.1.2.2.3. Teoria factorilor externi

Unii autori încearcă să stabilească conexiuni ale îmbătrânirii cu factori deterioranți externi cum ar fi: radiațiile, ionii metalelor grele, aminoacizii și zaharurile izomere, stresul. Aceștia ar produce mutații somatice la nivel celular care pot determina perturbări funcționale

3.1.2.2.4. Teoria legării încrucișate (“cross linkage”)

Datorită unor factori diverși metabolici, intrinseci, externi și a reacțiilor biochimice pot apărea legături chimice încrucișate în cadrul structurilor moleculare ale substanțelor intra și extracelulare. Legarea uncrucișată se produce între 2 sau mai multe macromolecule prin legarea covalentă sau prin punți de hidrogen. Legăturile deși reversibile se pot acumula în timp. Se produce o agregare moleculară, o creștere a imobilizării compusilor celulari și o scădere a catabolizării produsilor cu funcționabilitate deficitară.

În cazul A.D.N.-ului încrucișarea duce la mutații și moartea celulelor.

Transportul intracelular scade și se produc agregate care împiedică eliberarea de hormoni și produse celulare.

Creșterea vâscozității extracelulare duce la scăderea fluxului de substanțe nutritive și a catabolitelor spre exteriorul celulei.

Datele experimentale fac referire mai ales la legarea încrucișată a moleculelor de A.D.N. collagen și elastina în procesul de îmbătrânire. Mai multe studii au arătat că se produce o legare încrucișată în collagen în cursul maturării și a îmbătrânirii. Dacă procesul se produce de o manieră excesivă atunci are loc o dereglare a funcționării atât a permeabilității la produși metabolici cât și a proprietăților mecanice. Există o serie de compuși care inhibă încrucișarea collagenului și elastinei ca flavonele, acizii treiteroenici, vitamina C, vitamina A.

Numarul compusilor naturali care pot functiona ca agenti de productie a legaturilor încrucisate este impresionant: aldehide, agenti pe baza de sulf, agenti alchilanti si arilanti, chinone, radicali liberi, anticorpi, acizi polibazici si esterii lor, acid citric, metale polivalente etc.

Cei mai multi autori considera ca îmbatrânirea are o parte programata cu desfasurare previzibila, dar si una datorata erorilor produse de factori interni si externi. Pe de alta parte viata are o diversitate de forme de adaptare la mediu, dar si în modul de îmbatrânire si moarte.

În 1952 Strehler elaboreaza prima teorie complexa (*compositae theoriae*) care încearca sa analizeze interactiunile dintre fenomenele de îmbatrânire moleculara, genetica si celulara. Viitorul pare sa confirme existenta simultana a mai multor cauze ale îmbatrânirii întrucât viata are o diversitate de forme de exprimare, una dintre acestea fiind chiar moartea.

3.2.Îmbatrânirea cerebrala – normal si patologic – modificari cognitive în procesul de îmbatrânire

3.2.1.Notiunile de îmbatrânire si senescenta

Se poate afirma ca îmbatrânirea este un proces complex care transforma adultul viguros într-un individ fragil cu rezerve scazute la nivelul majoritatii aparatelor si sistemelor organismului. În acelasi timp are loc o crestere exponentiala a vulnerabilitatii la majoritatea bolilor si a riscului de instalare a decesului. Mecanismele acestui proces sunt putin descifrate la fel ca si în cazul proceselor cognitive care inca raman greu de explicat. O situatie similara se intalnea pana de curand în ceea ce priveste ereditatea si dezvoltarea individuala. Influenta imbatranirii asupra starii de sanatate si a calitatii vietii depaseste cu mult efectele oricarei afectiuni cunoscute deoarece varsta în sine reprezinta principalul factor de risc pentru majoritatea bolilor grave. Din aceasta perspectiva se poate afirma ca posibilitatea influentarii timpului de imbatranire la oameni (în maniera în care s-a reusit deja în cazul soarecilor de experienta) ar avea efecte mai bune decât eradicarea neoplaziilor, a afectiunilor cardiovasculare si a diabetului zaharat luate impreuna. Anual apar sute de articole care descriu efectele imbatranirii la nivel celular si molecular dar raman inca necunoscute procesele fundamentale care stau la baza vitezei diferite de imbatranire la fiecare individ precum si mecanismele prin care imbatranirea conduce la aparitia bolilor specifice bolilor varstei a treia.

Considerata în sens larg imbatranirea cuprinde totalitatea evenimentelor temporal detreminate în decursul existentei unui individ cu multiple transformari la nivel fiziologic. Aceste transformari pot avea caracter benefic (crestere, dezvoltare, maturare), neutru sau deteriorativ (postmaturare).

Termenul de senescenta este de obicei utilizat pentru a denumi acele transformari deteriorative instalate în cursul etapei de postmaturare si care stau la baza vulnerabilitatii crescute si a diminuarii capacitatii de supravietuire. Desi senescenta este doar o etapa a procesului de imbatranire în limbajul obisnuit si în geriatrie se utilizeaza adesea termenul de imbatranire cu sensul de senescenta.

Deteriorarea progresiva a proceselor fiziologice care incepe inca de la adultul tanar este indusa de multiple fenomene distructive si de agenti de mediu. Sistemele de reparare ce actioneaza în etapa postmaturala devin incapabile, se elimina complet deteriorarea aparuta rezultând functionarea neadecvata a sistemelor fiziologice. Gradul de inadecvare a functionarii si viteza sa de instalare variaza de la un individ la altul si la acelasi individ între diversele sisteme fiziologice. Procesele deteriorative responsabile de alterarile fiziologice ce insotesc înaintarea în varsta pot fi grupate în trei categorii:

1. alterari produse de procese vitale intrinseci
2. alterari produse de factori extrinseci
3. alterari determinate de afectiuni asociate varstei

4.Funcția cognitivă în antropologie

Contrar opiniei generale exista o stabilitate considerabila a performantelor individuale de-a lungul vietii în absenta bolilor majore sau a iminentei mortii.

Este un lucru obisnuit la persoanele în vârsta sa observe un declin al performantei în ceea ce priveste noi stimuli si abilitati de rezolvare a problemelor. Exista însa multi indivizi între 70 – 80 de ani ale caror performante (apreciate prin teste psihologice) sunt aproape de performanta adultului tanar (Jarvik în 1975). Efectele timpului par a creste riscul declinului inteligentei, cel mai probabil datorita transformarilor la nivel de SNC sau al altor procese fiziologice sau organe si sisteme (hipertensiunea arteriala si arterioscleroza).

Chiar si în îmbatrânirea normala exista îndeobste o perceptie subiectiva a declinului abilitatilor de achizitie si rememorare a informatiei. Numeroase studii au investigat capacitatea memoriei primare în care informatia este pierduta daca nu este repetata. Rezultatele acestor studii au aratat în genere ca nu exista diferente semnificative în ceea ce priveste memoria primara fata de adultul tanar (memorarea de litere, cuvinte, cifre). În 1977 Craik a aratat ca aceste diferente sunt minime daca nu sunt cerute si manipulari cognitive de reorganizare a informatiei si cantitatea de informatie nu este prea mare.

Diferente în functie de vârsta sunt aparente la nivelul memoriei secundare (depozitarea noilor informatii) mai ales când cantitatea de informatie depaseste limitele memoriei primare (Fozard,1980). Acesta este motivul pentru care

majoritatea cercetarilor sunt axate în prezent pe deficitul memoriei secundare legat de vârstă. Atenția este concentrată pe achiziție și rememorare/recuperare. Studiul efectuat de Poon în 1985 a confirmat diferențe minime legate de vârstă în ceea ce privește memoria primară și memoria terțiara (de lungă durată), dar diferențe substanțiale în achiziția și rememorarea noilor informații în memoria secundară. Întrebarea este cât de mult contează factorii contextuali. De aceea în prezent cercetătorii investighează efectele interacțiunii dintre individ, mediu și cerințe asupra abilităților de procesare. Cercetările din anii '80 au studiat abilitățile de procesare și interacțiunea dintre acestea și variabilele de mediu motivationale și individuale.

În ceea ce privește abilitățile de învățare chiar și un bătrân debilitat conserva această abilitate chiar dacă acest proces se realizează mai greu. De fapt este vorba de o operare condiționată în care individul învață să asocieze un comportament cu un beneficiu.

Schimbări în funcția cognitivă apar în îmbătrânirea normală, dar datorită sindroamelor confuzionale și dementiale frecvente evaluarea cognitivă este foarte importantă. Ea trebuie făcută foarte atent și să țină cont de limitele investigației. Trebuie ținut cont în special de aspectele depresive și anxioase care pot oferi rezultate incorecte și pot conduce la diagnostice false. O investigație corectă a funcțiilor cognitive da informații valoroase numai în contextul evaluării comprehensive geriatrice a statusului funcțional al pacientului vârstnic. Evident, evaluarea geriatrică trebuie adaptată fiecărui pacient în funcție de inteligență, nivel educațional, condiții socio – economice, de mediu și spiritual.

Un capitol deosebit de important în adaptarea evaluării geriatrice și în special a celei cognitive este medicația uzuală a bolnavului. Patologia asociată vârstei impune folosirea a numeroase droguri (asistăm de prea multe ori din păcate la polipragmăzie), multe din medicamentele administrate pot produce tulburări cognitive și ne referim aici în special la medicația psihoactivă. Administratia de benzodiazepinice, barbiturice, neuroleptice și antidepressivă, prin efectele sedative și motorii, afectează memoria și învățarea (Hindmarch – 1980, Subhan – 1984 și Golomboc – 1988).

Un rol important în procesul de diminuare a achiziționării și rememorării de comportamente îl au barbituricele. Medicamentele antidepressivă au deasemenea efecte psihomotorii și cognitive prin potențialul sedativ și efectele anticolinergice (Curran – 1988). Anticolinergicele cu indicație cardiovasculară și urologică pot induce delir. Ca exemple de droguri mai puțin invazive, dar larg folosite, amintim digoxin-ul, betablocanțele, corticoizii și cimetidin.

De-a lungul timpului au fost elaborate sute de teste psihometrice pentru evaluarea pacientului vârstnic. Dintre acestea vom aminti câteva ce vor fi folosite în această lucrare de doctorat, teste foarte cunoscute și larg utilizate și anume: Mini Mental Status Examination (MMS) – Folstein, Abbreviated Mental Test (AMT) – Qureshi, Philadelphia Geriatric Center Mental Status Questionnaire (PGMSQ) – Fishback, Kendrick Battery For The Detection Of Dementia In The Elderly – Kendrick, Dementia Screening Scale – Hasegawa, Confusion Assessment Schedule – Slater, Orientation Scale For Geriatric Patients – Berg & Swenson, Cognitive Capacity Screening Examination – Jacobs, Testul Desenării Ceasului, Testul Celor 5 Cuvinte.

Iată deci că evaluarea cognitivă a pacientului vârstnic nu este deloc o sarcină ușoară având în vedere multitudinea factorilor ce o influențează și de care trebuie să ținem cont pentru a ajunge la un diagnostic de acuratețe atât de necesar pentru stabilirea unei atitudini și scheme terapeutice individualizate. Este încă o dată de subliniat importanța esențială a unei evaluări geriatrice comprehensive pentru atingerea acestui scop.

4.1.Perspectiva antropologică asupra funcției cognitive

Interesul special pentru îngrijirea psihiatrică a vârstnicului datează de aproximativ 40 de ani. Această schimbare reflectă interesul pentru creșterea numărului persoanelor vârstnice în populație. Este de așteptat ca proporția persoanelor vârstnice să continue să crească în sec. XXI în principal prin creșterea numărului celor în vârstă de mai mult de 80 de ani. Cum prevalența tulburărilor psihice și în special a demenței crește cu vârstă, s-a constatat creșterea cererii de îngrijiri psihiatrice pentru vârstnici. Persoanele în vârstă de peste 65 de ani constituie în prezent jumătate din totalul pacienților psihiatrici cu spitalizări îndelungate și aproape o cincime din totalul celor aflați la prima internare într-o secție de psihiatrie. Cererea de îngrijire continuă să crească în țările dezvoltate. De asemenea țările în curs de dezvoltare în care există în prezent mai puțini vârstnici vor începe să se confrunte cu problemele creșterii numărului acestora. În timp ce recunoaștem că numărul mai mare de vârstnici va însemna probabil mai multe cazuri de tulburări psihice nu trebuie să uităm că cei mai mulți dintre oamenii bătrâni, chiar foarte bătrâni, au o bună sănătate mintală.

Deși tulburările psihice ale vârstnicului au anumite trăsături speciale ele nu se deosebesc substanțial de tulburările adultului mai tânăr. Ceea ce îi deosebește pe pacienții psihici vârstnici de ceilalți pacienți sunt nevoile acestora și de aceea practica psihogeriatrică necesită o calificare specială.

4.1.1.Psihologia îmbătrânirii

Datorită faptului că persoanele vârstnice sunt frecvent suferinde și au deficite senzoriale este dificil de stabilit ce este psihologic normal la vârstă înaintată. Este de obicei acceptat că funcțiile intelectuale măsurate cu testele de inteligență standard scad de la mijlocul vieții, dar există o importantă variație individuală. Semnificația modificărilor este nesigură, parțial și pentru că testele se concentrează asupra probelor de achiziție de date noi care

tind să subestimeze valoarea experienței. Deteriorarea memoriei de scurtă durată este o caracteristică evidentă a îmbătrânirii dar adevărata natură și proporție a defectului nu este clară. Lentoarea este o altă caracteristică a îmbătrânirii și este parțial exprimată de performanța scăzută la testele cognitive. Scăderea performanței la probele psihomotorii pare a fi determinată mai degrabă de modificări la nivelul mecanismelor centrale decât la nivelul mecanismelor periferice. Pe lângă aceste modificări cognitive și motorii există alterări importante ale personalității și atitudinilor precum o precauție excesivă, rigiditate și dezangajare de lumea exterioară.

Studiile psihologice au ajutat la elucidarea “tiparului” îmbătrânirii și de asemenea au evidențiat eterogenitatea acestor schimbări între indivizi. Știința psihologiei cognitive acoperă toate aspectele funcției mentale umane incluzând percepția, memoria și abilitatea de rezolvare a problemelor. Acest “sablon” al îmbătrânirii a fost denumit sablonul clasic al îmbătrânirii de către Botwinick (1977) și se datorează concordanței rezultatelor diferitelor teste aplicate în ultimii 50 de ani. Procesul îmbătrânirii este foarte mult influențat de modificările patologice. Astfel, deficitul neuropsihologice asociate cu diverse forme de demență produc modificări cognitive mult mai importante decât cele datorate doar procesului de îmbătrânire.

Deteriorări importante ale memoriei este știut acum a fi produse doar de afecțiunile neurodegenerative și în special, de boala Alzheimer. Aceste afecțiuni din sfera patologicului nu fac însă parte din acest studiu.

4.2.Funcționarea cognitivului în cotidian

Multe persoane în vârstă nu arată nici o modificare în mediul lor obișnuit, deși teste de laborator ale funcțiilor cognitive înregistrează alterări ale acestora. Aceasta este în special datorată obișnuinței, vârstnicii fiind foarte eficace în activitățile familiare. Aceasta și datorită faptului că își organizează bine mediul, frecventează locuri publice pe care le cunosc bine, păstrează același gen de activități și poartă discuții pe teme preferențiale. Un factor important este cultura generală și bagajul lingvistic, care le permit să evolueze cu dezinvoltură, chiar în conversații cu subiecți pretențioși (un tânăr instruit de 25 de ani utilizează în medie 30000 de cuvinte, un adult de peste 60 de ani utilizează în medie peste 60000 de cuvinte). Aptitudinile mnestice și cognitive în cupluri de bătrâni beneficiază de asistența mutuală pe care și-o oferă partenerii. Studiile arată că testați separat, soții obțin rezultate slabe, dar dacă lucrează împreună rezultatele sunt surprinzătoare în ceea ce privește memoria. Cea mai frecventă tulburare a vârstnicului sănătos este uitarea cuvintelor. Dacă li se acordă însă timp suficient sau li se fac sugestii, găsesc cuvântul respectiv, ceea ce demonstrează că termenul respectiv nu a părăsit memoria individului.

Cel mai folosit test psihometric Wechsler (scala de inteligență a adultului) nu oferă suficiente informații, deoarece nu este special adaptat vârstei înaintate.

Păstrarea funcțiilor cognitive la vârstnicii activi este superioară celei a vârstnicilor mai puțin activi sau a celor instituționalizați. Numeroase studii demonstrează că socializarea în timp este benefică mai ales pentru sexul masculin. Izolarea voită sau generată de afecțiuni somatice, dispariția partenerului de viață sunt factori care afectează negativ statusul cognitiv și funcționalitatea în viața de zi cu zi. O activitate intelectuală susținută pe tot parcursul vieții și socializarea pot contribui la protejarea funcțiilor cerebrale de efectele bolilor degenerative. Un rol deosebit de important revine nivelului material al individului acesta împietând asupra stării de nutriție, disponibilității de socializare, menținerii implicării în viața culturală și socială și satisfacerii nevoilor intelectuale.

4.3.Personalitate, sănătate mentală și îmbătrânire

Întrebarea dacă îmbătrânirea provoacă schimbări de personalitate și de sănătate mentală este foarte dezbătută în psihologia actuală. Există 3 păreri opuse:

- schimbările sunt intrinseci/ontogenetice îmbătrânirii
- schimbarea nu este intrinsecă, dar variază în funcție de rolul social
- personalitatea, ca și sănătatea mentală nu evoluează pe parcursul întregii vieți

În studierea personalității, teoreticieni în ontogenie ca Ericson postulează existența unor stadii brutale de dezvoltare care reflectă modificări calitative ale personalității. Cele 3 trăsături distinctive ale stadiilor ontogenetice sunt următoarele:

- universalitate – apar la toți indivizii
- secvențialitate – apar într-o ordine definită
- ireversibilitate

Cele 3 stadii adulte ale lui Ericson sunt :

- viața intimă vs. izolare, la începutul vârstei adulte;
- creativitate vs. stagnare, la mijlocul vieții;
- integritatea eului vs. depresie, la sfârșitul vieții.

În fapt, Ericson sugerează că fiecare din acestea 3 se perpetuează de-a lungul vieții adulte fără a fi de fapt stadii independente.

Sociologii introduc greutatea rolului social în această evoluție (clasă socială, sex, cultură). Astfel se produce o schimbare de identitate în momentul pensionării. Alți sociologi apără ideea stabilității personalității adulte, mai ales după 30 de ani.

Toate teoriile sus menționate nu sunt de fapt ireconciliabile, deoarece se referă la 3 aspecte distincte ale personalității:

- dezvoltarea eului
- valori și identitate
- temperament

Raportul între vârstă și starea de sănătate mentală este de fapt un complex de factori. Dacă incidența schizofreniei scade odată cu vârsta, crește în schimb incidența psihozelor induse de afecțiuni organice – cerebrale. Crește de asemenea incidența psihozelor tranzitorii, datorate refuzului medicației, intervențiilor chirurgicale, a spitalizării în unități de terapie intensivă. Aceste psihoze sau stări confuzionale sunt reversibile dacă sunt diagnosticate și tratate la timp. Tendința de suicid crește îngrijorător peste 65 de ani la rasa albă, mai ales în perioadele de recesiune economică sau la diagnosticarea unei boli incurabile, precum și în caz de văduvie.

Depresiile sunt printre problemele cele mai importante ale bătrânului, chiar dacă acesta nu le semnalează ca atare, ci prin intermediul unor simptome somatice ca oboseala, insomnia, constipația. O curbă a depresiei are forma literei „J”, ea diminuând de la adultul tânăr la adultul de vârstă medie și crescând vertiginos peste 65 de ani. Pe măsură ce sănătatea fizică intră în declin, nu este surprinzător faptul că durerile cronice, insuficiențele de organ sau bolile incurabile sunt acompaniate de depresie. Vârstnicii sunt mult mai expuși la pierderea unei persoane dragi, a soțului / soției sau la perspectiva instituționalizării, aceștia constituind alți factori de depresie. Sexul masculin este afectat de aceste evenimente într-un grad mult mai înalt comparativ cu sexul feminin, efectul cel mai puternic avându-l pierderea soției.

În absența unei demențe, a alcoolismului, a gravelor probleme de sănătate și a stresului major, statusul mental are toate șansele să fie foarte bun. Studii recente arată că relația îmbătrânire – depresie se datorează de fapt stresului și problemelor de adaptare.

Dezvoltarea personalității pe parcursul vieții este un proces care se realizează și nu ceva ce apare de la sine și nu este rezultanta primară a maturării biologice.

4.4.Factorii psiho-sociali și sănătatea

Factorii sociali influențează dezvoltarea și progresia bolilor. Bolile cardio-vasculare sunt asociate cu tipul comportamental A, caracterizat prin ostilitate, comportament exploziv. În același timp, ostilitatea este componenta psihologică cea mai importantă în dezvoltarea bolilor cardiace, a morții premature și este asociată cu hiper-activitatea cardiacă drept răspuns la stres. Este de asemenea posibil ca autocontrolul și stăpânirea de sine să influențeze longevitatea. Studii în căminele-spital au arătat că simple schimbări, îmbunătățiri în ceea ce privește autonomia au avut efecte benefice psihosocial și fiziologic. Simplul fapt de a efectua o activitate sau de a-și asuma o responsabilitate creștea gradul de satisfacție de viață și ameliorea funcția cognitivă, antrenând vivacitate, interacțiune socială și o prelungire a vieții.

Integrarea socială exercită o influență considerabilă asupra vieții bătrânilor. Viața de cuplu, apartenența la o organizație, activități cu prietenii sunt un factor predictiv de longevitate, indiferent de factorii de risc medicali sau de problemele de sănătate preexistente. Integrarea socială incită la comportament alimentar adecvat, activități benefice sănătății și încurajează vârstnicul să solicite ajutorul adecvat de care are nevoie și de asemenea înlătură sau împiedică apariția depresiei. Integrarea socială permite de asemenea depășirea momentelor dificile ca pensionarea, pauperitatea, decesul unei persoane apropiate, persecuții (chiar și rasiale).

Legăturile între sănătatea fizică, mentală, socială și cognitivă, precum și comportamentul privind propria sănătate se întrepătrund la bătrânețe. Alterarea unuia dintre aceste domenii poate produce reacții în cascadă în celelalte, creând multiple probleme. De exemplu: depresia indusă de văduvie afectează starea de nutriție, aceasta la rândul ei putând altera sănătatea fizică și cognitivă. Din fericire, majoritatea persoanelor vârstnice rezistă bine la aceste șocuri (femeile mai bine decât bărbații), găsind mecanisme compensatorii pentru o funcționalitate adaptată. Plasticitatea procesului de îmbătrânire arată că vârstnicii pot beneficia de intervenții care ameliorează funcționalitatea psihologică, fizică și cognitivă. Este ceea ce se întâmplă de fapt și un număr semnificativ reușesc să se mențină la un nivel de sănătate optimal până la o vârstă foarte înaintată.

Este de asemenea rolul societății de a analiza și evalua permanent factorii ce influențează negativ îmbătrânirea normală prin mecanisme economice, sociale, asistență culturală și umanitară ce pot împreună realiza calitatea adecvată a vieții în ultima etapă.

4.5.Perceperea tulburărilor cognitive din perspectiva socio-culturală

Declinul ușor al funcției cognitive este greu decelabil de către anturaj deși el poate fi obiectivat prin teste psihometrice. Evoluția în timp face posibilă observarea „abaterilor”. De multe ori decelarea tulburărilor incipiente este foarte dificilă atât în cazul unei existente singuratice, cât și în cazul vieții în colectivități închise. Frecvent la cei cu un nivel cultural ridicat, deși tulburările sunt notabile pentru cei din jur, ele nu sunt semnalate de aceștia din delicatețe sau politețe. Cu cât nivelul cultural este mai mare, cu atât pacientul maschează mai bine simptomatologia prin abilitatea de comunicare. Totuși, cu cât nivelul cultural și material este mai ridicat, cu atât șansa ca tulburările

cognitive sa fie observate si comunicate este mai crescuta. Din contra, în societatile închise sau deschise, dar cu nivel material si cultural scazut, tulburarile cognitive vor fi ignorate si eventual considerate ca o evolutie normala. În cazul societatilor cu un ritual religios strict respectat exista riscul ignorarii fiind puse pe seama comportamentului specific individului influentat de religie (izolare, introspectie – forme de manifestare a unei depresii).

PARTEA SPECIALĂ

1.MOTIVAȚIA alegerii temei

În ultimii 20 de ani s-au efectuat o serie de reforme atât în domeniul serviciilor pentru sănătate, cât și în plan socio-economic. În acest context ne-am propus sa facem o evaluare a impactului acestora asupra populației vârstnice, în primul rând din punct de vedere antropologic, dar si medical, privind calitatea vieții, cu implicații în apariția și evoluția tulburărilor cognitive atât de costisitoare în plan medico-social, cât si prin impactul asupra pacientului, familiei acestuia si a societății.

Din studiul datelor statistice am observat încă o dată fenomenul îngrijorător al îmbătrânirii populației în ritm rapid. Dacă într-adevăr în anii '60 piramida vârstelor populației avea forma unei piramide cu vârful în sus, în prezent aceasta a devenit aproape un romb cu un maximum de populație la grupa 40-45 de ani, ceea ce va produce în decurs de 20 de ani, în aceleași condiții de evoluție, răsturnarea piramidei. Acest fapt se datorează atât creșterii speranței de viață, cât și scăderii natalității și sporului natural negativ, cu mortalitate infantilă la cote ridicate. Scăderea natalității a fost favorizată de modificarea modelului familial și a comportamentului demografic, de la familia cu mulți copii la familia cu unul, maximum doi copii, sau chiar fără copii. În condițiile țării noastre un impact important l-au avut politicile pronataliste impuse cu forța în perioada 1966–1989, dar nesuținute de ameliorarea condițiilor materiale și nici de măsuri de sprijin pentru mame și pentru familii. Dacă în anii '90 ponderea populației de 65 de ani și peste a fost de 10%, în 2008 a crescut la 15%, cu tendința de a se ajunge la 33% în 2035. Distribuția populației României pe vârste și sex în anul 2006 este reprezentată în Figura Nr.1 unde piramida vârstelor a devenit aproape un romb.

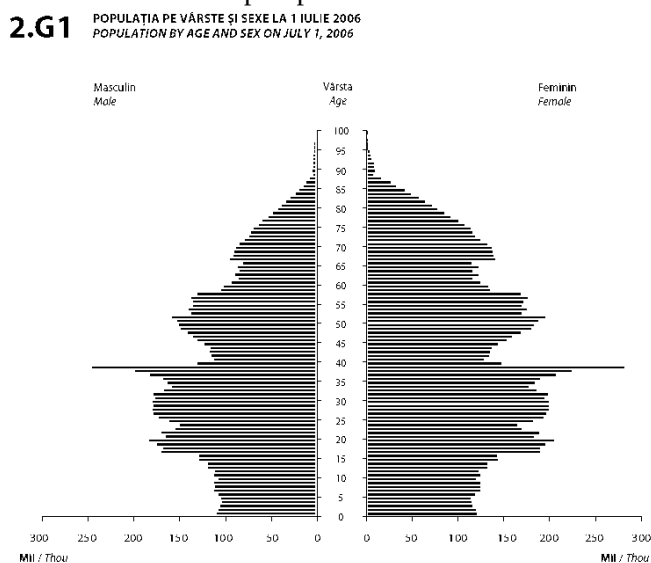


Figura Nr.1 Populația României pe vârste și sex în anul 2006

În Figura Nr.2 este prezentată estimarea evoluției piramidei vârstelor la populația României pe grupe de vârste și sex. Dacă în anul 1995 baza acestei piramide era destul de largă, se observă că după 55 de ani, în anul 2050, tendința este de îngustare semnificativă a bazei cu lărgirea vârfului, astfel încât piramida este răsturnată având baza sus, la vârstele înaintate, și vârful în jos, la grupele de vârste foarte tinere.

TENDINTE

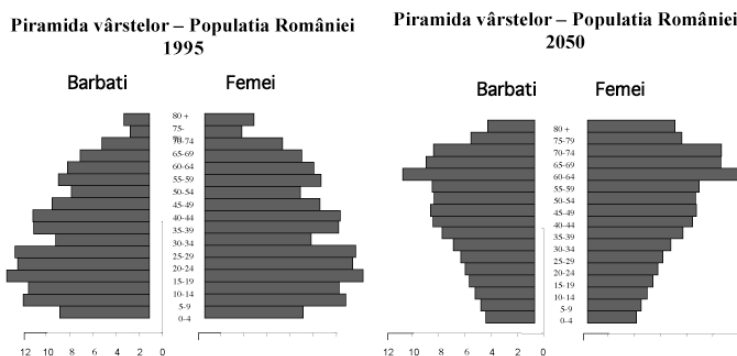


Figura Nr.2 Tendința de evoluție a piramidei vârstelor în România în 2050 față de anul 1995

Schimbarea în modelul demografic al țărilor dezvoltate și de asemenea și în România a condus la conceptul de vârstă a 3-a, perioada atingerii unui potențial după pensionare, urmată de vârstă a 4 a, în general perioada dependenței și a bolilor grave, progresive, pre-terminale, printre care sunt incluse și tulburările cognitive.

Studiul și înțelegerea complexității riscurilor de îmbolnăvire legate de modelul antropologic al individului, asociat cu identificarea și evaluarea factorilor specifici disciplinelor medicale și mai ales geriatriei, pot oferi o imagine reală, holistică a fenomenului îngrijorător la care asistăm în prezent. În acest proces este de necontestat importanța bolilor cronice (grupate în lucrare ca boli cardiovasculare, boli neurologice și psihice, boli metabolice, afecțiuni osteoarticulare) în ceea ce privește calitatea vieții individului și implicit ancorarea sa în viața reală, în condițiile socio-economice existente. Este de necontestat însă și faptul că istoricul individului, modul său actual de viață (activitate, nivel de educație, nivel socio-economic, obiceiuri alimentare, consumul de toxice, noxe etc.) devin împreună factori importanți, parametri esențiali *sine qua-non* pentru evaluarea realistă a statusului de sănătate al vârstnicului, cu tot ce cuprinde acesta, și care afectează statusul său funcțional.

Nu o dată am observat la diverși pacienți tulburări cognitive de diferite grade în cursul internării, acestea nefiind semnalate în istoricul medical bogat al subiectului, deși ele evoluau de mai mulți ani. Semnalarea precoce a acestor tulburări ni se pare esențială pentru conduita medicală ulterioară. Există într-adevăr unele impedimente în detectare, legate de sărăcia de limbaj și stereotipie, mai ales în mediul rural sau în mediul urban la cei cu nivel de pregătire și nivel material scăzute, dar există de asemenea și abilitatea de a ascunde aceste manifestări la cei cu nivel de pregătire și nivel material ridicate. De notat este faptul că totuși bateriile de teste psihometrice și observația bolnavului nu sunt suficient folosite nici măcar la nivelul spitalului în decursul internărilor anterioare, ca să nu mai vorbim de cabinetul de medicină generală (de familie).

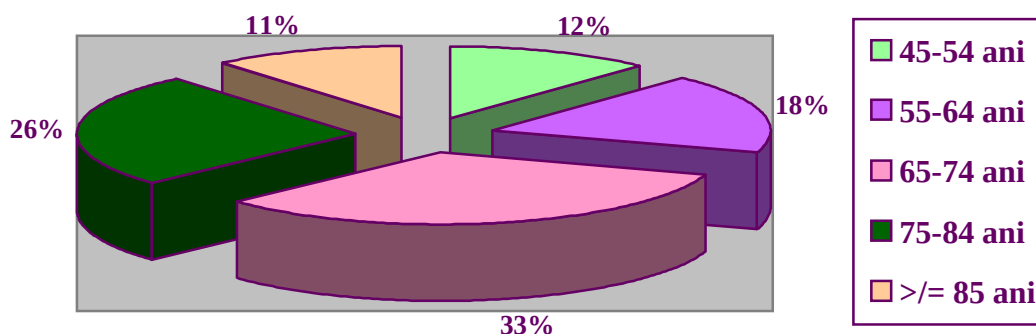
Vârstnicul fragil cu probleme de sănătate complexe este primul afectat din punct de vedere al autonomiei funcționale, fapt care atrage după sine accentuarea manifestărilor cognitive, care-l fac să devină în cele din urmă total dependent, chiar o “povară” pentru sine, pentru familie și pentru societate.

Populația trecută de vârstă de 65 de ani utilizează o foarte mare parte a serviciilor pentru sănătate și constituie unul din factorii majori de creștere a costurilor acestora, într-o țară în care suferim de “criza cronică de resurse pentru sănătate”. În general, îngrijirea vârstnicului presupune costuri mari, prin concomitența de afecțiuni importante, dar dacă la acestea se adaugă costurile absolut necesare (materiale, resurse umane, impact social etc.) îngrijirii tulburărilor cognitive, cheltuielile aproape se dublează. Datorită acestui fapt, actualele politici pentru sănătate încearcă să controleze cheltuielile fără a sacrifica nevoile personale ale acestei categorii, ținând cont atât de dimensiunea medicală, cât și de cea socio-economică și umană, cu implicații majore asupra statusului antropologic.

Datorită considerentelor de mai sus, am încercat ca prin studiul elaborat să culegem și să analizăm date a căror interpretare și concluzii să poată deveni sursa de informație sau chiar un instrument de lucru pentru viitor.

2.OBIECTIVELE studiului

A fost evaluată frecvența modificărilor cognitive (normale și patologice) la pacienții internați în INGG „Ana Aslan” în funcție de afecțiuni somatice și parametrii antropologici. Parametrii antropologici studiați au fost: grupa de vârste, sex, mediul de proveniență, nivelul de școlarizare (de instruire), nivelul material (economic), nivel



de dezvoltare a comunității – accesul la informație și cultură, izolarea, obiceiurile alimentare (consumul de grăsimi animale, băuturi alcoolice, dulciuri, conținut crescut în sare, condimente), obiceiuri religioase (posturile severe prelungite, interdicțiile alimentare), toxice (fumat, alcool, droguri, mediu toxic profesional sau de viață). Afecțiunile somatice urmărite au fost: cardiovasculare (hipertensivi, boala coronariană ischemică, arteriopatie obliterantă, anemii), neuropsihice (AVC ischemic, boala Parkinson, demența, depresie), metabolice (diabet zaharat, dislipidemii, obezitate), osteoarticulare (artroze, discopatii, osteoporoză).

3.MATERIAL ȘI METODĂ

Lotul general general a cuprins pacienți cu vârste egale sau mai mari de 45 de ani internați la Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan. Pentru elaborarea lucrării am efectuat un studiu de tip cohorte retrospectivă utilizând pacienții pe care i-am avut în îngrijire în perioada 1 octombrie 2003 – 31 decembrie 2008 la Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan”, Sediul Otopeni, provenind atât din mediul urban, cât și din mediul rural, de pe întreg teritoriul României. Subiecții au fost incluși în studiu consecutiv, pe măsură ce s-au prezentat pentru internare. În total am inclus în studiu **1386** de pacienți, dar pentru această primă etapă am prezentat doar evaluarea pacienților aflați la prima internare în Institut și anume **680** de pacienți. Restul de **706** pacienți au avut internări repetate în Institut, fapt care este posibil să modifice rezultatele, mai ales în ceea ce privește influența componentei reprezentate de asocierile morbide asupra factorilor antropologici. Pentru a nu distorsiona rezultatele am considerat că este important să separăm cele două tipuri de pacienți, astfel evitând bias-ul de selecție și obținând un sublot omogen în ceea ce privește situația internărilor la Institut. Într-o etapă ulterioară vom prezenta analiza datelor legate de sublotul cuprinzând pacienții cu internări multiple și apoi le vom compara cu rezultatele studiului actual. Estimăm că vor fi rezultate diferite la cele două subloturi, ele putând reflecta influența evaluării geriatrie corecte și a unei terapii specifice consecvent administrate.

Sublotul de pacienți aflați la prima internare a fost evaluat clinic, biologic și cognitiv. Metodele de evaluare utilizate au fost:

- screening al funcției cognitive: MMSE, Testul Desenării Ceasului, Testul Celor 5 Cuvinte, Testul Stroop, precum și testul ADAS-Cog pentru confirmarea diagnosticului de demență
- screening pentru depresie – Geriatric Depression Scale
- evaluarea geriatică globală.

Au fost omologate toate cazurile de la 45 de ani până la 96 de ani, vârsta medie fiind de 70,5 ani.

Subiecții au fost împărțiți și omologați după cum urmează (Figura Nr.3):

-pe grupe de vârste:

- 45-54 ani
- 55-64 ani
- 65-74 ani
- 75-84 ani
- 85 de ani și peste

-au fost considerate și două mari grupe de vârste (Figura Nr.4):

- adulți – cu vârste mai mici de 65 de ani
- vârstnici – cu vârste egale sau mai mari de 65 de ani

-pe sexe (Figura Nr.5)

-după mediul de proveniență – rural, urban (R, U) – Figura Nr.6 și Figura Nr.7

Figura Nr.3 Distribuția subiecților în lotul general pe grupe de vârste

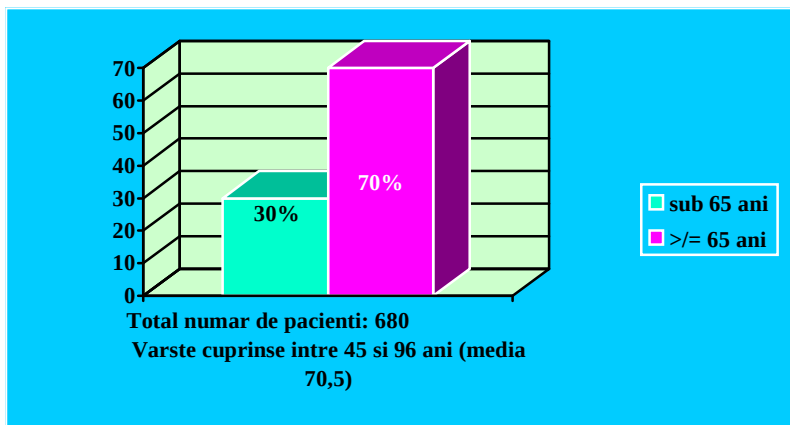


Figura Nr.4 Distribuția pacienților pe cele două grupe mari de vârste

Au fost în total internați și evaluați 680 de subiecți.

Din aceștia (Figura Nr.5) – femei = 508 (75%)

– bărbați = 172 (25%)

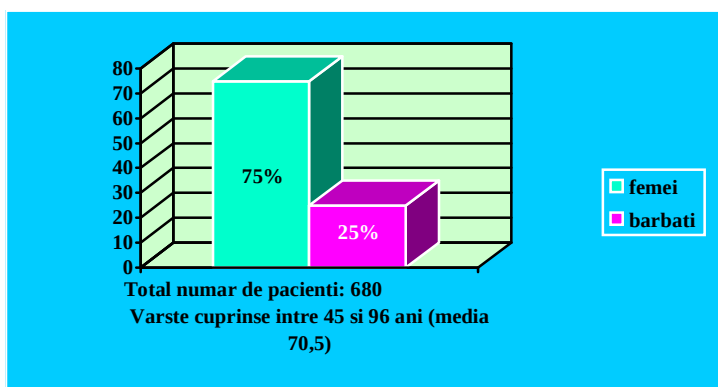


Figura Nr.5 Distribuția pacienților în funcție de sex

- femei – rural 109 = 21,5% din femei
- urban 399 = 78,5% din femei
- bărbați – rural 33 = 19% din bărbați
- urban 139 = 81% din bărbați

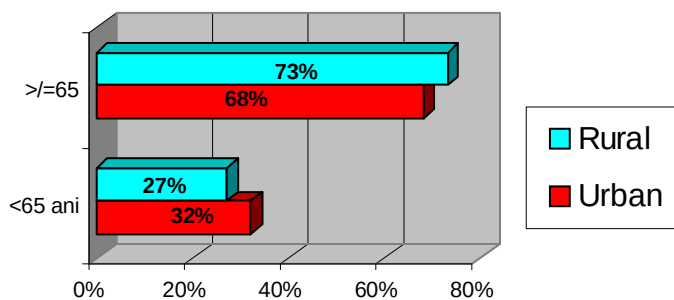


Figura Nr.6 Distribuția pacienților după mediul de proveniență în cele două mari grupe de vârste

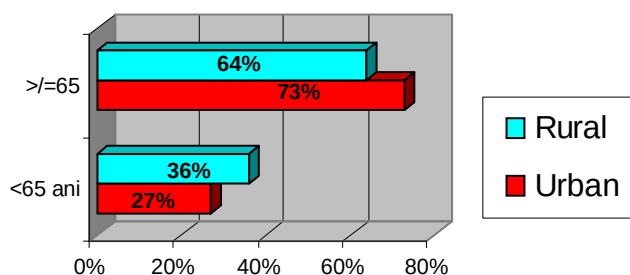


Figura Nr.7 Distribuția pacienților de sex masculin după mediul de proveniență în cele două mari grupe de vârste

În ceea ce privește mediul de viață au contat în special condițiile de locuit și de muncă ale subiectului.

Au fost de asemenea studiate câteva grupe de afecțiuni somatice, cu impact asupra modificărilor cognitive, după cum urmează:

- afecțiuni cardiovasculare: hipertensiune arterială; boala coronariană ischemică; arteriopatia obliterantă;
- afecțiuni neuropsihice: accident vascular ischemic; boala Parkinson; demența; depresia
- afecțiuni metabolice: dislipidemii; diabet zaharat; obezitate;
- afecțiuni osteoarticulare: artroze; discopatii; osteoporoza;
- afecțiuni endocrine: hipotiroidie; hipertiroidie.

Deosebit de importante în context sunt condițiile specifice ale mediului și de aceea am studiat de asemenea:

- nivelul de instruire (educație/școlarizare) care explică atitudini benefice, cât și disbenefice: nivel primar, nivel mediu (8-12), nivel superior;
- nivelul economic/material/venitul responsabil de nivelul de trai și obiceiuri: nivel mic <300; scăzut 300-1000; mediu 1000-2000; ridicat >2000;
- nivel de dezvoltare al comunității: accesul la informație și cultură;
- izolarea – prin lipsa familiei;
 - condiții de viață – mai ales la sat;
 - datorată handicapului locomotor;
- obiceiuri locale: -alimentare: grăsimi animale; băuturi alcoolice, dulciuri, condimente;
 - religioase: interdicții alimentare; posturi severe și prelungite;
- uzul de toxice: -fumatul;
 - alcoolul în exces;
 - mediul toxic profesional/de viață;
 - droguri.

Ca metode de evaluare au fost folosite în mod obligatoriu, la toți subiecții, testul MMSE și testul desenării ceasului, precum și Testul celor 5 Cuvinte pentru a deosebi deficitul cognitiv ușor de demențe. Pentru a diferenția modificările cognitive produse de depresie (afecțiune cunoscută anterior și sub numele de „pseudo-demență”) de cele generate de transformări degenerative, am utilizat ca test screening al depresiei Geriatric Depression Scale introdus de Yesavage.

Trebuie menționat că pentru unele cazuri am fost nevoit să apelez și la alte teste, în special pentru acuratețea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice ulterioare, cum ar fi testul Stroop și testul Philadelphia;

Un alt instrument de bază pentru cazuri complexe a fost și evaluarea geriatrică globală. În studiu însă am ținut cont și am prezentat doar rezultatele obținute prin MMSE și testul desenării ceasului.

4.REZULTATE

La lotul studiat am constatat următoarele: din numărul total de pacienți **75%** au fost de **sex feminin** raportul femei–bărbați fiind de **3 la 1** (Figura Nr.5). Pacientele din **mediul urban** au avut o prevalență mai mare, raportul între cele două medii de proveniență fiind de **3,7/1** (Figura Nr.6). Peste **65%** dintre femei au fost în **grupele de vârste** 65-74 ani și 75-84 ani. **Sexul masculin** a reprezentat **25%** din total, raportul între mediul urban și rural fiind de **4,2/1** (Figura Nr.7).

Femeile peste 65 de ani au reprezentat **69%** din totalul femeilor, în timp de **bărbații** peste 65 de ani au reprezentat **72%** din grupa subiecților de același sex. Din totalul pacienților **21%** au provenit din mediul **rural**, iar **79%** din mediul **urban** (Figura Nr.8). Din totalul **femeilor 78%** au provenit din mediul **urban**, dintre acestea **68%** fiind **peste 65 de ani**. **Femeile** din mediul **rural** au reprezentat **22%**, dintre acestea **73%** având vârste de **peste 65**

de ani. Din totalul **bărbaților** **80%** au provenit din mediul **urban**, iar dintre aceștia **73%** au avut vârste de **peste 65** de ani. Pacienții de sex **masculin** din mediul **rural** au reprezentat 20% și dintre aceștia 64% au avut vârste de peste 65 de ani.

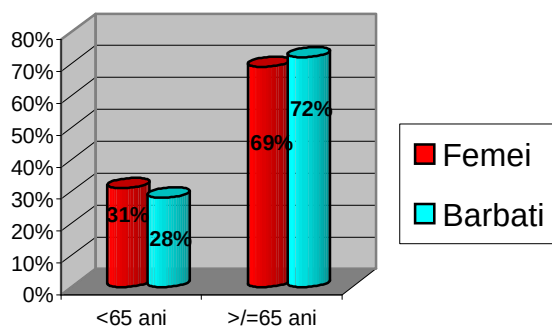


Figura Nr.8 Distribuția pacienților pe sexe în cele două mari grupe de vârstă

Pacienții sub vârsta de 65 de ani au reprezentat **30%**, dintre care **76%** au fost de sex **feminin**, iar **24%** de sex **masculin**. **Pacienții peste 65 de ani** reprezintă **70%** din total, iar dintre aceștia **74%** au fost de sex **feminin** și **26%** de sex **masculin**. Dintre pacienții **sub 65 de ani** **80%** au provenit **din mediul urban**, iar **20%** din **mediul rural**. În ceea ce privește pacienții **vârstnici** (peste 65 de ani) **77%** au provenit din mediul **urban** și **23%** din cel rural (Figura Nr.9).

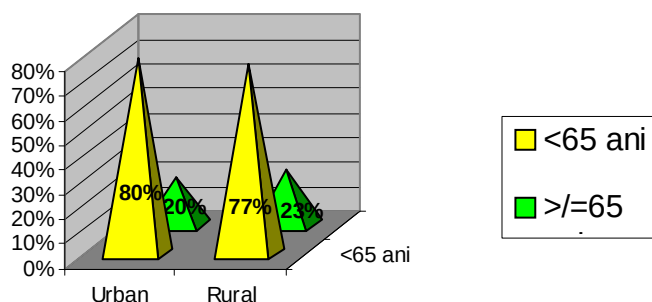


Figura Nr.9 Distribuția pacienților după mediul de proveniență în cele două mari grupe de vârstă

Cei 680 de subiecți însumează **3242** de **diagnostice**, fiecărui bolnav corespunzându-i în medie **4,7 afecțiuni**. **Încărcătura morbidă pe cele două sexe** este în favoarea sexului **feminin** cu **5,1 afecțiuni** la un pacient pentru femei față de **3,7 afecțiuni** per pacient la sexul **masculin**. La pacienții **vârstnici** (de peste 65 de ani) **încărcătura morbidă** este de **5,2 afecțiuni** la un pacient față de **3,8 afecțiuni** la un pacient **sub 65 de ani**. Referitor la **cele două medii de proveniență** s-au întâlnit diferențe, pacienții din mediul **urban** având o **încărcătură morbidă** de **4,8 afecțiuni**, iar pacienții din mediul rural prezentând o **încărcătură morbidă** de **4,6 afecțiuni** per pacient. Femeile din mediul **urban** au avut în general o **încărcătură morbidă** de **5,2 afecțiuni**, iar bărbații din mediul **urban** o **încărcătură morbidă** de **3,7 afecțiuni** per pacient. Bărbații din mediul **rural** au avut în general o **încărcătură morbidă** de **3,5 afecțiuni** per pacient, în timp ce femeile din mediul **rural** au avut **încărcătură morbidă** de **5 afecțiuni** per pacientă. În mediul **urban** sunt **4 afecțiuni** per pacient la cei cu vârste **sub 65 de ani** față de **5,2 afecțiuni** la vârstnici. În mediul **rural** sunt **3,4 afecțiuni** per pacient la adultii (cu vârste sub 65 de ani) față de vârstnici la care se întâlnesc **4,9 afecțiuni** per pacient. La femeile sub 65 de ani s-au întâlnit **4,2 afecțiuni** per pacientă, existând o diferență în mediul **urban** unde au fost **4,3 afecțiuni** față de mediul **rural** cu **3,5 afecțiuni** per pacientă. La femeile de peste 65 de ani **încărcătura morbidă** a fost de **5,6 afecțiuni** per pacientă existând de asemenea diferențe între mediul **urban** cu **5,7 afecțiuni** și mediul **rural** cu o **încărcătură** mai redusă de **5,1 afecțiuni** per pacientă (Figura Nr.10). La bărbații sub 65 de ani s-au remarcat **2,8 afecțiuni** per pacient, existând o diferență în mediul **urban** unde au fost **2,7 afecțiuni** față de mediul **rural** cu **3,2 afecțiuni** per pacient. La bărbații de peste 65 de ani **încărcătura morbidă** a fost de **4,0 afecțiuni** per pacient, existând de asemenea diferențe între mediul **urban** cu **4,1 afecțiuni** și mediul **rural** cu o **încărcătură** mai redusă de **3,8 afecțiuni** per pacient (Figura Nr.11).

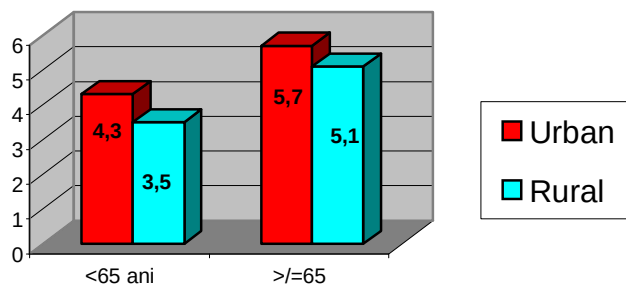


Figura Nr.10 Distribuția încărcăturii morbide a pacienților după mediul de proveniență în cele două mari grupe de vârste

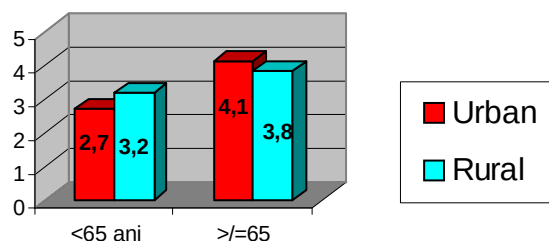


Figura Nr.11 Distribuția încărcăturii morbide a pacienților de sex masculin după mediul de proveniență în cele două mari grupe de vârste

Au fost evaluate **patru** mari **grupe de boli**: osteoarticulare, cardio-vasculare, neuro-psihiice și metabolice. Din cadrul afecțiunilor neuro-psihiice au fost investigate **tulburările cognitive** utilizând testele: Mini Mental Status Examination (MMS) – Folstein, Testul Desenării Ceasului, Testul Celor 5 Cuvinte. Grupa bolilor endocrine a fost reprezentată de un număr nesemnificativ de cazuri în lotul studiat, motiv pentru care nu au mai făcut obiectul evaluării.

Afecțiunile **osteoarticulare** au prezentat o încărcatură morbidă de **2,3** pe pacient. A fost o predominanță a sexului **feminin** cu **2,5** afecțiuni per pacient (fără diferențe între cele două medii de proveniență) față de **1,6** afecțiuni la sexul **masculin** (1,7 în mediul rural și 1,5 în mediul urban). Grupa de vârste **sub 65** de ani a avut o încărcatură morbidă de **1,7** afecțiuni (2 pentru femei și 0,9 pentru bărbați), în timp ce grupa **peste 65** de ani o încărcatură de **2,5** afecțiuni per pacient (2,7 pentru sexul feminin și 1,9 pentru sexul masculin). La sexul **feminin** au fost **mai multe afecțiuni** per pacient la **ambele grupe mari de vârste** în mediul urban față de mediul rural (2,1 și respectiv 2,7 față de 1,9 și respectiv 2,5). În cazul sexului **masculin** valori **mai mari** s-au înregistrat la cei din mediul **rural** la ambele grupe mari de vârste (1,3 și respectiv 2) față de mediul urban (0,8 și respectiv 1,9).

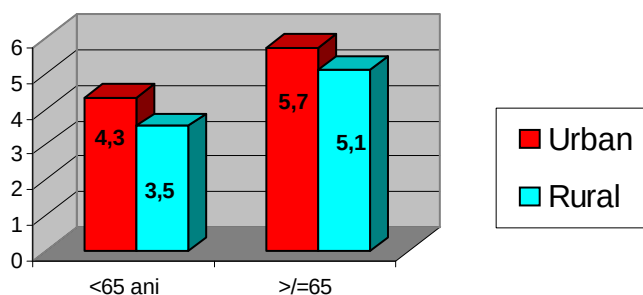


Figura Nr.12 Distribuția încărcăturii morbide a pacienților după mediul de proveniență în cele două mari grupe de vârste

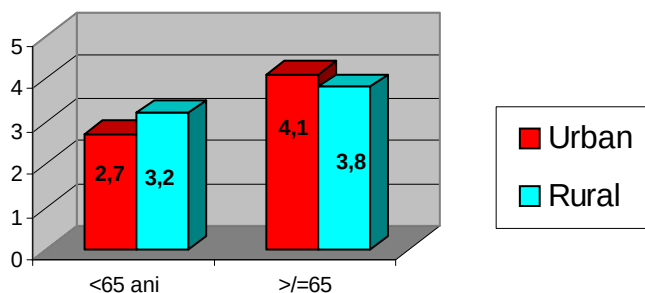


Figura Nr.13 Distribuția încărcăturii morbide a pacienților de sex masculin după mediul de proveniență în cele două mari grupe de vârste

Afecțiunile **cardiovasculare** au prezentat o încărcătură morbidă de **1,3** per pacient la întreg lotul studiat. S-a observat o diferență între sexul **feminin** și cel masculin în favoarea primului: **1,3** per pacient, atât în urban cât și în rural, față de 1 la sexul masculin. Grupa de vârste **sub 65** de ani a avut o încărcătură de **1** per pacient, fiind de asemenea favorizat sexul feminin (1 față de 0,8 la bărbați). Grupa de vârste **peste 65** de ani a avut încărcătura de **1,4** per pacient, în acest caz diferența între cele două sexe fiind mai mare (1,5 pentru femei față de 1,1 pentru bărbați). Pentru ambele sexe încărcătura morbidă a fost mai mare la grupa de vârste de **peste 65** de ani în mediul **urban** față de mediul rural (**femei 1,5** față de 1,3 și la **bărbați 1,2** față de 1,1). La grupa de vârste **sub 65** de ani **nu** s-au remarcat diferențe la cele două sexe și la cele două medii de proveniență.

Încărcătura morbidă a afecțiunilor **neuro-psiice** a fost de **0,5** afecțiuni per pacient la lotul general, cu o predominanță în mediul **urban**, atât pentru femei (urban 0,6 și rural 0,4), cât și pentru bărbați (urban 0,4 și rural 0,03). S-a constatat o **diferență mică** între grupa de vârste **sub 65** de ani (0,4) și grupa de vârste **peste 65** de ani (0,5), cu o încărcătură **mai mare** la sexul **feminin** (0,5 și 0,6 per pacient) față de bărbați (0,3 și 0,4 per pacient) (Figura Nr.14). În ceea ce privește mediul de proveniență, pentru **femeile sub 65** de ani încărcătura morbidă a fost **mai mare** pentru mediul **urban** (0,5) față de mediul rural (0,3), iar pentru **femeile peste 65** de ani se menține predominanța în **urban** cu 0,6 față de 0,5 în rural. Pentru sexul **masculin** **diferențele** sunt **semnificative** atât pentru grupa sub 65 de ani (0 în rural față de 0,3 în urban), cât și peste 65 de ani (0,05 în rural față de 0,4 în urban).

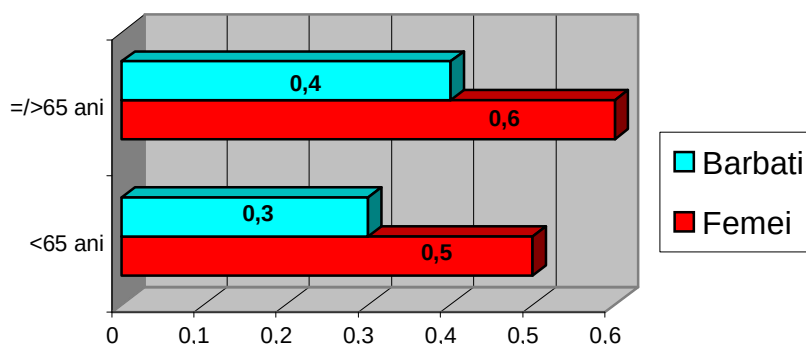


Figura Nr.14 Încărcătura morbidă a afecțiunilor neuro-psiice pe sexe și grupe de vârste mari

În ceea ce privește **bolile metabolice**, încărcătura morbidă a fost **0,8** per pacient la lotul general. S-a observat o valoare mai mare la sexul **feminin** atât în **rural** cât și în **urban** (0,8) față de sexul masculin (0,7 per pacient în ambele medii de proveniență). La grupa de vârste **sub 65** de ani încărcătura a fost de **0,6** per pacient, cu o predominanță a **bărbaților** (0,8) față de femei (0,6). Pentru grupa de vârste **peste 65** de ani valoarea a fost de **0,9** per pacient, cu o predominanță a **femeilor** (0,9) față de bărbați (0,7). La femei, în ambele medii de proveniență, încărcătura morbidă a fost **mai mare** la grupa de vârste **peste 65** de ani (în urban 1 și în rural 0,9) față de grupa de vârste sub 65 de ani (în urban 0,6, în rural 0,3). Interesantă a fost situația **bărbaților** din mediul **rural** care au prezentat o valoare **mai mare** a încărcăturii morbide (0,8 sub 65 de ani și 0,7 peste 65 de ani), față de cei din mediul urban (0,7 sub 65 de ani și 0,6 peste 65 de ani).

Funcția cognitivă a fost evaluată prin trei teste: Mini-evaluarea Statusului Mental (Mini Mental Status Evaluation = MMSE), Testul Desenării Ceasului și Testul Celor 5 Cuvinte. În general tulburările cognitive au fost întâlnite mai frecvent la pacienți de **peste 65** de ani (**16%**) față de pacienții cu vârste de sub 65 de ani (3%). Din totalul pacienților studiați **13%** au prezentat **tulburări cognitive**, **8%** fiind cu deficit cognitiv ușor (**MCI**), iar **5%** fiind cu **demențe** (Figura Nr.15). **Demențele** au fost mai frecvente la sexul **feminin** reprezentând 56%, iar **deficitul cognitiv ușor** a fost mai frecvent la sexul **masculin** prevalența fiind de 54% la lotul general (Figura Nr.16).

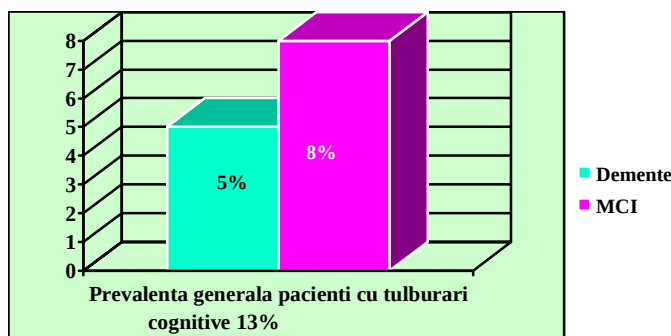


Figura Nr.15 Pacienți cu tulburări cognitive – prevalența generală și după tipul de afectare cognitivă

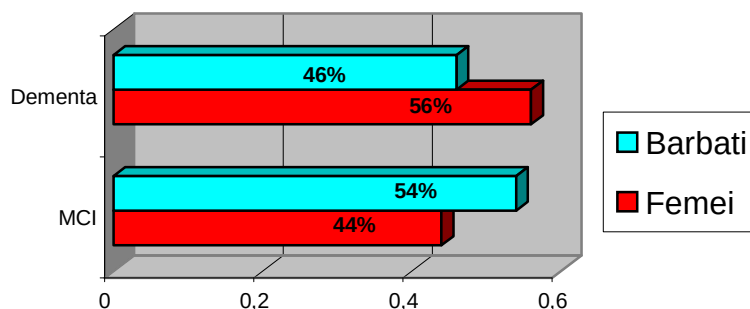


Figura Nr.16 Prevalența demențelor și a deficitului cognitiv ușor (MCI) la cele două sexe

Prevalența **tulburărilor cognitive** de diferite intensități a **crescut** odată **cu înaintarea în vârstă** fiind de **6%** la grupa de vârste 65–74 ani, **14%** la grupa de vârste 75–84 de ani și **32%** la grupa de vârste de 85 ani și peste. **Sub 65** de ani prevalența a fost de **2%** (Figura Nr.17).

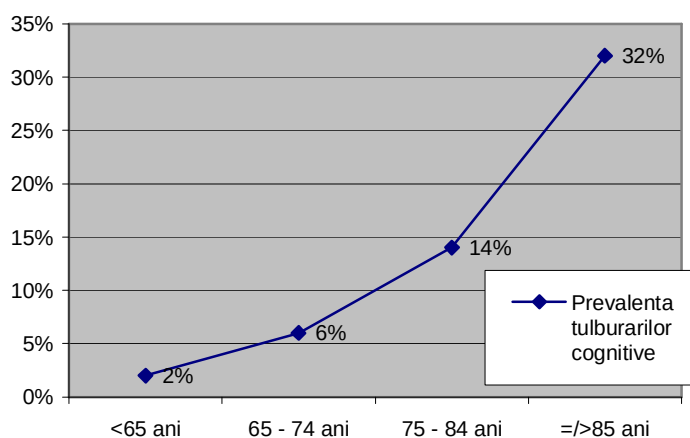


Figura Nr.17 Prevalența demențelor și a deficitului cognitiv ușor (MCI) la cele două sexe

La lotul general a predominat **deficitul cognitiv ușor** reprezentând **61%** din toate tipurile de tulburări cognitive, restul de **39%** reprezentând **demențe**. La Testul Celor 5 Cuvinte scorul pentru pacienții cu deficit cognitiv ușor a fost de 8 sau 9 din 10, la MMSE între 24 și 29, iar la Testul Desenării Ceasului a fost între 7 și 10 pe scala de 10 puncte. Distribuția pacienților cu **deficit cognitiv ușor**, pe grupe de vârste, a fost la sexul feminin: **2%** sub 65 de ani, **4,5%** între 65–74 ani, **8,3%** între 75–84 ani și **18,5%** la paciențele peste 84 de ani. La sexul masculin distribuția pe grupe de vârste a fost: **4%** sub 65 de ani, **6,5%** între 65–74 ani, **14%** între 75–84 ani și **41%** peste 84 de ani. În ceea ce privește prevalența **demenței** la sexul feminin, pe grupe de vârste, s-au constatat următoarele: nu au fost paciente cu demență severă, doar forme ușoare, moderat-ușoare, moderate și moderat-severe; sub 65 de ani **1,6%**, între 65–74 ani a fost de **3,1%**, între 75–84 ani a fost de **7,2%**, iar peste 84 de ani a fost de **15%**. La sexul masculin prevalența demenței pe grupe de vârste, pentru aceleași forme de boală, a fost: **1,2%** sub 65 de ani; **2,4%** între 65–74 de ani, **6,4%** între

75–84 ani și peste 84 a fost **11%**. Au fost mai puțini pacienți din mediul **rural** cu tulburări cognitive: **45%** față de 55% de pacienți din mediul urban. **Sub 65** de ani **nu** au fost **diferențe** semnificative între cele două medii de proveniență, în schimb **dupa 65** de ani constatându-se o creștere a prevalenței tulburărilor cognitive la pacienți proveniți din mediul **urban**, fiind similară cu diferența din lotul general.

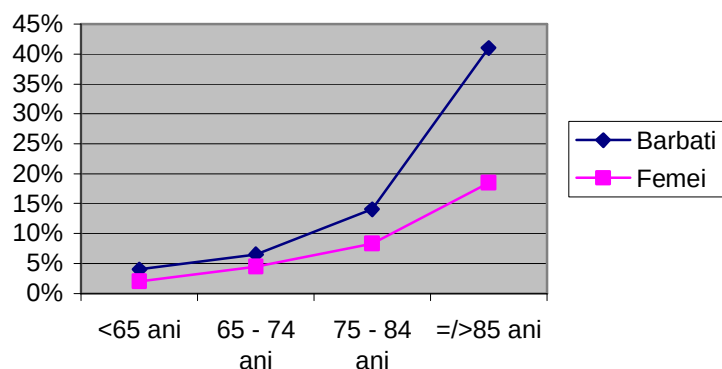


Figura Nr.18 Prevalența deficitului cognitiv ușor la cele două sexe, pe grupe de vârstă

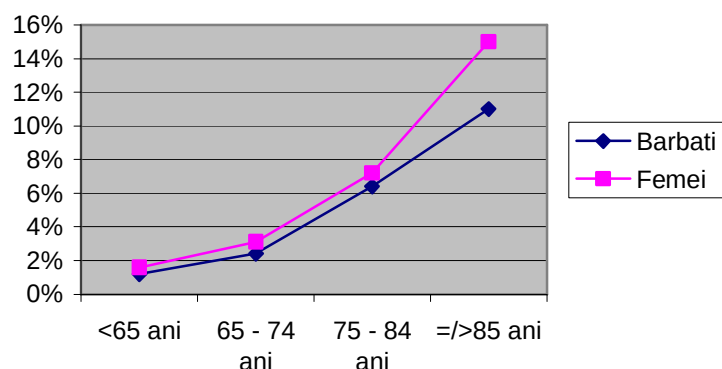


Figura Nr.19 Prevalența demenței la cele două sexe, pe grupe de vârstă

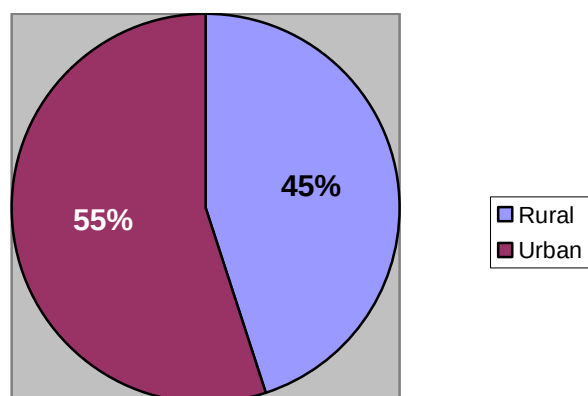


Figura Nr.19 Prevalența tulburărilor cognitive pe medii de proveniență

Nivelul de instruire al pacienților a fost clasificat astfel: studii elementare, medii și superioare. În mediul **rural** 81% dintre pacienți au avut studii elementare, 17,5% studii medii și 1,5% studii superioare. Situația este diferită în mediul **urban** unde se constată 25% studii elementare, 48% studii medii și 27% studii superioare. Din totalul pacienților cu studii superioare, 4,8% au prezentat **tulburări cognitive** (dintre aceștia 93% în mediul **urban** și 7% în mediul rural). La pacienții cu studii medii prevalența celor cu tulburări cognitive a fost de 7,9% (dintre aceștia 76% din mediul **urban** și restul din rural). Referitor la cei cu studii elementare este de notat o prevalență de 17,2% cu tulburări cognitive (52% din mediul **urban** și 48% din mediul rural).

A fost analizat **riscul de a dezvolta deficit cognitiv ușor** la cele **doă sexe**. S-a constatat că riscul bărbaților față de femei (calculat prin **Odds Ratio**) a fost de **1,45** în favoarea barbaților. Dacă rezultatele au fost ajustate pentru vârsta și nivel de educație, rata de risc (Odds Ratio) a fost de **1,68**. Ajustând rezultatele pentru statusul marital s-a

obținut o rată a riscului de **1,69** de asemenea în favoarea **barbatilor**. Ajustând pentru încarcatura morbida, Odds Ratio a fost de **1,56** în favoarea **barbatilor**.

Analizând **riscul de a dezvolta demență** la pacienții din întregul lot s-a remarcat o valoare mai mare a **Odds Ratio** pentru sexul **feminin** fata de cel masculin: **1,58**. Ajustând rezultatele pentru vârsta și nivel de educație s-a obținut o valoare de **2,1** în favoarea sexului feminin. Efectuând ajustarea pentru statusul marital, riscul de a dezvolta demența la femei fata de barbati a fost de **1,2**. După ajustarea pentru încarcatura morbida, riscul de a dezvolta demența la femei fata de barbati a fost de **1,9**.

Din punct de vedere al **nivelului material** responsabil de **nivelul de trai** și corelat cu o **serie de obiceiuri**, au fost evaluate patru categorii: nivel economic mic (<300 RON/lună), nivel scăzut (300 – 1000 RON/lună), mediu (1000 – 2000 RON/lună) și ridicat (>2000 RON/lună). Cu nivel material **mic** au fost **63%** (din care 68% din mediul rural), cu nivel material **scăzut** au fost **22%** (din care 51% din mediul rural), cu nivel **mediu 11%** (din care 17% din mediul rural), iar **4%** au avut nivel material **ridicat** (din care 2% din mediul rural). În ceea ce privește **tulburările cognitive** s-a constatat o prevalență semnificativ crescută la pacienții cu **nivel material mic și scăzut** fata de cei cu nivel mediu și ridicat. Riscul de a dezvolta tulburări cognitive la pacienții cu nivel material scăzut și mic a fost de **3,1 (Odds Ratio)** fata de pacienții cu nivel material mediu și ridicat. Ajustând valorile pentru mediul de proveniență (rural sau urban) riscul de a dezvolta tulburări cognitive a fost de **3,6** în favoarea mediului **urban**. Ajustând valorile pentru încarcatura morbida s-a constatat un risc de **3,1** în favoarea pacienților cu nivel material mic și scăzut comparativ cu celelalte categorii. Ajustând valorile pe nivel material și grupe de vârstă s-a constatat că riscul de a dezvolta tulburări cognitive este mai mare la sexul feminin (**Odds Ratio 1,9**) la grupa de vârstă **peste 65** de ani.

Nivelul de dezvoltare al comunității diferă foarte mult în cele două medii de proveniență fiind net în favoarea mediului urban. Accesul la informație, cultură, servicii în general și servicii medico-sociale este mult diminuat în mediul rural datorită unei serii de factori precum: gradul mare de dispersie al comunităților, lipsa unor căi și mijloace de comunicație adecvate, lipsa de resurse materiale și financiare locale, lipsa de personal specializat în sfera serviciilor. Din aceste motive caracteristicile antropologice se reflectă în diferențele dintre cele două medii: rural și urban.

În ceea ce privește **obiceiurile alimentare** a fost o prevalență crescută a dietelor bogate în **grasimi animale** în mediul **rural (63%)**. Cu toate acestea, încarcatura morbida nu arată diferențe semnificative între cele două medii de proveniență cu privire la afecțiunile metabolice. Totuși, prevalența tulburărilor cognitive în general a fost mai mică la pacienții din mediul rural, așa cum s-a aratat anterior.

Lotul general a cuprins persoane cu următoarele **confesiuni**: creștin-ortodoxă (73%), catolici (24%), mozaică (2%) și musulmană (1%). Obiceiurile religioase implică o serie de diete specifice (inclusiv posturi), uneori mult diferite între ele. Cu toate acestea, nu s-au constatat diferențe semnificative în ceea ce privește patologia dismetabolică și cardio-vasculară la toate cele patru tipuri de confesiuni religioase. De amintit impactul posturilor prelungite și severe autoimpuse, în special în religia creștin-ortodoxă, care pot duce la denutritie cu disproteinemie, anemii, deficite severe (cele cognitive uneori reversibile).

Lunând în considerare **toxicele** s-a constatat o prevalență de **22%** pentru **fumat**. În mediul urban prevalența a fost de **29%**, iar în mediul rural de **16%**. **Sub vârsta de 65** de ani **41%** au fost fumatori în mediul rural și **39%** în mediul urban. **Peste 65** de ani prevalența fumătorilor a fost în mediul rural de **6%**, iar în mediul urban a fost de **16%**. În mediul rural **88%** dintre fumători au fost de sex masculin, față de **69%** în mediul **urban**.

Alt toxic frecvent întâlnit în studiul nostru a fost **etanolul**. Consumul a fost mai mare la sexul masculin (76%) fata de sexul feminin și în mediul rural (47%) fata de mediul urban (prevalența consumului a fost de **23%**).

În ceea ce privește existența **sistemului de sprijin social** a fost evaluat tipul de familie din care provine pacientul. S-a constatat că marea majoritate a vârstnicilor din mediul rural aveau familie de tip **nuclear (82,5%)** în sensul că fie trăiesc singuri, fie doar cu soțul sau soția. În mediul urban familia de tip **nuclear** se întâlnește cu o prevalență mai redusă (**67%**).

5.DISCUȚII

Așa cum s-a constatat în urma a numeroase studii, contrar opiniei care încă mai persistă în percepția generală, performanțele individuale, inclusiv cele cognitive, prezintă o considerabilă stabilitate de-a lungul existenței individuale. Pe de altă parte, prezența patologiei afectează constanța în timp a acestor performanțe. Rezultatele studiului nostru s-au axat pe evidențierea influenței factorilor antropologici și a patologiei asociate asupra funcției cognitive în funcție de vârstă.

S-a observat o predominanță netă a pacienților în cadrul lotului general. Acest fapt se datorează mai multor factori. Pe de o parte intervine fenomenul de creștere a raportului femeii/bărbați odată cu înaintarea în vârstă; totuși, raportul în cazul studiului nostru este mult mai mare (3/1) față de raportul în populația generală care este doar ceva mai mare de 1. Diferența este generată de supramorbiditatea feminină, pe de o parte, și supramortalitatea masculină pe de altă parte, acest ultim fenomen constatându-se la cele două extreme ale existenței ontogenetice: copii și vârstnici.

În ceea ce privește mediul de proveniență pacienții din lotul general, atât de sex feminin cât și de sex masculin, au fost mai ales din mediul urban, raportul între cele două medii fiind de circa 4/1. Această diferență foarte mare reflecta o caracteristică antropologică importantă întâlnită în România: accesibilitatea redusă la serviciile medicale pentru vârstnicii din mediul rural. Comunitățile rurale din țara noastră au un grad foarte mare de îmbatrânire demografică și sunt situate la distanțe mari de aglomerările urbane. De asemenea, calea și mijloacele de comunicație între sat și oraș sunt deficitare. În plus dezvoltarea economică este deficitară în mediul rural, la acest aspect adăugându-se gradul accentuat de dispersie al locuințelor de la sate, cele două caracteristici împreună reducând posibilitatea creării unor unități medicale adecvate în aceste comunități.

Circa două treimi dintre cei 680 de pacienți ai lotului general, la ambele sexe, au fost cu vârste mai mari sau egale cu 65 de ani, restul fiind de vârstă medie. Încărcătura morbidă generală a fost mare: 4,7 afecțiuni per pacient, la sexul feminin fiind de 5,1 față de doar 3,7 la sexul masculin. Am constatat și o diferență importantă a încărcăturii morbide la pacienții vârstnici de peste 65 de ani (5,2) față de cei mai tineri de 65 de ani (3,8). Aceasta coincide cu tendința de acumulare a patologiei spre vârste extreme. Diferențele între cele două medii de proveniență au fost mici (4,8 urban față de 4,6 rural). Totuși diferențele se accentuează dacă se compară pacienții adulți cu vârstnici și se apropie de diferențele întâlnite între sexul feminin și cel masculin. La femeile vârstnice provenind din mediul urban încărcătura morbidă este semnificativ mai crescută față de femeile din aceleași grupe de vârste provenind din mediul rural. Cauzele pot fi pe de o parte stresul crescut la care sunt supuse persoanele din mediul urban, iar pe de altă parte noxele din mediul de existență, toxicele de tipul fumatului, sedentarismul. Un alt aspect care trebuie luat în considerare este accesul mai bun la serviciile medicale cu ameliorarea diagnosticării și tratării diverselor afecțiuni, crescând astfel supraviețuirea pacienților.

Afecțiunile osteoarticulare au avut cea mai mare încărcătură morbidă per pacient (2,3), fiind urmate de afecțiunile cardio-vasculare (1,3), metabolice (0,8) și neuro-psihiice (0,5). Acest lucru arată că sunt mai multe tipuri de afecțiuni osteoarticulare la același pacient, față de boli ale altor aparate și sisteme. Totuși, cea mai mare prevalență au avut-o afecțiunile cardio-vasculare, dar la același pacient au fost mai puține diagnostice din această grupă. Cea mai mare încărcătură morbidă osteoarticulară au avut-o pacienții de peste 65 de ani de sex feminin provenind din mediul urban. Dimpotrivă, la sexul masculin cea mai mare încărcătură morbidă osteo-articulară a fost în mediul rural, la ambele grupuri de vârste (adulți și vârstnici).

La afecțiunile cardiovasculare încărcătura morbidă a fost mai mare la sexul feminin, diferențele crescând la pacientele cu vârste mai mari de 65 de ani și în mediul urban față de cel rural, indiferent de vârstă și sex. Încărcătura morbidă neuro-psihică a fost mai mare de asemenea în mediul urban pentru ambele sexe. În mediul rural și urban la bărbați s-a constatat o încărcătură morbidă mai mică, posibil și datorită numărului mic de subiecți adulți de sex masculin. O altă explicație a acestui fenomen este supramortalitatea masculină, ceea ce a determinat dispariția precoce a pacienților cu afecțiuni cronice neuro-psihiice. Acest aspect este mai pregnant în mediul rural unde accesul la serviciile medicale este mult mai dificil și diagnosticul este de multe ori ignorat.

În ceea ce privește afecțiunile metabolice s-a constatat o diferență mai mică între cele două sexe și cele două medii de proveniență. Explicația posibilă ar fi că obiceiurile alimentare și stilul de viață este foarte asemănător în cele două medii de existență, atât la femei cât și la bărbați. Un aspect interesant a fost remarcat când a fost analizată încărcătura morbidă metabolică pe grupe de vârste. S-a remarcat o încărcătură mai mare la bărbați față de femei, dar la vârstnici încărcătura morbidă a fost mai mare la femei. Cauza poate fi din nou supramortalitatea masculină, pe de o parte, iar pe de altă parte tipul de afecțiuni care la sexul feminin a avut cu un impact mai redus asupra mortalității. În plus, la bărbați s-a constatat o complianță redusă la medicație și la dieta necesare unui tratament corect al afecțiunilor.

Referitor la funcția cognitivă am constatat că tulburările cognitive în general au fost mai frecvente la vârstnici, prevalența fiind de 16% la pacienții de peste 65 de ani, față de 3% sub 65 de ani. S-a observat o diferență între cele două sexe în cazul dementelor și a deficitului cognitiv ușor. Demențele au fost mai frecvente la femei

(56%), iar deficitul cognitiv ușor a fost mai frecvent la bărbați (54%). Există o serie de explicații posibile pentru acest fenomen. Prima ar fi că există posibilitatea unor diferențe între cele două sexe în ceea ce privește prevalența factorilor de risc. De asemenea, este posibil să existe o diferență în ceea ce privește evoluția acestor două tipuri de afecțiuni la cele două sexe: la femei deficitul cognitiv ușor ar putea evolua mai repede spre demență decât la bărbați. Un alt aspect care trebuie luat în considerare este posibilitatea existenței unor diferențe între cele două sexe în ceea ce privește mortalitatea pacienților cu deficit cognitiv ușor, chiar și datorită supramortalității masculine constatată ca fenomen demografic general. Astfel mai puțini pacienți de sex masculin cu deficit cognitiv ușor supraviețuiesc pentru a ajunge să dezvolte demență.

Prevalența pacienților cu deficit cognitiv ușor a crescut progresiv de la 2% sub 65 de ani la 18,5% peste 84 de ani. La bărbați prevalența a fost de 4% sub 65 de ani și 41% la pacienții de peste 65 de ani. În mediul rural tulburările cognitive au fost mai puțin frecvent întâlnite decât în mediul urban: 45% față de 55%. Sub 65 de ani nu s-au remarcat diferențe între cele două medii de proveniență, dar după 65 de ani s-a observat o creștere a prevalenței tulburărilor cognitive la pacienții din mediul urban. Este posibil ca factorii de stress, stilul de viață în care predomină sedentarismul și poluarea mediului ambiant să contribuie la aceste diferențe.

Nivelul de instruire a fost mai ridicat în mediul urban. În mediul rural au fost 81% dintre pacienți cu studii elementare, față de doar 25% în mediul urban. De asemenea, doar 1,5% dintre pacienții din mediul rural au avut studii superioare, față de 27% în mediul urban. Acest fapt afectează o serie de aspecte ale existenței cotidiene a vârstnicilor. În general nivelul ridicat de cultură reprezintă un factor de protecție împotriva tulburărilor cognitive și pentru încetinirea progresiei acestor tulburări. Deși efectul de protecție s-a constatat în mediul urban la pacienții cu studii superioare, la care prevalența tulburărilor cognitive a fost mai redusă comparativ cu frecvența generală, când a fost evaluată prevalența la toți pacienții vârstnici proveniți din mediul urban s-a constatat că este mai mare comparativ cu mediul rural. Este posibil ca factorii de risc pentru tulburările cognitive să exercite o influență mai puternică și să depășească efectul protector al unui nivel de educație mai ridicat. Pentru această explicație pledează și faptul că sunt mai frecvente în mediul urban chiar și la pacienții cu studii elementare.

Evaluând riscul de a dezvolta un deficit cognitiv ușor la cele două sexe s-a constatat la lotul general un risc mai mare cu aproximativ 50% la sexul masculin (Odds Ratio 1,45). Ajustând rezultatele pentru vârstă și nivel de educație riscul s-a menținut mai ridicat pentru bărbați, dar a crescut la 1,68. Acesta este un alt argument care arată influența vârstei și a nivelului de educație asupra riscului de a dezvolta deficit cognitiv ușor la bărbați. Ulterior am urmărit influența statusului marital asupra funcției cognitive la bărbați. Ajustând valorile pentru statusul marital s-a obținut o rată a riscului semnificativ mai crescută la bărbați comparativ cu rata generală a sexului masculin, adică prin această ajustare a fost evidențiată influența prezenței văduviei asupra riscului de tulburare cognitivă. Astfel s-a reliefat influența puternică a vieții de cuplu asupra menținerii unei bune funcționări cognitive la bărbați. Datorită supramortalității masculine în general este de estimat că există mai multe șanse pentru bărbații în vârstă de a trăi într-un cuplu și astfel de a-și menține funcția cognitivă în limite acceptabile. Totuși, absența vieții de cuplu are importante efecte asupra morbidității sexului masculin, inclusiv asupra riscului de a dezvolta tulburări cognitive. Încărcătura morbidă a avut o influență mai mică asupra riscului de a dezvolta un deficit cognitiv ușor comparativ cu vârsta, nivelul de educație și statusul marital, apropiindu-se de riscul general al acestui grup populațional din lotul general de studiu (1,56).

În ceea ce privește riscul de a dezvolta demență s-a constatat o valoare mai mare a Odds Ratio pentru sexul feminin față de sexul masculin: 1,58. Situația este opusă celei din cazul deficitului cognitiv ușor. De asemenea, riscul unei paciente de sex feminin de a dezvolta demență este mai mare decât riscul unui pacient de sex masculin de a dezvolta deficit cognitiv ușor. Este posibil că diferențele să rezulte din contextul patologic general existent la cele două sexe. Bărbații sunt expuși la o serie de factori de risc întâlniți în comun cu alte afecțiuni, mai ales cele cardiovasculare. Acestea din urmă au impact mai mare asupra supraviețuirii pacienților de sex masculin și coroborate cu mortalitatea generală mai crescută întâlnită la ei, ar putea explica prezența mai redusă a patologiei cognitive la ei. La femei statusul marital a influențat mai puțin riscul de a dezvolta demență decât la bărbați, diferențele fiind date mai ales de prevalența mai mare a demențelor la sexul feminin. Se pare că în cazul femeilor ar exista o rezistență mai mare la stresul reprezentat de lipsa conviețuirii într-un cuplu și astfel absența partenerului ar influența mai puțin riscul de a dezvolta demență. Vârsta și nivelul de educație au avut însă o influență foarte importantă asupra riscului de a dezvolta demență la femei, ajustarea pentru aceste două variabile practic dublând riscul față de bărbați. De asemenea o influență importantă are încărcătura morbidă, la încărcături morbide similare riscul de a dezvolta demență la femei fiind de 1,9 față de bărbați.

Nivelul material al pacienților studiați a reprezentat un parametru de evaluare a nivelului de trai cu implicații asupra diverselor obiceiuri alimentare și a stilului de viață. Riscul de a dezvolta tulburări cognitive a fost mai mare la pacienții cu nivel material mic și scăzut față de pacienții cu nivel ridicat, Odds Ratio ajungând la 3,1. O posibilă explicație ar fi că pacienții cu nivel material mic și scăzut sunt mai mult expuși la factorii de risc pentru a dezvolta tulburări cognitive, atât datorită lipsei mijloacelor de a adopta un stil de viață sănătos inclusiv o alimentație adecvată, cât și datorită accesului mai redus la mijloacele de informare și la serviciile medicale.

Nivelul de dezvoltare al comunității a fost foarte diferit în cele două medii: urban și rural, în general comunitățile rurale fiind dezavantajate. Deși au trecut douăzeci de ani de la schimbarea regimului politic din România, evoluția comunităților rurale nu este nici pe departe spectaculoasă, ci mai degrabă lentă dacă nu chiar stagnantă în majoritatea regiunilor. Nu același lucru se poate spune despre orașe unde creșterea nivelului economic, social și cultural este semnificativă. S-a observat în studiu că dificultățile vieții de zi cu zi în mediul rural (izolarea, depopularea, îmbătrânirea demografică excesivă, carențele alimentare și nivelul redus al dezvoltării socio-culturale), coroborate cu starea de sărăcie cronică, afectează negativ atât starea generală de sănătate, cât și funcția cognitivă. Multitudinea factorilor negativi limitează drastic accesul și adresabilitatea la asistență medicală, precum și participarea la viața socială activă.

Privitor la obiceiurile alimentare specifice anumitor zone (referindu-ne în special la consumul în exces de grăsimi animale și de alcool sub diverse forme) studiul a arătat ca nu exista diferențe semnificative între mediul rural și urban și nici între zonele geografice. Totuși s-a constatat o prevalență semnificativă a dislipidemiei în ambele medii de proveniență, deși dieta în mediul rural a fost mai bogată în grăsimi saturate comparativ cu mediul urban.

Referitor la obiceiurile impuse de convingerile religioase (posturi prelungite, regimuri alimentare specifice), deși există diferențe fundamentale între unele confesiuni, acestea nu se reflectă direct în patologia cognitivă cronică, ci mai degrabă în alterări pasagere cu ocazia deficitelor produse de perioadele de post sever prelungit.

Fumatul a fost mai frecvent întâlnit la pacienții provenind din mediul urban pe lotul general. La pacienții sub 65 de ani s-a constatat o ușoară creștere a prevalenței fumătorilor în mediul rural, dar după 65 de ani în ambele medii a scăzut, dar în mediul rural a fost de peste trei ori mai redusă. Reducerea s-a datorat mai ales numărului mai mic de subiecți de sex masculin.

Consumul de etanol a fost mai mare la sexul masculin și în special la cei cu nivel educațional și material redus. De asemenea, prevalența a fost mai mare în mediul rural pentru ambele sexe fapt ce ține și de contextul cultural.

Ambele toxice prezentate anterior cresc riscul de a dezvolta tulburări cognitive la ambele sexe, mai ales la vârstnici, în special dacă au avut o istorie lungă de utilizare a acestor toxice asociată cu patologia secundară lor, mai severă și mai complexă.

Sistemul de sprijin social a fost mai redus în mediul rural atât datorită nivelului de dezvoltare economico-socială, cât și predominanței familiilor mononucleare și mai ales a celor formate dintr-o singură persoană. Fenomenul începe să se amplifice și în mediul urban, deși la acest nivel există și forme alternative de suport (cluburi de zi, cămine de zi, asociații ale pensionarilor, voluntariat, sprijinul vecinilor etc.).

Variațiile pe care le-am observat în ceea ce privește afecțiunile cronice și fenomenul de îmbătrânire pot fi considerate ca o expresie a adaptărilor din primele etape ale existenței individuale și ca o reflectare a evoluției socio-culturale diferite. Toate acestea sunt modificări gerontologice, antropologice și bioculturale cu impact cert asupra statusului cognitiv al fiecărui pacient considerat în studiile noastre. Diferențele în ceea ce privește dieta și diversele obiceiuri alimentare ilustrează interacțiunile complexe între zestrea genetică, mediul de existență fizic și socio-cultural. Conținutul dietei depinde atât de contextul cultural, cât și de restricțiile impuse de condițiile de mediu și cele economice. Pentru pacienții care proveneau din zone defavorizate, marginale, cu resurse limitate, dieta se reducea la elementele strict disponibile la nivel local. Pentru cei care au provenit din mediul urban, dieta a fost determinată de contextul cultural. Deoarece conținutul în substanțe nutritive și disponibilitatea alimentelor a variat foarte mult în funcție de zona de proveniență a pacienților, am întâlnit situații extrem de diferite, de la un aport adecvat de substanțe nutritive, dar însoțit de prea puține calorii, la un aport scăzut de nutrienți conținând însă o cantitate suficientă de calorii. Pe de altă parte, după ingestie același tip de dietă poate oferi cantități diferite de substanțe nutritive și calorii în funcție de o serie de enzime implicate în digestie, receptori celulari, citokine, factori de transcripție și proteine transportoare care prezintă o mare variabilitate de la un pacient la altul fiind influențate de factori interni sau externi. Substanțele prezente în unele alimente inhibă sau accentuează absorbția altora. Extragerea de substanțe nutritive este influențată și de enzime care pot suferi fenomenul de inducție, precum și de procese metabolice reglate genetic, de factori de mediu și interacțiuni culturale. Ca o consecință, aceeași dietă a determinat la unii dintre pacienții noștri hiperglicemie, iar la alții dislipidemie și/sau hipertensiune arterială. Această combinație între factorii predispozanți și variațiile individuale în ceea ce privește răspunsul metabolic determina specificitatea afecțiunilor cronice degenerative întâlnite în studiu.

6.CONCLUZII

În urma studiului se poate afirma că tulburările cognitive la vârstnici sunt cert influențate de contextul antropologic.

Originalitatea lucrării constă în abordarea complexă, multilaterală a problematicii tulburărilor cognitive la vârstnici din perspectivă antropologică utilizând o multitudine de parametri, atât medicali, cât și bio-psiho-sociali. De asemenea, rezultatele obținute reflectă situația de la nivelul întregii țări, atât din mediul rural, cât și urban, subiecții incluși în studiu provenind din diverse zone ale țării. Este prima lucrare care abordează predominant aspectele antropologice ale tulburărilor cognitive la vârstnici, în literatură existând numeroase studii specifice pe variate tipuri de afecțiuni.

Vârsta a reprezentat un factor de risc important pentru instalarea tulburărilor cognitive.

Până la 65 de ani modificările cognitive au fost ne semnificative sau reduse, crescând apoi la grupele de vârste înaintate. Se observă că anumite aspecte ale memoriei rămân nealterate un timp îndelungat (memoria de lungă durată) și majoritatea aspectelor funcției cognitive sunt relativ stabile în timp, în absența unor modificări patologice semnificative.

Riscul de a dezvolta deficit cognitiv ușor a fost mai mare la bărbați, cu nivel de educație și material mai reduse, precum și în absența parteneriei de viață.

Riscul de a dezvolta demență a fost mai mare la sexul feminin și la grupa de vârste peste 65 de ani, mai ales la femeile cu nivel cultural scăzut și cu încărcătură morbidă generală mare.

Mediul rural, prin nivelul socio-economic și cultural scăzut, a avut un impact semnificativ asupra patologiei în general, cu implicații în modificările cognitive la pacienții peste 65 de ani.

Mediul urban, nivelul material și de educație, precum și menținerea în activitate cu ancorarea în cotidian au reprezentat factori protectori pentru prevenirea declinului cognitiv la vârstnici.

Cu cât încărcătura morbidă a fost mai mare pe principalele grupe de boli susceptibile să producă modificări generatoare de alterări cognitive, cu atât riscul de a dezvolta deficit cognitiv ușor și mai ales demență a fost mai mare.

Încărcătura morbidă în general a fost mai mare la sexul feminin. În lotul studiat se constată valori crescute ale încărcăturii morbide pentru toate grupele de afecțiuni, aceste fenomen accentuându-se odată cu înaintarea în vârstă. Faptul demonstrează încă o dată gravitatea situației stării de sănătate în general, dar mai ales la vârstnici.

Obiceiurile alimentare, fie regionale fie impuse de confesiune, utilizarea de toxice (fumat, alcool) nu constituie în sine un factor determinant al tulburărilor cognitive, ci prin mecanismele de inducere a patologiei specifice vârstei a treia responsabile de modificările morfologice cerebrale.

Factori favorizanți ai instalării și accentuării declinului cognitiv, pe lângă patologia metabolică, neuro-psihiatrică, cardiovasculară și osteoarticulară, sunt: izolarea autoimpusă precum și cea datorată handicapurilor locomotorii; dependența de terți; abuzul și neglijarea; dispariția implicării în viața socială și insatisfacțiile personale; posibilitățile materiale reduse; scăderea autovalorizării; reducerea socializării; nivelul scăzut de dezvoltare a comunității; accesul redus la serviciile medicale și la informație.

Integritatea cognitivă a unei persoane este dependentă de calitatea vieții pe care, din păcate, în stadiul actual de dezvoltare a societății românești nu o putem influența rapid și eficient. Pe de altă parte, calitatea vieții este un concept subiectiv care depinde foarte mult de percepția individuală. În consecință este ideal să facem în continuare eforturi pentru influențarea calității vieții și creșterea responsabilității față de sine pentru menținerea statusului de ființă plină.