

Número 3 – Julio/Diciembre 2018

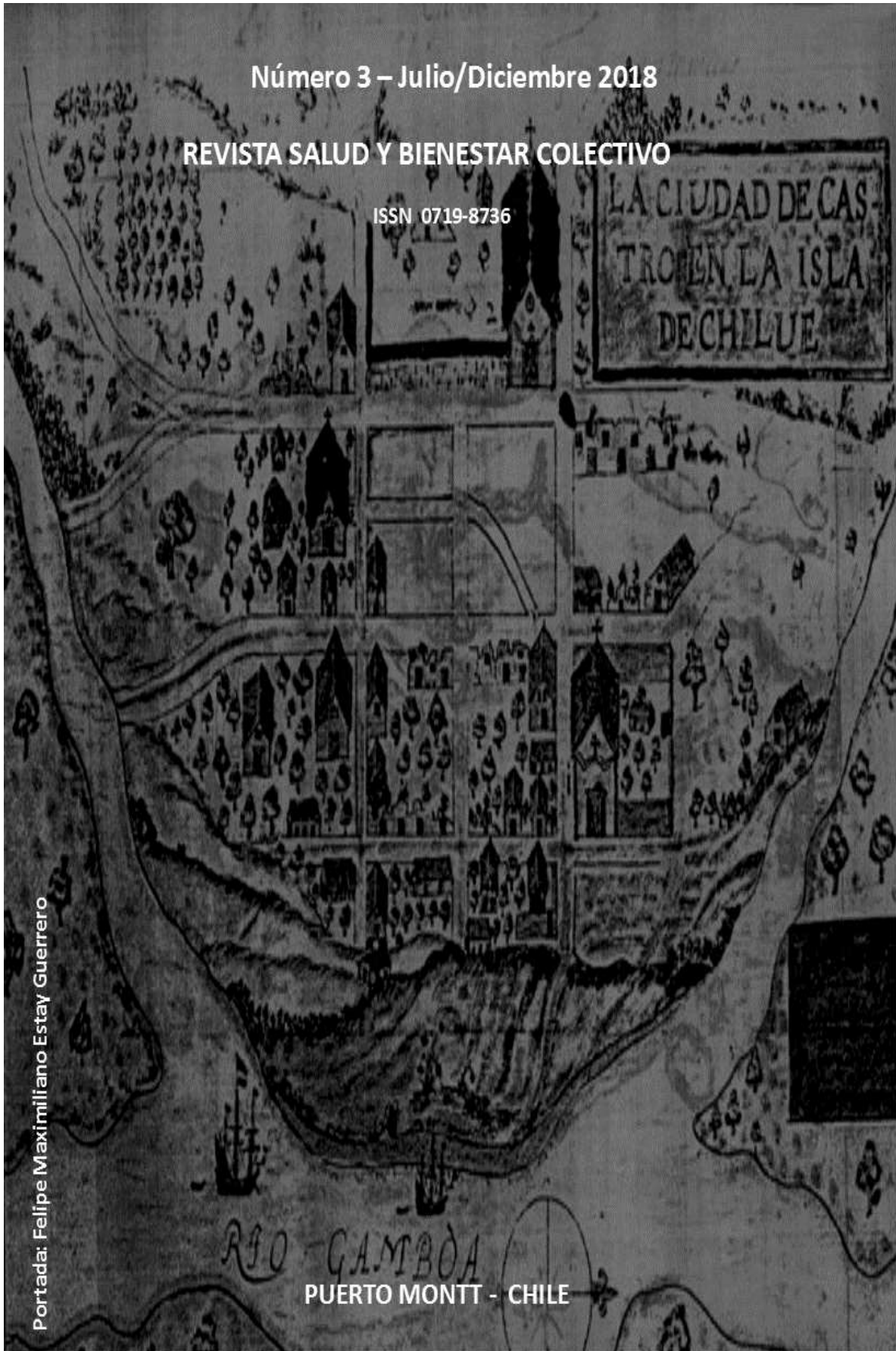
REVISTA SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO

ISSN 0719-8736

LA CIUDAD DE CAS-  
TRO EN LA ISLA  
DE CHILUE

Portada: Felipe Maximiliano Estay Guerrero

RIO GAMBOLA  
PUERTO MONTT - CHILE





## CUERPO DIRECTIVO

**Director – Editor en Jefe**  
**Dr. Alex Véliz Burgos**  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

**Subdirectora**  
**Mg. Anita Dörner Paris**  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

**Editor Científico**  
**Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda**  
*Universidad Católica de Temuco, Chile*

## Cuerpo Asistente

**Traductora: Inglés**  
**Dr. José Luis Reyes Lobos**  
**Lic. Paulinne Corthorn Escudero**  
*221 B Web Sciences, Chile*

**Traductora: Portugués**  
**Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón**  
*221 B Web Sciences, Chile*

**Diagramación / Documentación**  
**Lic. Carolina Cabezas Cáceres**  
*221 B Web Sciences, Chile*

**Portada**  
**Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero**  
*221 B Web Sciences, Chile*

*Publicación del Núcleo de Salud y Bienestar  
Colectivo, Puerto Montt, Patagonia, Chile*

## COMITÉ EDITORIAL

**Dr. Adolfo Abadia**  
*Universidad ICESI, Colombia*

**Dr. Juan R. Coca**  
*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Francisco José Francisco Carrera**  
*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Darío Páez Rovira**  
*Universidad del País Vasco, España*

**Dra. Anabel Paramá Díaz**  
*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Oscar Santilli**  
*Universidad Nacional de Cuyo, Argentina*

## COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

**Mg. Gladys Castillo Castro**  
*Universidad San Martín de Porres, Perú*

**Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros**  
*Diálogos en Mercosur, Brasil*

**Dr. Alain Morejón Giraldoni**  
*Universidad de Ciencias Médicas de  
Cienfuegos, Cuba*

**Dr. Marco Eduardo Murueta**  
*Asociación Mexicana de Alternativas em  
Psicología, México*

**Mg. Oswaldo Orellana Manrique**  
*Universidad Nacional Mayor de San Marcos,  
Perú*



**Dr. Carlos Peraza**

*Biomed Centroamerica, Belize*

**Dr. José Puig Espinosa**

*Dilemas Contemporáneos, México*

**Dra. Alicia Risueño**

*Universidad Kennedy, Argentina*

**Dr. José Vives-Rego**

*Universidad de Barcelona, España*



### Indización

Revista Salud y Bienestar Colectivo, se encuentra indizada en:





ISSN 0719-8736 - Número 3 – Julio/Diciembre 2018 pp. 07-20

## DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR: UNA MIRADA AL FUTURO

### COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE ELDERLY: A LOOK TO THE FUTURE

**Ph. D. Guillermo León Samaniego**

Universidad Estatal de Milagro, Ecuador  
gleons1@unemi.edu.ec

**Msc. Reyna Tumbaco Salvadores**

Ministerio de Salud, Ecuador  
reynatumbaco@yahoo.es

**Lic. Eleana León Tumbaco**

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador  
eleanaleont@hotmail.com

**Ph. D. Holguer Romero-Urréa**

Universidad Estatal de Milagro, Ecuador  
hromerou@unemi.edu.ec

**Fecha de Recepción:** 08 de agosto de 2018 – **Fecha de Aceptación:** 12 de septiembre de 2018

#### Resumen

La población de adultos mayores se ha incrementado grandemente a nivel mundial, y con ella las enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, las mismas que llevan a una disminución de las funciones mentales que traen consigo un deterioro cognitivo (DC). **El objetivo** de este trabajo es determinar mediante la investigación bibliográfica, las condiciones de vida y los factores que se asocian a esta patología en diferentes entornos nacionales e internacionales, con la finalidad de plantear normas o procedimientos en atención primaria para prevenir dicho fenómeno. **Metodología.** Es un estudio bibliográfico, utilizando buscadores como Google Scholar, Pubmed y Scopus sobre la prevalencia y los factores asociados al DC. **Resultados.** La mayoría de estudios a nivel mundial refieren una prevalencia de entre el 9 y el 24%. En Ecuador los estudios indican una prevalencia entre el 35 y el 60%. Los factores que más se asocian son la edad avanzada, grado de escolaridad, diabetes y el haber vivido solos. **Conclusión.** Se concluye que los cuidados que se impartan a los adultos mayores en la atención primaria de salud serán fundamentales en la prevención de esta entidad clínica. El diagnóstico temprano de deterioro cognitivo leve (DCL) puede ser muy importante en la prevención primaria de demencia.

#### Palabras Claves

Deterioro Cognitivo – Atención primaria – Factores asociados – Diabetes – Hipertensión arterial  
Enfermedad Cerebrovascular

**Abstract**

The population of older adults has increased greatly worldwide, and with it chronic diseases such as diabetes, hypertension, cerebrovascular disease, the same that lead to a decline in mental functions that bring cognitive impairment (CD). **The objective** of this work is to determine, through bibliographic research, the living conditions and the factors associated with this pathology in different national and international environments, with the purpose of setting standards or procedures in primary care to prevent this phenomenon. **Methodology.** It is a bibliographic study, using search engines such as Google Scholar, Pubmed and Scopus on the prevalence and factors associated with DC. **Results** The majority of studies worldwide report a prevalence of between 9 and 24%. In Ecuador, studies indicate a prevalence between 35 and 60%. The factors that are most associated are advanced age, schooling level, diabetes and having lived alone. **Conclusion.** It is concluded that the care provided to the elderly in primary health care will be fundamental in the prevention of this clinical entity. The early diagnosis of mild cognitive impairment (MCI) can be very important in the primary prevention of dementia.

**Keywords**

Cognitive Impairment – Primary Care – Associated Factors – Diabetes – Hypertension  
Cerebrovascular Disease

## Introducción

El aumento de la esperanza de vida se acompaña de un incremento de la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad. Paralelamente, en los establecimientos de salud se atienden pacientes con enfermedades crónicas que presentan ciertas particularidades clínicas que requieren de adaptaciones terapéuticas específicas. El deterioro cognitivo (DC) se considera actualmente un problema de salud gravitante a nivel mundial, el mismo que se ha convertido en la principal demandas de atención médica en los adultos mayores.

El envejecimiento provoca cierta pérdida de la memoria para acontecimientos recientes que puede ser de carácter benigno (olvidos benignos de la ancianidad) que no deben interpretarse como demencia. Si conceptualizamos el deterioro como un síndrome, lo definiríamos como: "Conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices<sup>1</sup> y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social". Es menester hacer hincapié en que el deterioro cognitivo es un estadio intermedio entre la normalidad y la demencia tipo Enfermedad de Alzheimer (EA).<sup>2</sup> Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento se trata de una acumulación de daños moleculares y celulares, que lleva a la pérdida de capacidades físicas y mentales, con aumento de enfermedades y muerte. En el informe mundial sobre envejecimiento y salud, se considera que la pérdida de funciones cognitivas como la memoria, la capacidad para desarrollar tareas complejas y para aprender, se encuentran relacionadas con la edad. Sin embargo, no todas funciones se deterioran ya que algunas como el lenguaje, la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario se mantienen estables durante toda la vida.<sup>3</sup> Para definir al adulto mayor, se ha recurrido a diferentes interpretaciones y doctrinas, considerándolos como un grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Generalmente, por haber alcanzado este rango de edad, se los reconoce como adultos mayores o como personas de la tercera edad, o simplemente como ancianos.<sup>4</sup> El envejecimiento a nivel mundial se ha convertido en un fenómeno demográfico, ya que todas las sociedades han tenido un incremento muy significativo en la población mayor de 65 años. En las cuatro últimas décadas el número de personas mayores de 65 años ha crecido con mayor rapidez que otros grupos de edad, provocando un cambio importante en la pirámide poblacional, ya que el número de jóvenes y adolescentes se ha visto reducido. Este envejecimiento se asocia a una disminución de todas las funciones fisiológicas, entre las cuales están las funciones mentales que traen consigo un deterioro cognitivo, que se traduce en una brusca disminución de una o varias funciones intelectuales del individuo.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Holguer Romeo Urrea, El dominio de los hemisferios cerebrales, Ciencia Unemi 3, n.º 4 (2015): 8–15.

<sup>2</sup> Mónica Valdés King; José Alberto González Cáceres y Mansur Salisu Abdulkadir, Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores, Revista Cubana de Medicina General Integral 33, n.º 4 (2017): 1–15.

<sup>3</sup> Alejandra Segura Cardona et al., Depresión en el adulto mayor: un estudio en tres ciudades de Colombia, Revista Científica Salud Uninorte 34, n.º 2 (2018).

<sup>4</sup> Ministerio de Inclusión Económica y Social, Agenda de Igualdad para Adultos mayores (2012-2013). 2018.

[http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)

<sup>5</sup> Francisco Garamendi Araujo; David Adrián Delgado Ruiz y Ma Agustina Amaya Alemán, Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores, Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 22 (2010): 26–31..

## El envejecimiento activo es definido por la OMS

“como el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, psíquico y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia”<sup>6</sup>.

Esto orientará hacia la consecución de condiciones de vida para el adulto mayor que generen bienestar y el sentirse aun útiles en la toma de decisiones, y a la vez conmina a los gobiernos a implementar programas de protección y cuidados acorde con sus necesidades y no solamente a declararlos como grupo vulnerable. Se torna difícil y hasta complicada esta etapa de la vida, ya que el adulto mayor sufre un proceso de deterioro físico, deja de trabajar o se jubila, lo cual lleva a que sus ingresos económicos disminuyan ostensiblemente, y a la vez sus problemas de salud aumentan, llevando a complicaciones en su vida. Por esta misma razón en algunas sociedades los adultos mayores son considerados como un estorbo, el mismo que suele derivar en abandono o reclusión en centros gerontológicos.<sup>7</sup>

El funcionamiento correcto de las áreas del intelecto, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas, mantiene la función cognitiva de un individuo. Esta cambia con la edad<sup>8</sup>. En muchos individuos sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud, es decir que “envejecen bien”, sin embargo en la mayoría existe disminución de algunas de las esferas del conocimiento como captar y aprender información nueva, ejecutar funciones motoras rápidas, y algunos finalmente terminan por sufrir Enfermedad de Alzheimer, lo cual deteriora mucho sus funciones cognitivas.<sup>9</sup> En el adulto mayor el DC tiene que ver con cambios relacionados con el envejecimiento cognitivo normal, que en términos generales presenta una disminución de la memoria, la fluidez verbal, lógica matemática y la eficiencia y rapidez de análisis.<sup>10</sup> La disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, lo que causa detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes.<sup>11</sup>

Según el estudio publicado por Moreno “el desempeño del sistema atencional supervisor (SAS) puede verse afectado negativamente durante el envejecimiento, dando lugar a la aparición de una capacidad deficiente del sujeto para atender selectivamente a un estímulo y para inhibir estímulos irrelevantes, con un aumento en el nivel de distracción

<sup>6</sup> Penny Montenegro Eduardo y Melgar Cuellar Felipe, Geriatria y Gerontología para el médico internista, Primera (Bolivia: La Hoguera, 2012), <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/GERIATRIA%20Y%20GERONTOLOGIA%20PARA%20EL%20MEDICO%20INTERNISTA.pdf>.

<sup>7</sup> Deysi Johanna Guapisaca Siguenza; Johanna Daniela Guerrero Guevara y Pablo Andrés Idrovo Toledo, Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. 2014. 2014, <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20233>.

<sup>8</sup> H. Romero-Urréa; G. León-Samaniego; J. Arellano-Romero; J. Pazmiño-Jiménez; L. Romero-Velóz y A. G. Vásquez-Espinoza, Epítome de Psicología de la Salud. 2017.

<sup>9</sup> Luis Varela et al., Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional, *Rev Soc Per Med Inter* 17, n.º 2 (2004): 37–42.

<sup>10</sup> Cristina Alexandra Benavides-Caro, Deterioro cognitivo en el adulto mayor, *Revista Mexicana de Anestesiología* 40, n.º 2 (2017): 107–112.

<sup>11</sup> Pedro Casanova Sotolongo, Pedro Casanova Carrillo, y Carlos Casanova Carrillo, «Deterioro cognitivo en la tercera edad», *Revista cubana de medicina general integral* 20, n.º 5-6 (2004): 0–0.



y deficiencia en la focalización cognitiva prolongada y en la atención dividida”.<sup>12</sup> Dichas deficiencias durante el envejecimiento normal serán más o menos severas de acuerdo a diferencias individuales tales como escolaridad, niveles de actividad y en algunos casos factores genéticos.

Se dice también que el término deterioro cognitivo engloba diferentes síndromes en los cuales, si bien no define claramente cuáles son las funciones afectadas o la causa que las provoca, se debe tratar con urgencia, ya que revela la existencia de un problema, el cual debe ser diagnosticado con prontitud para poder crear medidas terapéuticas oportunas. El envejecimiento conlleva al incremento del DC, y estos cambios varían en su forma de presentación, en su extensión y en el tipo de función que se afecte; por ejemplo: “la atención/concentración, praxias (habilidades manuales), lenguaje (comprensión, elaboración, vocabulario), funciones visuoespaciales, gnosias, funciones ejecutivas, etc.”<sup>13</sup> Estos aspectos se ven influidos por diversos factores tales como antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones y otros. Existen muchos factores que deterioran el estado cognitivo del anciano, entre ellos las enfermedades crónicas que padecen y los medicamentos que a diario ingieren.

El “deterioro cognitivo leve” (DCL) es un síndrome caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas, que no corresponde a un síndrome focal y no cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificada como demencia. El paciente con DCL, a diferencia del paciente con Demencia, tiene todavía recursos compensadores suficientes como para realizar sin dificultad o con mínimas limitaciones, sus actividades instrumentales diarias. Esta entidad puede ser transitoria o progresiva, y convertirse en demencia sin que exista un momento de transición que esté definido claramente.

I. Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas:

- |                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| a. Atención/concentración | e. Praxias                   |
| b. Lenguaje               | f. Funciones visuoespaciales |
| c. Gnosias                | g. Funciones ejecutivas      |
| d. Memoria                |                              |

II. Esta alteración debe ser:

- a. Adquirida, señalando un deterioro respecto a las capacidades previas del individuo
- b. Referida por el paciente o un informador fiable
- c. Objetivada en la exploración neuropsicológica
- d. De meses de duración y constatada en el paciente con un nivel de conciencia normal

III. La alteración cognitiva sólo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria

IV. La alteración cognitiva no se asocia a trastornos del nivel de conciencia

<sup>12</sup> Carolina Moreno Carrillo y Francisco López Restrepo, «Efectos de un entrenamiento cognitivo de la atención en el funcionamiento de la memoria de trabajo durante el envejecimiento», *Acta Neurol Colomb* 25, n.º 4 (2009).

<sup>13</sup> A. Robles et al., «Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer», *Neurología* 17, n.º 1 (2002): 17–32.

La presente revisión bibliográfica tiene como propósito investigar cuales son los factores que inciden o se asocian a la aparición de DC en el adulto mayor a nivel nacional y mundial, con la finalidad de plantear posibles alternativas en la prevención o retraso del DC.

Es muy importante que la comunidad conozca y comprenda el envejecimiento y sus aspectos más importantes, sobre todo en lo que se refiere al estado mental de los adultos mayores y el detrimento que este sufre a lo largo de la vida, para que se asuman compromisos de cuidados y controles, los mismos que lleven a mejorar la calidad de vida dando cumplimiento a los postulados del buen vivir. De esta manera se mejoraría la capacidad de discernimiento de estos adultos, su participación en la toma de decisiones de la comunidad, de la familia, de razonamientos, y de que hagan uso de su sexualidad, dentro de sus limitaciones físicas de acuerdo a su edad.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con un envejecimiento exitoso, que a su vez brinde al anciano seguridad económica e inclusión social por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Deberá además promover la participación de los AM como miembros activos de la comunidad, con facilidad para poder transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes. Todo ello en una sociedad que comprenda y aprenda también ella a envejecer <sup>14</sup>

Los adultos mayores que presentan DC requieren muchos cuidados y la supervisión por parte de las personas responsables de ellos, lo cual implica la utilización de un mayor número de recursos socio-sanitarios. La valoración clínica integral del anciano, incluye la valoración del estado mental, con la finalidad de conocer el nivel cognitivo del adulto mayor, y así planificar sus cuidados y manejo apropiado con la finalidad de mejorar su calidad de vida y disminuir el desarrollo de complicaciones. <sup>15</sup>

A partir de los años 1950 hasta la actualidad, las esperanzas de vida de la población ecuatoriana mejoró sustancialmente, ya que pasó de 48.3 años en 1950 a 55 - 75,6 años en 2010-15, lo cual ha permitido que gran parte de los ecuatorianos mejoren su calidad de vida y alcancen edades mayores.

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores que en el 2010 representaban el 7% de la población, al 2050 representarán el 18% de la misma. <sup>16</sup>

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), existen 1,229.089 adultos mayores, de los cuales 53,4% son mujeres. El 11% de estos viven solos. Las enfermedades más comunes presentes en este grupo de edad son la osteoporosis en un 19%, la diabetes el 13%, patologías cardíacas un 13% y problemas del aparato respiratorio un 8%. El 42% de los adultos mayores no trabaja y su nivel de escolaridad en su mayoría es primario.

---

<sup>14</sup> Doris Yisell Rubio Olivares et al., Calidad de vida en el adulto mayor, Varona, n.º 61 (2015), <http://revistas.ucpejv.edu.cu/index.php/rVar/article/view/267>.

<sup>15</sup> Luis Varela et al., Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional, Revista de la sociedad peruana de medicina interna 17, n.º 2 (2004): 37-42.

<sup>16</sup> Ministerio de Inclusión Económica y Social, Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012-2013, [www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/.../Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/.../Agendas_ADULTOS.pdf).

## Investigaciones previas

En el Perú existen investigaciones que ponen de manifiesto que los adultos mayores representan el 7,4% de la población y el crecimiento estimado para el año 2025 sea del 12%. Se realizó una valoración geriátrica en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional, encontrándose una frecuencia de 22,11% de deterioro cognitivo de moderado a severo. Se asoció también con la edad, el analfabetismo, condiciones socioeconómicas bajas, confusión aguda, disminución de la actividad sensorial y auditiva<sup>17</sup>

En Cuba, ciudad de la Habana, se realizó una investigación para determinar la prevalencia de DC y las características clínicas de la persona afectada. En el 9,4% de personas estudiadas se encontró DC. El mayor porcentaje se ubicó en personas entre 85 y 89 años de edad (33,3%). Más frecuente en el sexo femenino (70,3%), predominando el nivel primario de escolaridad (66,6%). Los factores de riesgo mayormente detectados fueron el hábito de fumar (29,6%) y la hipertensión arterial (25,9%)<sup>18</sup>.

En el área metropolitana de Medellín, Colombia, se realizó un estudio de prevalencia y características del DC en personas adultos mayores de ambos géneros de diferentes niveles socioeconómicos y educativos. La prevalencia encontrada fue del 9,7%, con predominio en varones frente a las mujeres. La prevalencia fue mucho menor en personas que tenían más de 12 años de escolaridad, sin que se presentaran diferencias significativas relacionadas con la edad o el nivel socioeconómico.<sup>19</sup> En Argentina, la población de adultos mayores de 65 años representa el 10% de la misma, y con el objeto de investigar su estado mental, se realizó un estudio descriptivo en la ciudad de Córdoba, administrando el test Minimental de Folstein, en el cual se encontró que el 9,1% presenta DC tipo amnésico, y el 4,5% presenta DC de tipo multidominio, de lo cual se desprende que existe un 13,6% de personas con riesgo de desarrollar demencia en los años posteriores. Los factores socio demográficos que más influyen en el DC son el sexo femenino, el bajo nivel de instrucción, y el número de hijos.<sup>20</sup> En el este de Finlandia se realizó un estudio interesante para relacionar la aparición de DC con la relación de pareja en la vida media. Se hace un seguimiento de 21 años, en el cual se encontró que las personas que cohabitan con una pareja en la vida media (más o menos 50 años), tiene menos probabilidades de presentar DC en el futuro que las personas de las demás categorías (divorciados, separados o viudos). Los viudos o divorciados a mediados de la vida, tuvieron tres veces más posibilidades de presentar DC que los casados o que cohabitan con pareja. Se concluye que el tener una relación con una pareja tiene efecto protector contra el DC en el futuro.<sup>21</sup>

<sup>17</sup> Varela et al., Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional, 2004.

<sup>18</sup> Nelson Gómez Viera et al., Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo, Revista Cubana de Medicina 42, n.º 1 (2003): 12–17.

<sup>19</sup> E. Henao-Arboleda et al., Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana, Revista de neurología 46, n.º 12 (2008): 709–713.

<sup>20</sup> C. D. Mías et al., Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina, Rev Neurol 44, n.º 12 (2007): 733–8..

<sup>21</sup> Krister Hla akansson et al., Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study, Bmj 339 (2009), <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2462.short..>

En Perú, entre febrero y marzo del año 2010, en el Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre de la Victoria, se realizó un estudio sobre prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes mayores de 65 años. Se estudió un total de 192 pacientes, de los cuales el 46,9% (90 pacientes) presentaron (DC). Los factores asociados que más incidencia tuvieron fueron el tener más de 85 años de edad, tener menos de 8 años de estudio, y el hecho de tener depresión. También se encontró como factor asociado la hipertensión arterial.<sup>22</sup>

En España, en la ciudad de Valencia se realizó un estudio transversal sobre prevalencia y factores asociados al Deterioro Cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de las 4 farmacias comunitarias de la zona. Se captó un total de 245 personas, de las cuales el 12,65% tuvieron deterioro cognitivo. Además presentaron esta patología el 14,86% de las mujeres participantes y el 9,28% de los varones. Respecto a la edad el grupo que más presentó fue el de 75 a 84 años (21,43%). El 12,8% habían cursado estudios primarios, y tan solo el 6,90% que habían cursado estudios superiores. El 70% de los pacientes eran hipertensos, sin embargo el mayor porcentaje de afectados se encontró en personas normotensas o hipertensos no diagnosticados (no tratados con antihipertensivos), 16,4% frente al 11% de los hipertensos tratados con antihipertensivos.<sup>23</sup>

Asimismo, en el ayuntamiento de Narón (Coruña) se realizó un estudio para determinar la prevalencia del deterioro cognitivo en españoles mayores de 65 años, y analizar su asociación con algunos factores sociales y médicos. Se seleccionó una muestra de 600 pacientes, a los cuales se les aplica el Mini-Mental State Examination (MMSE). Se encontró que la prevalencia fue del 35,2%, cuando la distribución de edad y nivel educativo no se aplicaba, y del 22,2% cuando éstas sí eran aplicadas. Las mujeres mostraron una mayor probabilidad de deterioro cognitivo que los hombres. Se observó que a mayor edad aumenta la posibilidad de desarrollar deterioro cognitivo el mismo que se incrementa cada año. Se encontró además que ante la presencia de demencia, insuficiencia cardíaca, anemia, accidente cerebrovascular y déficit auditivos había un incremento de la morbilidad y la mortalidad en la población mayor.

El estudio concluye indicando que el conocimiento de las tasas reales de prevalencia, junto con el establecimiento de medidas preventivas y de intervención adecuados, pueden ser factores que disminuyan el impacto socio-sanitario de deterioro cognitivo<sup>24</sup>. Se ha evidenciado de esta manera que en todo el mundo se realizan estudios cada vez más meticulosos en torno a este síndrome neurológico, y los diferentes factores que se asocian o lo predisponen, poniendo especial interés en la identificación de los primeros rasgos de (DC) que podrían convertirse en predictores de Demencia o Alzheimer.

---

<sup>22</sup> Stalin Tello Vera, Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes mayores de 65 años del Policlínico.: La victoria es salud. Febrero Marzo 2010, Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 5, n.º 3 (2012): 22–26.

<sup>23</sup> Maria Teresa Climent Catalá et al., Deterioro cognitivo en mayores de 65 años. Estudio en farmacia comunitaria: prevalencia y estudio de factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. Estudio piloto, Farmacéuticos comunitarios 4, n.º 3 (2012): 96–100.

<sup>24</sup> José C. Millán-Calenti et al., Prevalence of cognitive impairment: effects of level of education, age, sex and associated factors, Dementia and geriatric cognitive disorders 28, n.º 5 (2009): 440–445.

Ecuador como país investigador no se ha quedado atrás en este tipo de estudios, y es así que en el año 2013, en la Universidad de Cuenca se realizó un trabajo orientado a estudiar la prevalencia de DC y sus factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), en el cual pusieron de evidencia que la prevalencia de DC en el 35,4% de los adultos estudiados y que los factores que más se asocian son la edad y la Diabetes, y como factores de protección están el haber vivido en un área urbana y no haber sido fumador<sup>25</sup>

En el año 2014 se realizó un estudio transversal en los centros gerontológicos de esta misma ciudad en el cual encuentran que la prevalencia de DC en adultos mayores de esa población es muy alta, superando el 60%. El sexo femenino aumenta las probabilidades de padecer, conjuntamente con el nivel de escolaridad bajo o ninguno, encontrándose además algo muy importante que es el hecho de que el DC no se asocia con enfermedades crónicas.<sup>26</sup>

En Babahoyo provincia de Los Ríos, León Samaniego y colaboradores realizaron un estudio en adultos mayores de entre 65 y 85 años de edad, aplicando el test de MoCA, evidenciando una prevalencia de DC del 64%. Y que los factores que las características más relevantes del DC eran el tener instrucción básica (100%), y estar asociadas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial (83,8%) y Diabetes (75%).<sup>27</sup> En la ciudad de Riobamba en el año 2012 se realizó un estudio de asociación entre DC y diabetes mellitus, encontrándose que, si bien existe una relación entre estas dos entidades, sin embargo la asociación no es estadísticamente significativa, pero el hallazgo quizá más importante de este trabajo es que la hipertensión arterial sumada a la Diabetes Mellitus, tienen una relación con el DC muy significativa desde el punto de vista estadístico<sup>28</sup>.

### **Factores que se asocian al Deterioro Cognitivo (DC):**

En algunos estudios que se han realizado, se evidencia la asociación entre diversas enfermedades crónicas degenerativas y el deterioro cognitivo. Entre ellas se cuentan la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, cardiopatías, neoplasias y neurológicas. Se puede anotar además que las condiciones económicas del adulto mayor son irregulares, ya que está influenciada por diversas circunstancias, siendo la principal fuente de ayuda económica la familia y concretamente los hijos, que también tienen condiciones particulares como desempleo, crisis en el hogar, enfermedades, etc.

<sup>25</sup> José Adrián Sánchez León; Diana Cecibel Vásquez Bermeo y Johanna Elizabeth Zúñiga Peralta, Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2013 (B.S. thesis, 2014).

<sup>26</sup> Deysi Johanna Guapisaca Siguenza; Johanna Daniela Guerrero Guevara y Pablo Andrés Idrovo Toledo, Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. 2014. 2014, <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20233>.

<sup>27</sup> Guillermo Fernando León Samaniego, Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo-Ecuador, Centro de Biotecnología 5, n.º 1 (2017).

<sup>28</sup> Lucía Astudillo Vallejo, Diabetes mellitus tipo II y deterioro cognitivo leve en pacientes del grupo de jubilados del IESS de Riobamba en el período comprendido entre octubre y noviembre del 2011. 2012. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5316>.

Las pensiones que reciben los adultos mayores jubilados muchas veces tienen bajo poder adquisitivo, y la necesidad de medicamentos y atención en vez de disminuir aumenta<sup>29</sup>.

Existen factores políticos que se podrían considerar como riesgo para la aparición de (DC) tales como la falta de programas de ayuda social y de atención preferente en los diferentes sistemas de salud, los cambios frecuentes de gobernantes hacen que ciertos programas de salud se alteren con el partido ganador, dejando atrás estructuras de salud implementadas para el caso.

Este panorama nos invita a reflexionar acerca de la necesidad de contar con datos confiables e información fidedigna a cerca de los factores que intervienen en el estado cognitivo del adulto mayor, que permitan realizar un análisis con la finalidad de mejorar los sistemas de atención médica y las condiciones de vida de los adultos mayores.

## Discusión

La mayoría de estudios sobre (DC) a nivel mundial, concluyen que la prevalencia del mismo se encuentra entre el 9 y el 25%. Sin embargo en el Ecuador la prevalencia es alta, encontrándose tasas entre el 35y el 60% de deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 años. En todos los casos el factor que más incide es la edad, es decir que la mayor prevalencia se encuentra por encima de los 85 años. También se evidencia mayor incidencia en el sexo femenino, grado de escolaridad bajo o ninguno y deficientes ingresos económicos. Los factores de riesgo mayormente detectados son el hábito de fumar y el vivir solos. Entre las enfermedades crónicas que más se asociaron a DC se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, y como factores de protección, el vivir en un área urbana, y no haber sido fumador.

Ante este panorama tanto nacional como mundial, surge la disyuntiva de que hacer para prevenir o retrasar el deterioro cognitivo en adultos mayores. La mayoría de investigadores opinan que si se espera que aparezcan signos y síntomas cognitivos aunque éstos sean leves, puede ser demasiado tarde para tratar enfermedades subyacentes o modificar las condiciones de vida de estas personas, cuando se podría hacer una intervención temprana para prevenir o retrasar el proceso de la enfermedad.

De ahí que la construcción de un instrumento útil en la atención primaria de salud, servirá para este propósito, para realizar intervenciones tempranas. El diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL) puede ser un paso importante en el camino hacia la prevención primaria.<sup>30</sup> Algunas personas con DCL parecen mantenerse estables o incluso volver a la normalidad en ocasiones con el tiempo; pero la mayoría progresan a demencia dentro de los 5 años siguientes. Por lo tanto, el DCL puede considerarse como un estado de riesgo para demencia, y su identificación temprana podría conducir a la prevención secundaria mediante el control de factores de riesgo tales como la hipertensión sistólica.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Rubén de León-Arcila et al., Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 47, n.º 3 (2009): 277–284..

<sup>30</sup> Ronald C. Petersen et al., Mild cognitive impairment: ten years later, *Archives of neurology* 66, n.º 12 (2009): 1447–1455..

<sup>31</sup> Serge Gauthier et al., Mild cognitive impairment, *The Lancet* 367, n.º 9518 (2006): 1262–1270.

## Actitud de la atención primaria de salud (APS) frente al paciente con DC leve

Al existir una pérdida parcial de capacidades sin repercusión, estamos frente a un deterioro cognitivo sin demencia o con demencia dudosa. En este caso, el seguimiento clínico durante 3 a 6 meses, será el patrón que aclare el diagnóstico. Si la pérdida de sus capacidades es mayor, y ésta dificulta las actividades domésticas, sociales y ocupacionales, posiblemente se trata de demencia, y en este caso se debe prevenir las crisis familiares, conservar las capacidades residuales y las relaciones sociales.

El conocimiento actual de esta afección es insuficiente, esto hace que su diagnóstico precoz sea difícil, ya que la exploración del estado mental del paciente no es una práctica de rutina, y los cambios mentales en adultos mayores de 65 años se ven como normales, porque se considera a la psiquis como un elemento aislado de los problemas biológicos, y no como una parte integral del ser humano.

La detección temprana de una disminución de la capacidad mental es muy importante para identificar el tipo de asistencia que necesita el paciente para mantenerse independiente como le sea posible y considerar si el proceso puede ser reversible o potencialmente tratable.

Diferentes equipos de salud por desconocimiento, descuidan la detección y seguimiento clínico adecuado de los pacientes que sufren deterioro cognitivo leve siendo que hacia ellos que deben dirigirse sus acciones. En las fichas familiares, generalmente se registran únicamente aquellos diagnósticos de demencia, que es el grado más severo de deterioro mental, y no se registran a aquellos que sufren grados menos acentuados<sup>32</sup>.

## Conclusiones

Los médicos que participan en la Atención Familiar deben tener claro el concepto de que la demencia siempre va precedida de una fase de DCL. Deben estar familiarizados con los síntomas y signos con el afán de que se vigile minuciosamente a esta clase de pacientes. Debería implementarse en los programas de cuidado de los adultos mayores, actividades de ocio, actividades deportivas, estimulación cognitiva, como parte de un estilo de vida saludable, que sean adaptadas al medio ambiente en donde viven estas personas, ya que no existen actualmente terapias específicas que sea recomendables<sup>33</sup>. Muchos investigadores han hecho propuestas en este aspecto. Por ejemplo, Valencia en el año 2008 propuso que deben implementarse programas de entrenamiento combinado, es decir memoria y motricidad, como medio para mejorar el rendimiento cognitivo en adultos mayores sanos, y de esta manera evitar o retrasar el deterioro, y prevenir que se desarrolle demencia.<sup>34</sup> Siendo el envejecimiento un proceso multidimensional, es decir que involucra tanto a la persona como a la familia y la comunidad, es necesario poner en marcha acciones integrales, solidarias, que contribuyan a darle el valor que se merece el rol de las personas adultas mayores en la sociedad.

<sup>32</sup> Víctor T. Pérez Martínez, El deterioro cognitivo: una mirada previsor, Revista Cubana de Medicina General Integral 21, n.º 1-2 (2005): 0-0..

<sup>33</sup> Howard Chertkow et al., Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment without dementia, 2014, <http://focus.psychiatryonline.org/doi/10.1176/foc.7.1.foc64..>

<sup>34</sup> Carolina Valencia et al., Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores, Rev neurol 46, n.º 8 (2008): 465-71.

Las acciones que deben realizarse a favor de las personas adultas mayores resulta ser un desafío para el estado en todos sus niveles, local, provincial y nacional.

También lo es para el sector privado, las organizaciones sociales y la ciudadanía en general. Solamente el trabajo mancomunado asegurará que se logren cambios en favor de la igualdad y la equidad social en nuestro país.

## Bibliografía

Araujo, Francisco Garamendi; David Adrián Delgado Ruiz y Ma. Agustina Amaya Alemán. «Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 22 (2010): 26–31.

Astudillo Vallejo, Lucía. Diabetes mellitus tipo II y deterioro cognitivo leve en pacientes del grupo de jubilados del IESS de Riobamba en el período comprendido entre octubre y noviembre del 2011. 2012. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5316>.

Benavides-Caro, Cristina Alexandra. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Revista Mexicana de Anestesiología 40, n.º 2 (2017): 107–112.

Carrillo Moreno, Carolina y Francisco López Restrepo. Efectos de un entrenamiento cognitivo de la atención en el funcionamiento de la memoria de trabajo durante el envejecimiento. Acta Neurol Colomb 25, n.º 4 (2009).

Casanova Sotolongo, Pedro, Pedro Casanova Carrillo, y Carlos Casanova Carrillo. Deterioro cognitivo en la tercera edad. Revista cubana de medicina general integral 20, n.º 5-6 (2004): 0–0.

Catalá, María Teresa Climent; Ana María Villaplana Meliá; Daniel Dols Alonso; Rosa Martínez Dura; Marta Tortajada Velert y Lucrecia Moreno Royo. Deterioro cognitivo en mayores de 65 años. Estudio en farmacia comunitaria: prevalencia y estudio de factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. Estudio piloto. Farmacéuticos comunitarios 4, n.º 3 (2012): 96–100.

Chertkow, Howard; Fadi Massoud; Ziad Nasreddine; Sylvie Belleville; Yves Joannette; Christian Bocti; Valérie Drolet; John Kirk; Morris Freedman y Howard Bergman. Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia, 2014. <http://focus.psychiatryonline.org/doi/10.1176/foc.7.1.foc64>.

de León-Arcila, Rubén; F. Milián Suazo; N. Camacho Calderón; R. E. Arévalo Cedano y M. Escartín Chávez. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 47, n.º 3 (2009): 277–284.

Gauthier, Serge; Barry Reisberg; Michael Zaudig; Ronald C. Petersen; Karen Ritchie; Karl Broich; Sylvie Belleville et al. Mild cognitive impairment. The Lancet 367, n.º 9518 (2006): 1262–1270.

Gómez Viera, Nelson, Beatriz María Bonnin Rodríguez, Marisel T. Gómez de Molina Iglesias, Belkis Yáñez Fernández, y Arnaldo González Zaldívar. «Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo». Revista Cubana de Medicina 42, n.º 1 (2003): 12–17.



Guapisaca Siguenza, Deysi Johanna; Johanna Daniela Guerrero Guevara y Pablo Andrés Idrovo Toledo. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. 2014», 2014. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20233>.

Guapisaca Siguenza, Deysi Johanna; Johanna Daniela Guerrero Guevara y Pablo Andrés Idrovo Toledo. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. 2014, 2014. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20233>.

Henao-Arboleda, E.; D. C. Aguirre-Acevedo; C. Muñoz, Daniel A. Pineda y F. Lopera. Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista de neurología* 46, n.º 12 (2008): 709–713.

Mías, C. D.; M. Sassi; M. E. Masih; A. Querejeta y R. Krawchik. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol* 44, n.º 12 (2007): 733–8.

Millán-Calenti; José C.; Javier Tubío; Salvador Pita-Fernández; Isabel González-Abraldes; Trinidad Lorenzo y Ana Maseda. Prevalence of cognitive impairment: effects of level of education, age, sex and associated factors. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 28, n.º 5 (2009): 440–445.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. «Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012-2013», 2013 de 2012. [www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/.../Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/.../Agendas_ADULTOS.pdf).

Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de Igualdad para Adultos mayores (2012-2013). Accedido 3 de octubre de 2018. [http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf).

Penny Montenegro Eduardo y Melgar Cuellar Felipe. Geriátría y Gerontología para el médico internista. Primera. Bolivia: La Hoguera, 2012. <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/GERIATRIA%20Y%20GERONTOLOGIA%20PARA%20EL%20MEDICO%20INTERNISTA.pdf>.

Pérez Martínez, Víctor T. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 21, n.º 1-2 (2005): 0–0.

Petersen, Ronald C.; Rosebud O. Roberts; David S. Knopman; Bradley F. Boeve; Yonas E. Geda; Robert J. Ivnik; Glenn E. Smith y Clifford R. Jack. «Mild cognitive impairment: ten years later». *Archives of neurology* 66, n.º 12 (2009): 1447–1455.

Robles, A.; T. Del Ser; J. Alom y J. Pena-Casanova. «Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer». *Neurología* 17, n.º 1 (2002): 17–32.

Rubio Olivares; Doris Yisell; Lilliam Rivera Martínez; Lourdes de la Caridad Borges Oquendo y Fausto Vladimir González Crespo. «Calidad de vida en el adulto mayor. VARONA, n.º 61 (2015). <http://revistas.ucpejv.edu.cu/index.php/rVar/article/view/267>.

Samaniego, Guillermo Fernando León. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo-Ecuador. Centro de Biotecnología 5, n.º 1 (2017).

Sánchez León, José Adrián; Diana Cecibel Vásquez Bermeo y Johanna Elizabeth Zúñiga Peralta. Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2013, 2014.

Segura Cardona, Alejandra; Jonathan Hernández Calle; Doris Cardona Arango; Ángela Segura Cardona; Diana Muñoz Rodríguez y Daniel Jaramillo Arroyave. Depresión en el adulto mayor: un estudio en tres ciudades de Colombia. Revista Científica Salud Uninorte 34, n.º 2 (2018).

Urrea, Holguer Romeo. El dominio de los hemisferios cerebrales. Ciencia Unemi 3, n.º 4 (2015): 8–15.

Valdés King, Mónica; José Alberto González Cáceres y Mansur Salisu Abdulkadir. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral 33, n.º 4 (2017): 1–15.

Valencia, Carolina; E. López-Alzate; V. Tirado; M. D. Zea-Herrera; F. Lopera; R. Rupprecht y W. D. Oswald. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. Rev neurol 46, n.º 8 (2008): 465–71.

Varela, Luis; Helver Chávez; Miguel Gálvez y Francisco Méndez. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev Soc Per Med Inter 17, n.º 2 (2004): 37–42.

Varela, Luis; Helver Chávez; Miguel Gálvez y Francisco Méndez. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Revista de la sociedad peruana de medicina interna 17, n.º 2 (2004): 37–42.

Vera, Stalin Tello. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes mayores de 65 años del Policlínico La Victoria EsSalud. Febrero Marzo 2010. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 5, n.º 3 (2012): 22–26.

**Para Citar este Artículo:**

León Samaniego, Guillermo; Tumbaco Salvadores, Reyna; León Tumbaco, Eleana y Romero Urréa, Holguer. Deterioro cognitivo en el adulto mayor: una mirada al futuro. Rev. Salud y Bien. Colec. Num. 3. Julio-Diciembre (2018), ISSN 0719-8736, pp. 07-20.

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Salud y Bienestar Colectivo**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Salud y Bienestar Colectivo**.