

Detection of cognitive impairment and risk factors in resident patients of the Geriatric Institute (Granadero Baigorria, Santa Fe), year 2023

DetECCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES RESIDENTES DEL INSTITUTO GERIÁTRICO MADRE TERESA (GRANADERO BAIGORRIA, SANTA FE), AÑO 2023

Octavio César Meynet¹, Mónica Taborda¹, César Alejandro Meynet¹

¹Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Carrera de Medicina, Sede Regional Rosario, Rosario, Argentina.

Submitted: 12-10-2022

Revised: 15-01-2023

Accepted: 19-04-2023

Published: 20-04-2023

How to Cite: Meynet OC, Taborda M, Meynet CA. Detection of cognitive impairment and risk factors in resident patients of the Instituto Geriátrico Madre Teresa (Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina), year 2023. Interamerican Journal of Health Sciences. 2023; 3:155. <https://doi.org/10.59471/ijhsc2023155>

ABSTRACT

Introduction: in recent decades, an unprecedented demographic shift has occurred, resulting in a profound transformation in the composition of the world's population. One of the most outstanding aspects is the remarkable increase in the geriatric population, driven by factors such as the increase in life expectancy. This also implies pathologies typical of advanced age, such as cognitive impairment.

Objective: to identify the frequency of cognitive impairment among the residents of the "Mother Teresa" Geriatric Institute and to analyze the existence of an association between the demographic and clinical characteristics of each patient.

Method: through a cognitive evaluation carried out on resident patients using the "Mini Mental Folstein" test, the detection of cognitive impairment was approached. This was complemented by an exhaustive review of the patients' clinical histories, analyzing demographic and clinical variables.

Results: out of 30 patients analyzed, 20 of them presented cognitive impairment. Among the risk factors, only depression proved to be more associated with cognitive impairment.

Conclusions: it was possible to identify that there was a high frequency of resident patients who presented cognitive impairment. Also, most of these patients were diagnosed with Alzheimer's disease. Among the clinical characteristics of the patients who presented cognitive impairment, a large percentage presented associated depression.

However, it is important to keep in mind that these results are based on a limited study with a small number of patients. Further research and large-scale studies are needed to confirm and extend these findings. Even so, the research carried out collaborates and enriches local knowledge of the subject, which currently presents a deficit of information and relevance in our environment.

KEYWORDS

Cognitive Impairment, Cognitive Assessment, Geriatric Population, Demographic and Clinical Variables.

RESUMEN

Introducción: en las últimas décadas, se ha producido un cambio demográfico sin precedentes que ha dado lugar a una transformación profunda en la composición de la población mundial. Uno de los aspectos más destacados

es el notable aumento de la población geriátrica, impulsado por factores como el aumento de la esperanza de vida. Esto también implica, patologías propias de la edad avanzada como es el deterioro cognitivo.

Objetivo: identificar la frecuencia de deterioro cognitivo entre los residentes del Instituto Geriátrico “Madre Teresa” y analizar la existencia de una asociación entre las características demográficas y clínicas de cada paciente.

Método: a través de una evaluación cognitiva que se llevó a cabo en los pacientes residentes utilizando el test “Mini Mental de Folstein” se abordó la detección de deterioro cognitivo. Complementado a su vez, con una exhaustiva revisión de las historias clínicas de los pacientes analizando variables demográficas y clínicas.

Resultados: De 30 pacientes analizados, 20 de ellos presentaron deterioro cognitivo. Dentro de los factores de riesgo, solo la depresión demostró estar más asociada al deterioro cognitivo.

Conclusiones: se pudo identificar que hubo una alta frecuencia de pacientes residentes que presentaron deterioro cognitivo. Como también, la mayoría de estos pacientes fueron diagnosticados de Alzheimer. Dentro de las características clínicas de los pacientes que presentaron deterioro cognitivo, gran porcentaje presentó depresión asociada.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos resultados obtenidos se basan en un estudio limitado con un número reducido de pacientes. Es necesario realizar investigaciones adicionales y estudios a gran escala para confirmar y ampliar estos hallazgos. Aun así, la investigación realizada colabora y enriquece conocimientos locales del tema que, al día de hoy, presenta un déficit de información y de relevancia en nuestro medio.

PALABRAS CLAVE

Deterioro Cognitivo, Evaluación Cognitiva, Población Geriátrica, Variables Demográficas y Clínicas.

INTRODUCCIÓN

El veloz incremento del número de adultos mayores en Argentina y en el mundo no registra precedentes, proceso denominado envejecimiento poblacional. De acuerdo con el censo nacional realizado en el año 2010, Argentina cuenta con 40 117 096 de habitantes. De ese total, 5 725 838, es decir el 14,3 %, tienen más de 60 años, siendo ese porcentaje aún mayor en la provincia de Santa Fe, donde los adultos mayores representan el 16,1 % de la población. Se prevé que el envejecimiento poblacional continúe su marcha ascendente durante las próximas décadas. Para el año 2025 los mayores de 60 años en Argentina representarán el 17,3 % de la estructura etaria total, mientras que en el 2050 se elevará a 25,3 %. No podemos perder de vista que el envejecimiento poblacional favorece la incidencia de patologías crónicas no transmisibles asociadas a la edad, entre ellas, el deterioro cognitivo, y en particular la demencia por enfermedad de Alzheimer. Los casos de demencia continuarán en ascenso durante los próximos años (Audisio et al., 2019).

El término demencia se refiere a un síndrome clínico adquirido caracterizado por un déficit cognitivo múltiple que implica un deterioro significativo de la memoria y de otras funciones cognitivas en relación con el nivel de funcionamiento previo del individuo, afectando las actividades de la vida diaria del individuo. En las fases iniciales destaca el deterioro de la memoria a corto y a largo plazo, asociado a la aparición progresiva de un deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de razonamiento y posteriormente de otras funciones corticales superiores como afasia, apraxia y agnosia, así como también a importantes cambios de la personalidad. Patrón que variará de acuerdo con la enfermedad que sustenta el síndrome, ya sea enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular (DV), demencia frontotemporal (DFT), demencia por Cuerpos de Lewy (LBD), etc. La EA es la demencia más frecuente en todos los grupos etarios, dando cuenta del 80 % en mayores de 65 años, seguido de la DV, DFT y LBD. Siendo importante mencionar que son frecuentes los casos mixtos (Iribarne et al., 2020).

Los trastornos cognitivos en la actualidad representan un problema sociosanitario. Se estima que una de cada tres personas enfrentará esta enfermedad en algún ser querido durante los próximos años, además de ser un problema que no solo involucra al enfermo, sino que repercute contundentemente en la dinámica familiar y social a la que pertenece el paciente. La EA es una enfermedad emergente con gran impacto económico para los sistemas de salud (Ponce Bernal et al., 2021). Como también, el cuidar de una persona en situación de dependencia, repercute en un acontecimiento familiar de vital importancia que puede generar sobrecarga emocional. La familia se ve implicada en un proceso de ajuste para lograr un nuevo equilibrio a medida que las necesidades de la persona con esta enfermedad cambian. De este modo, es probable que diferentes miembros de la familia asuman de diversa manera la pérdida parcial de su familiar y tengan distintos grados de éxito en la aceptación y adaptación de la nueva situación (Calabuig et al., 2021).

Debido a la necesidad urgente por mejorar el conocimiento de los médicos generales y familiares acerca de los trastornos que cursan con disminución en las funciones cognitivas, el presente trabajo aborda la detección de

deterioro cognitivo, tipo de patología cognitiva en estos pacientes, factores de riesgo asociados, motivo que los lleva a la internación y su relevancia en pacientes que residen en el Instituto Geriátrico Madre Teresa (Granadero Baigorria, Santa Fe).

Se parte del supuesto de que existe una asociación significativa entre el deterioro cognitivo y factores demográficos y clínicos, como la edad avanzada, la presencia de enfermedades crónicas, nivel educativo bajo, entre otros; en los pacientes residentes del Instituto Geriátrico Madre Teresa en Granadero Baigorria, Santa Fe, durante el año 2023. En base a lo cual se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo en el Instituto Geriátrico “Madre Teresa” y su relación con las características demográficas y clínicas de la población abordada?

Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención

El primer objetivo en el abordaje de un paciente con demencia es identificar la existencia de ese trastorno. Para este propósito se debe saber que existe cierto grado de deterioro cognitivo propio de la edad que no es causado por un proceso fisiopatológico y que tiene su sustento en la degeneración normal que ocurre con el envejecimiento. En personas de edad avanzada existe pérdida de la densidad sináptica que se traduce en disminución del volumen encefálico en regiones específicas, como el hipocampo, la corteza prefrontal y el núcleo dentado. Por tanto, es necesario diferenciar el grado de deterioro cognitivo que es clínicamente significativo para la edad del paciente y que no puede ser explicado por la degeneración normal del sistema nervioso. En general, el patrón cognitivo del envejecimiento es heterogéneo porque solo algunos individuos muestran deterioro leve en la resolución de problemas, razonamiento, memoria de trabajo y aprendizaje, conservando la memoria a largo plazo, la capacidad de reconocimiento y el vocabulario. El deterioro cognitivo leve se refiere a un grado menor de disminución en las capacidades mentales que no lleva a la pérdida de la independencia funcional, pero que es mayor a lo esperado para la edad del sujeto afectado. Se considera una afección intermedia en el continuo que lleva de un estado cognitivo normal a la demencia. Su importancia radica en que constituye el estadio en el que algunos pacientes podrían beneficiarse de terapias dirigidas a detener la progresión del trastorno subyacente. Sin embargo, debido a que generalmente ocurre a una edad menos avanzada y sus manifestaciones clínicas son difíciles de detectar, su abordaje clínico aún sigue siendo deficiente inclusive en el consultorio del especialista (Choreño-Parra et al., 2020). Cuando se refiere al deterioro cognitivo (DC), se lo conoce como una etapa intermedia entre la disminución fisiológica de las capacidades cognitivas asociadas al envejecimiento y su deterioro más grave, característico de la demencia. Sus manifestaciones se presentan en un grado superior al propio de la edad o del nivel cultural del individuo, pero carecen de la gravedad suficiente como para ser consideradas demencia al no afectar significativamente a las actividades de la vida diaria ni resultar socialmente incapacitantes. Por este motivo el DC marca la línea que permite diferenciar entre el envejecimiento saludable y la aparición de enfermedades neurodegenerativas. Aunque la separación entre ambas situaciones suele ser difusa y el DC no siempre progresa a estados de demencia, el riesgo de evolución es alto, y su diagnóstico temprano por medio de cribados podría suponer evidentes beneficios para disminuir su progresión (Martínez et al., 2023).

En vista de que la demencia es un trastorno de la cognición que interfiere en el funcionamiento de la vida diaria y produce una pérdida de la independencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la demencia “Como una prioridad de salud pública”, por lo que propone, aunar esfuerzos tanto del sector público y privado en pro de la mejora de la atención y el apoyo que se presta a personas con demencia y a sus cuidadores. Ya que su alta prevalencia, donde se incrementa con la edad avanzada, y resulta poco habitual antes de los 50 años, y se estima que unos 47,5 millones de personas padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos (Terrado Quevedo et al., 2018) aun reconociendo que no todos los casos están diagnosticados, empieza a ser tema de preocupación para los formuladores de las políticas de salud pública no solo de países europeos, que están dentro de los primeros que enfrentaron el fenómeno de envejecimiento poblacional, sino que ya se extiende a otros países americanos, asiáticos y africanos, ya que empieza a evidenciarse, en estos, los cambios demográficos relacionados con el de envejecimiento poblacional y el aumento en las cifras de diagnóstico de demencia (MejíaPérez et al., 2017).

Por consiguiente, es importante concientizar y enfatizar sobre intervenciones no farmacológicas recomendadas para el tratamiento en demencia que se consideran de primera línea y tienen evidencia fuerte a su favor. Hay factores internos y externos que producen o exacerban los síntomas, y estas estrategias están encaminadas a modificarlos. El blanco de este tipo de intervenciones puede ser el paciente, el cuidador o el ambiente; las metas son prevenir los síntomas, aliviarlos y disminuir el estrés del cuidador. Existen modelos que buscan explicar el porqué de las conductas disruptivas, y todos concuerdan en que se relacionan con la dificultad del paciente para adaptarse al ambiente, al estrés y comunicarse, y con la incapacidad del cuidador de satisfacer sus necesidades. Se identifican disparadores de los síntomas conductuales como fatiga, cambios en la rutina, niveles de estimulación inapropiados, exigencias excesivas, percepción de pérdida y delirium; la identificación y el tratamiento de estos y otros disparadores puede mejorar el deterioro cognitivo. Hay intervenciones cuyo blanco es el paciente; algunas

son: terapias de reminiscencia, de validación y de presencia simulada, entrenamiento y rehabilitación cognitiva, acupuntura, terapia de luz y musicoterapia. Las intervenciones en el cuidador pueden orientarse hacia varios objetivos: identificar factores precipitantes y tratar de modificarlos; mejorar la comunicación; acoplar la actividad del paciente con su capacidad y con las exigencias ambientales; el uso de programas de psicoeducación, seguridad en casa, resolución de problemas, reducción de estrés, promoción de la salud en conjunto con grupos. Se considera importante intervenir en el entorno para disminuir los síntomas. La conducta del paciente puede alterarse por factores ambientales como sobrestimulación, subestimulación, falta de actividad, estructura y rutinas. Se pone énfasis en el incremento de actividad, la simplificación de actividades, la reducción del ruido, el número de personas y el desorden, la corrección de alteraciones sensoriales, el enfoque de actividades, la actividad constante pero secuencial y la actividad física. Uno de los trabajos más recientes dio como resultado el método DICE (describir, investigar, crear y evaluar), que se desarrolló a partir de la reunión de un grupo de expertos. Está diseñado para que diferentes profesionales puedan usarlo en distintos escenarios, con la idea de lograr coordinación en un abordaje integral que permita establecer medidas farmacológicas y no farmacológicas que luego se puedan evaluar (Ahunca Velásquez, 2017).

Causas

Dentro de los trastornos neurocognitivos primarios encontramos a la EA la demencia más común en todo el mundo, seguida en orden decreciente por la DV, la DFT y la LBD. Este mismo patrón se observa incluso en individuos con demencia de inicio temprano. No obstante, a medida que disminuye la edad de manifestación del déficit, otros trastornos genéticos, metabólicos y autoinmunitarios son más frecuentes. Algunos estudios han observado que antes de los 30 años los trastornos metabólicos (muchos de ellos de origen genético) son la causa más importante de demencia, mientras que las enfermedades autoinmunitarias representan la causa principal a la edad de 30 a 45 años. Sin embargo, un amplio espectro de trastornos neurológicos y no neurológicos puede cursar con demencia, y deben considerarse en el diagnóstico diferencial de los trastornos neurodegenerativos primarios. Dentro de éstos encontramos trastornos neurocognitivos secundarios como cuadros de hipovitaminosis, patologías endocrinas, insuficiencia de otros órganos, infecciones crónicas, traumatismo craneoencefálico y lesiones cerebrales difusas, neoplasias, cuadros toxicológicos y/o psiquiátricos, uso de medicamentos y otras causas generales que puedan llevar a la demencia (Choreño-Parra et al., 2020).

Signos de alarma para determinar severidad de demencia

Son aquellos signos o síntomas que refiere el paciente o personas cercanas, que indican en mayor o menor medida, en que grado de demencia se encuentra el paciente. Y obliga al médico a continuar con su control para diagnóstico (Herrera, 2018).

- Olvidos patológicos: dificultad en recordar eventos recientes, se olvida la situación completa, aparecen reiteraciones y el entorno está mucho más preocupado que el propio paciente.
- Desorientación: la presencia de un episodio de desorientación tanto temporal como espacial no es normal en ninguna edad de la vida y siempre debe ser estudiada. No es patognomónica de las demencias, sino una llamada de atención de que algo sucede y puede ser parte de un deterioro cognitivo, de un accidente cerebro vascular, de una epilepsia o de una depresión entre otras causas, pero siempre refleja que algo pasa.
- Cambios en resolución de situaciones habituales: Siempre debemos comparar el paciente con respecto a sí mismo y estar alerta a aquellas cosas que hacía y resolvía habitualmente, y que un día empieza a tener dificultades. Todo cambio es una llamada de atención para estudiar al paciente que nos consulta.
- Conductas inhabituales: Los cambios de conducta en la tercera edad, así como la sintomatología psiquiátrica en sujetos sin antecedentes de enfermedades psiquiátricas, deben ponernos en alerta de estas patologías. La EA puede comenzar con una depresión, la DV con apatía o ideaciones paranoides, la DFT con desinhibición y apatía, y la LBD con alucinaciones visuales e ideaciones paranoides (síntomas psicóticos). Los trastornos conductuales como los olvidos pueden ser también el primer paso de una demencia.
- Queja de un familiar o del entorno: En la consulta clínica, cuando el paciente se queja de olvidos él mismo, puede o no estar teniendo un deterioro cognitivo. De hecho, quienes más se quejan no son quienes están más deteriorados, sino aquellos que tienen más rasgos ansiosos o depresivos. Sin embargo, si la queja viene del entorno estamos obligados a estudiar al paciente.
- Signos focales en el examen neurológico: Llamamos signos focales neurológicos a la presencia en el examen físico de una hemiparesia, o una hiperreflexia o un parkinsonismo, etc. Cualquiera de ellos en un examen es suficientes para estudiar al paciente.
- Alteraciones en un test cognitivo mínimo: En toda consulta general se ausculta el corazón o los pulmones y también se debe hacer un test cognitivo mínimo como el Mini Mental State Examination de Folstein (Herrera, 2018).

Factores de riesgos

El gran porcentaje de demencia y la tendencia a su incremento, ha llevado al personal de la salud a determinar factores de riesgo para orientar la intervención y el control desde el enfoque “de los factores modificables”. Conocer el papel de estos factores en la aparición de las demencias a lo largo de la vida y durante la vejez, parece ser el enfoque más prometedor en la prevención y control de las demencias. Los factores de riesgo para desarrollar demencia se agrupan en genéticos y ambientales, en los primeros se encuentran la edad y el polimorfismo Apolipoproteína E4, las portadoras del alelo 4, son poco modificables. Los ambientales agrupan diferentes enfermedades entre las que se halla la diabetes, la enfermedad cardiovascular y sus padecimientos asociados como la hiperinsulinemia, aterosclerosis, trastornos lipídicos, la hipertensión arterial, la obesidad, el sedentarismo, la inactividad mental, el tabaquismo, la depresión y/o los accidentes cerebrovasculares. La disparidad socioeconómica, que incluye numerosos factores como baja nutrición, escasas oportunidades educativas y laborales; dificultad para acceder a los servicios de salud y disminución de la calidad de vida son indicadores que pueden causar una pobre reserva cognitiva, la que a su vez puede ser un riesgo importante para las demencias, porque la mayor reserva cognitiva se asocia a mayor resistencia al deterioro cognoscitivo relacionado con la edad y puede ser un factor protector. Además, un bajo nivel socioeconómico por lo general, tienen un menor acceso a la atención médica y al diagnóstico temprano de numerosas comorbilidades, en particular de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus; también está asociado con una baja nutrición y se encontraron mayor volumen cerebral en las personas con alto nivel educativo. Además, la prevalencia de demencia en analfabetas es el doble que en personas alfabetizadas. La educación, la complejidad de la ocupación y la realización de las actividades de ocio, se consideran factores protectores para la demencia (Santacruz Ortega et al., 2022).

La reducción y control de los factores de riesgo modificables con una perspectiva del curso de vida y un enfoque multifactorial pueden prevenir o demorar el comienzo de la demencia. Un efecto combinado de cambios en los estilos de vida, incremento en los niveles de educación, mejor control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, mejoría de la audición, control de la obesidad, diagnóstico temprano y tratamiento de la depresión, mayor contacto y soporte social, prevención del trauma craneal y reducción de la contaminación ambiental, tendría un impacto futuro en la salud cognitiva de las personas mayores. Por lo que se puede plantear que la existencia de factores de riesgo potencialmente modificables significa que la prevención de la demencia es posible mediante una estrategia de salud pública, con intervenciones claves que retrasen o desaceleren el comienzo del deterioro cognitivo y la demencia (de Jesús Llibre-Rodríguez et al., 2022).

Criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo

El aumento de la incidencia de deterioro cognitivo y demencia exige contar con pruebas breves, confiables y de bajo costo destinadas a la detección temprana de las alteraciones cognitivas (tests de screening). Identificar en forma prematura el deterioro cognitivo favorece la aplicación inmediata de terapéuticas (tanto farmacológicas como no farmacológicas) que ayudan a ralentizar el deterioro y a organizar la red de contención social con motivo de mejorar la calidad de vida del sujeto afectado. Entre las pruebas disponibles, el Mini Mental State Examination (MMSE) constituye una herramienta clásica y ampliamente administrada en atención primaria de la salud, debido a su utilidad en el rastreo inicial de las alteraciones cognitivas; compuesta por un conjunto de tareas sencillas que evalúan varios dominios cognitivos: orientación (en tiempo y lugar), memoria a corto y largo plazo, atención, lenguaje (comprensión verbal y escrita, expresión verbal -repetición y articulación- y expresión escrita), praxias (por comando escrito y verbal) y habilidad visuoespacial. Un análisis factorial hecho en Argentina, encontró que la prueba se corresponde con la valoración de cinco componentes diferenciales: lenguaje y praxias, orientación temporal, orientación espacial/memoria reciente, orientación general y lenguaje denominativo. Por otro lado, su confiabilidad test-retest se ha catalogado como alta. Cabe agregar que el medio cultural, la edad y la escolaridad, y en menor medida el género, son variables que pueden influir en la ejecución de la prueba. Por lo cual todas estas variables deben ser consideradas al momento de interpretar la información que brinda la prueba (Audisio et al., 2019).

Historia clínica

Debe realizarse un interrogatorio completo de los antecedentes del paciente desde su primera visita al consultorio, ya sea mediante entrevista directa o a través de un familiar confiable. Se debe comenzar a interrogar preguntando la edad del paciente, sexo, lugar de residencia, ocupación y su estado socioeconómico, ya que un bajo nivel socioeconómico muchas veces se asocia a un déficit nutricional y el acceso a la educación. Conocer los antecedentes heredo familiares, enfermedades y/o cirugías previas, como también si ha tenido traumatismos craneales. Preguntar si toma alguna medicación, datos de antecedentes transfusionales y toxicomanías (Choreño-Parra et al., 2020).

Examen físico y exploración neurológica

El examen físico general debe ser ordenado, evaluando cada uno de los órganos y sistemas, con el objetivo de documentar datos relevantes que puedan sugerir algún trastorno reversible o sistémico como causa del deterioro de la función cognitiva. La exploración debe incluir la evaluación extensa de la piel en busca de estigmas de vasculitis, enfermedades del tejido conectivo, infecciones crónicas como la sífilis, e incluso melanoma como causa de metástasis cerebrales. La palidez, así como la queilosis, queilitis y glositis son datos de deficiencia de vitaminas. El examen del fondo de ojo puede revelar datos de retinopatía hipertensiva o diabética, que junto con otros factores de riesgo cardiovascular pueden orientar el diagnóstico hacia demencia vascular. Asimismo, el papiledema debe levantar la sospecha de tumores o masas intracraneales. La catarata es importante en pacientes jóvenes porque se observa de forma frecuente en diversos trastornos mitocondriales. La evaluación del sistema cardiovascular debe incluir la medición de la presión arterial en sujetos con sospecha de hipertensión y probable DV. El examen cardíaco puede revelar arritmias, soplos o datos sugerentes de enfermedad valvular que pueden relacionarse con embolismo cerebral. La exploración del abdomen puede poner en evidencia esplenomegalia en algunos trastornos infecciosos y metabólicos, como la enfermedad de Niemann-Pick tipo C, una causa rara de demencia en sujetos jóvenes. Por último, la fiebre persistente en el contexto de demencia de evolución aguda apoya el diagnóstico de una infección del sistema nervioso central o de una enfermedad inflamatoria crónica, así como cáncer. El examen neurológico debe ser completo, evaluando la integridad de los nervios craneales, la función sensitiva y motora de las extremidades, la marcha y la función cerebelosa. El daño de los nervios craneales, aunado a datos focales sensitivos o motores de las extremidades, sugiere una causa no neurodegenerativa y descarta la probabilidad de EA, DFT, LBD o enfermedad por priones. Los signos piramidales pueden sugerir DV, DFT con enfermedad de motoneurona u otras causas secundarias de demencia, como la esclerosis lateral amiotrófica, neoplasia cerebral, esclerosis múltiple, entre otras. La ataxia es frecuente en la enfermedad por priones, ataxia espinocerebelosa, enfermedades metabólicas hereditarias y en ocasiones puede ser un signo paraneoplásico. La distonía es clásica de la enfermedad de Huntington, aunque también puede observarse en la degeneración corticobasal, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y enfermedad de Wilson. La rigidez puede sugerir LBD, enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Huntington, degeneración corticobasal y demencia pugilística, aunque también es un dato de EA avanzada. Si hay hallazgos compatibles con neuropatía periférica en un paciente con alteraciones cognitivas puede pensarse en alcoholismo crónico, deficiencia de vitaminas, porfiria, trastornos mitocondriales o infección por VIH. Las mioclonías son sumamente indicativas de enfermedad por priones, aunque también pueden observarse en EA y LBD. La disautonomía ocurre igualmente en algunas formas de enfermedad por priones y en la LBD. Por último, la parálisis de la mirada es sugerente de parálisis supranuclear progresiva, trastornos mitocondriales, enfermedad de Niemann-Pick tipo C y síndromes paraneoplásicos (Choreño-Parra et al., 2020).

Exámenes complementarios

Una vez que se ha determinado que el paciente tiene un probable deterioro cognitivo y que sus olvidos no forman parte de la normalidad, se debe continuar con la etapa de diagnóstico etiológico a través de los exámenes complementarios (evaluación cognitiva, laboratorio y neuroimágenes).

- Evaluación Cognitiva: es uno de los instrumentos primarios en el examen de un síndrome demencial, donde se evalúa el aprendizaje de una lista de palabras, el recuerdo y reconocimiento verbal y visual, la asociación de palabras, la fluidez verbal semántica y fonológica, la atención, la orientación, las praxias y el lenguaje. Las aplicaciones de la evaluación cognitiva o neuropsicológica en las demencias son la detección precoz, el diagnóstico diferencial, la valoración de la severidad (estadificación) y la progresión.
- Laboratorio: los exámenes de laboratorio son de importancia crucial para el diagnóstico etiológico de una demencia. A los pacientes se les debe realizar una rutina de sangre completa que incluya hemograma, eritrosedimentación, urea, glucemia, ionograma, hepatograma, estudio tiroideo (TSH, T3, T4), dosaje de vitamina B12 y de ácido fólico, VDRL y serología para sífilis y para VIH. Estos estudios ayudan a identificar la presencia de enfermedades sistémicas o metabólicas que pueden ser causa de demencia (1 a 2 % de los casos).
- Neuroimágenes (TAC y/o RNM de cerebro): tradicionalmente, el rol de las neuroimágenes estructurales en la demencia fue excluir las causas que puedan ser reversibles, como tumores cerebrales, hidrocefalia y hematoma subdural. La tomografía computada (TAC) de cerebro es uno de los elementos principales en el diagnóstico de las demencias. En la actualidad, no es admisible que a estos pacientes no se les realice este estudio, independientemente de su edad. La resonancia magnética (RMN) es una herramienta accesoria en la evaluación de un paciente con probable demencia. Diversos estudios evidenciaron que la atrofia temporal medial y la atrofia hipocámpica son marcadores sensibles para la enfermedad de Alzheimer, y la RNM discrimina mejor que la TAC las lesiones vasculares, pero su uso no está siempre disponible en la práctica clínica del médico general (Herrera, 2018).

Nuevas técnicas en el diagnóstico precoz de las demencias

Los avances en el estudio de la demencia nos permiten hoy en día contar con nuevas técnicas diagnósticas, que permiten realizar un diagnóstico en fases más tempranas, determinar la probabilidad de progresión y mejorar la especificidad en el diagnóstico diferencial. Dentro de los estudios más avanzados actualmente se cuenta con:

- Estudio genético.
- Biomarcadores moleculares en líquido cefalorraquídeo.
- Estudios de neuroimágenes (volumetría de hipocampo, RNM funcional, técnicas de NeuroSpect, PET de fluorodeoxiglucosa (F18-FDG), PET de amiloide).

Los estudios genéticos se pueden realizar en un seleccionado grupo de pacientes, de presentación precoz o que tienen prominentes antecedentes familiares. Los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR), miden la proporción de beta-amiloide y proteína Tau en el LCR. En el LCR de los pacientes con Alzheimer se ha observado una reducción de los niveles de beta-amiloide y una elevación de los niveles de proteína tau fosforilada. La determinación conjunta (en panel) de estas moléculas en LCR distingue Alzheimer frente a controles sanos con valores de sensibilidad y especificidad superiores al 90 %, si bien frente a otros procesos neurodegenerativos estos parámetros son más débiles. Aún más, las concentraciones de proteína Tau total, proteína Tau fosforilada y beta-amiloide parecen estar ya alteradas en los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) que posteriormente evolucionarán a EA, por lo que se trata de una herramienta diagnóstica para poder identificar los sujetos con DCL con mayor riesgo de evolución a EA. Respecto al rol de las neuroimágenes, estas ayudan a valorar el daño estructural que puede dar cuenta del deterioro cognitivo del paciente, es decir, la valoración de la atrofia, del daño vascular, etc., que orientan hacia causas degenerativas, vasculares o mixtas. La volumetría de hipocampos ha demostrado tener un valor en la diferenciación de las distintas etiologías, así en un estudio realizado en un grupo de pacientes, se demostró una reducción del volumen hipocámpal de un 42 % en pacientes con EA, de un 21 % en demencia vascular, del 15 % en pacientes con deterioro cognitivo leve y comparable al grupo control en pacientes con pseudodemencia (Iribarne et al., 2020).

Acompañamiento en pacientes con deterioro cognitivo

Cuidar de un familiar dependiente genera cambios relevantes en los roles y las tareas, como la necesidad de asumir nuevas exigencias económicas y una reorganización en la vida familiar cotidiana. Cuando se diagnostica alguna patología cognitiva, las relaciones de la familia se ven modificadas. En la actualidad se ha demostrado que el acompañamiento familiar es un factor esencial en la evolución de esta patología, dado que el paciente cursa por diferentes etapas en las que debe asumir los cambios que trae esta condición; si las redes de apoyo del paciente no saben a lo que se enfrentan, puede aumentar la evolución de esta afectación neurológica. Para poder asumir y cumplir con la labor de ser un adecuado cuidador, se necesita que el profesional de enfermería brinde apoyo moral, asesore y ayude a suplir algunas necesidades, que proporcione información de los recursos que puedan facilitar el cuidado del paciente, ya que cuidar de un familiar con demencia es complejo. Varios estudios reportan que el tratamiento para las patologías cognitivas se basa en evitar que el paciente se aparte y desarrolle depresión, ira, agresividad, delirios y trastornos del sueño que logran agudizar la enfermedad. En las fases más avanzadas, el acompañamiento familiar prima para mantener la dimensión emocional en adecuadas condiciones y la racionalidad del afectado como una constante conexión de emociones y sentimientos. Uno de los grandes ejemplos es el amor, pues permite que el paciente reconozca estas emociones y las convierta en sensaciones positivas que traigan consigo recuerdos que logren recordar sensaciones y situaciones vividas.

En este sentido, la atención a pacientes con demencia requiere un trato multidisciplinar, en el cual deben estar tanto profesionales y familiares. Los cuidados están encaminados a realizar las actividades básicas de cuidado del paciente y prevención de problemas asociados a la movilidad, y están también encaminadas al cuidador (Castiblanco Montañez et al., 2021).

De este modo, es importante destacar que la promoción de la salud y la prevención de la demencia es una responsabilidad del individuo y de la sociedad en su conjunto. Prevenir es mejor que curar. Nunca es demasiado temprano ni demasiado tarde para la prevención de la demencia en el curso de la vida (de Jesús Llibre-Rodríguez et al., 2022).

Objetivos

General

- Identificar la frecuencia de deterioro cognitivo entre los residentes del Instituto Geriátrico “Madre Teresa”.

Específicos

- Analizar la existencia de una asociación entre las características demográficas (sexo, edad, escolaridad,

actividad previa a la internación) y el motivo de internación con el desarrollo de deterioro cognitivo en los pacientes bajo estudio.

- Describir los factores de riesgo asociados con la presencia de deterioro cognitivo.
- Identificar las patologías cognitivas en los pacientes que presentan deterioro cognitivo.

MÉTODO

Diseño

Fue de tipo cuantitativo, observacional, con un diseño descriptivo y analítico de corte transversal y retrospectivo. Se desarrolló en el transcurso de enero a julio del año 2023.

Ámbito

Se desarrolló en el Instituto Geriátrico “Madre Teresa”, ámbito privado dedicado a brindar servicios de atención a la tercera edad que se encuentra ubicado en la ciudad de Granadero Baigorria (provincia de Santa Fe, Argentina).

Población y selección de muestra

La población estudiada fue constituida por la totalidad de los pacientes que residen en el Instituto Geriátrico “Madre Teresa” (Granadero Baigorria, Santa Fe) en el año 2023.

Criterios de inclusión: pacientes sin distinción de edad ni sexo que residan en el Instituto Geriátrico “Madre Teresa” (Granadero Baigorria, Santa Fe) en el año 2023.

Criterios de exclusión: pacientes que hayan sido residentes del Instituto Geriátrico “Madre Teresa”, pero al momento de recabar los datos ya no se encontraban institucionalizados.

Muestreo y tamaño muestral

Muestreo no probabilístico por conveniencia. Los pacientes bajo estudio fueron incorporados de manera consecutiva.

Instrumentos o procedimientos

Se realizó un test cognitivo “Examen Mini Mental de Folstein” para determinar deterioro cognitivo. A su vez, se recopiló información referida a características demográficas y clínicas de los residentes del Instituto Geriátrico “Madre Teresa” con revisión de las historias clínicas.

Definiciones

Deterioro cognitivo: síndrome clínico caracterizado por la pérdida o deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

Test “Mini Mental de Folstein”: es la prueba de cribado más utilizada para evaluar la sospecha de síntomas compatibles de deterioro cognitivo o demencia. Es una prueba rápida y sencilla para profesionales que comprende una serie de preguntas y la realización de algunas acciones por parte de la persona evaluada.

Factores de riesgo: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Envejecimiento o senescencia: Es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Alzheimer: Enfermedad mental progresiva que se caracteriza por una degeneración de las células nerviosas del cerebro y una disminución de la masa cerebral, quienes la padecen presentan un deterioro progresivo cognitivo.

Forma más frecuente de demencia.

Variables

Cualitativas (nominal)

Sexo del paciente:

- Masculino
- Femenino

Actividad previa a la internación:

- Empleado/a
- Profesional independiente
- Amo/a de casa
- Otro

Escolaridad:

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

Deterioro cognitivo: en base al examen de Mini Mental de Folstein.

- Si
- No

Tipo de patología cognitiva:

- Alzheimer
- Demencia vascular
- Casos mixtos (Alzheimer + demencia vascular)
- Otro

Motivo de internación:

- Cambios de conducta o de ánimo
- Aislamiento social y/o abandono personal
- Dificultad en realización de actividades habituales (comer, bañarse, ordenar, etc)
- Depresión
- Por voluntad propia
- Decisión familiar
- Otra

Factores de riesgo:

- Antecedente familiar
- Obesidad y/o sedentarismo
- Factores vasculares (hipertensión arterial, dislipidemia, accidentes cerebro vasculares)
- Diabetes
- Tabaquismo
- Etilismo
- Traumatismo craneoencefálico
- Depresión

Cuantitativas (discretas)

- Edad del paciente: por grupo etario de acuerdo a la variación de edad obtenida.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron volcados en una planilla de Excel y su posterior análisis con el software estadístico R Studio.

Las variables cualitativas se expresaron mediante tablas de frecuencias y gráficos de torta o gráficos de barras. Para conocer la distribución de las variables cuantitativas se utilizaron histogramas. Se calculó la media como medida de tendencia central y el desvío estándar o IQR (rango intercuartílico) como medida de dispersión según corresponda.

La normalidad de las variables se evaluó utilizando la prueba de ShapiroWilk. Para estudiar si existe asociación entre las variables cualitativas y la presencia de deterioro cognitivo se utilizó la prueba Chi-Cuadrado de independencia y el Test Exacto de Fisher. Para evaluar si los promedios de una variable cuantitativa difieren significativamente según presencia de deterioro cognitivo, se utilizó la Prueba T-Student. Las pruebas de hipótesis se realizaron considerando un nivel de significación del 5 %.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó en base a la declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326) asegurando el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 30 pacientes. El 67 % son de sexo femenino y el 33 % de sexo masculino. La edad promedio de 82,5 años (9,21 años) para los pacientes de sexo femenino y de 72,2 años (7,76 años) para los

pacientes de sexo masculino.

En la figura 1, se evidenció que 20 pacientes presentaron deterioro cognitivo que corresponde al 67 %.

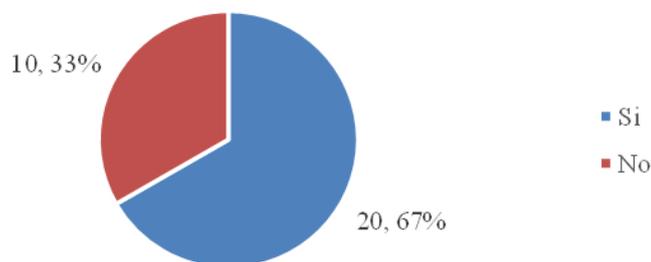


Figura 1. Distribución de los pacientes según presencia de deterioro cognitivo

En la tabla 1, se observa que la edad promedio de los pacientes con deterioro cognitivo es de 81,5 años (8,9 años), mientras que los pacientes que no presentan deterioro cognitivo tienen una edad promedio de 74,1 años (10,5 años). Respecto a la actividad previo a la internación, las más frecuentes fueron ama/o de casa (37,5%) y empleado/a (37,5%). Por último, se observa que el motivo de internación principal más frecuente fue “por decisión familiar” con un 54,2 % de pacientes, seguido de “por voluntad propia” con un 20,8 % de pacientes.

Tabla 1. Asociación entre las características generales de los pacientes y la presencia de deterioro cognitivo

		Missing	Overall	No	Si	P-Value
N			30	10	20	0
Sexo, n (%)	F	0	20 (66,7)	6 (60,0)	14 (70,0)	0,690
	M	0	10 (33,3)	4 (40,0)	6 (30,0)	0
Edad, mean (SD)		0	79,0 (9,9)	74,1 (10,5)	81,5 (8,9)	0,073
Escolaridad, n (%)	Primario Secundario	6	12 (50,0)	4 (40,0)	8 (57,1)	0,318
			7 (29,2)	2 (20,0)	5 (35,7)	0
	Terciario	0	4 (16,7)	3 (30,0)	1 (7,1)	0
	Universitario	0	1 (4,2)	1 (10,0)	0	0
Actividad previo internación, n (%)	Ama/o de casa	6	9 (37,5)	3 (30,0)	6 (42,9)	0,927
	Empleado	0	9 (37,5)	5 (50,0)	4 (28,6)	0
	Profesional independiente	0	3 (12,5)	1 (10,0)	2 (14,3)	0
	Otro	0	3 (12,5)	1 (10,0)	2 (14,3)	0
Motivo ppal de internación, n (%)	Decisión familiar	6	13 (54,2)	5 (50,0)	8 (57,1)	0,463
	Por voluntad propia	0	5 (20,8)	3 (30,0)	2 (14,3)	0
	Aislamiento social y/o abandono personal	0	1 (4,2)	0	1 (7,1)	0
	Cambios de conducta o de ánimo	0	1 (4,2)	0	1 (7,1)	0
	Depresión	0	1 (4,2)	0	1 (7,1)	0
	Dificultad en realización de actividades habituales	0	1 (4,2)	0	1 (7,1)	0
	Otra	0	2 (8,3)	2 (20,0)	0	0

En la tabla 2, se muestra la distribución de pacientes según tenencia de cada uno de estos factores de riesgo y presencia de deterioro cognitivo. Dicha tabla contiene, además, los resultados de las pruebas de hipótesis para determinar si los factores de riesgo bajo estudio mostraron asociación significativa con la presencia de deterioro cognitivo. Ninguno de los pacientes bajo estudio tiene antecedentes familiares de deterioro cognitivo, ni presentó obesidad o sedentarismo. Sólo un paciente presentó un antecedente de traumatismo craneoencefálico.

El 53,3 % del total de pacientes presenta depresión, y se observa que dicho porcentaje para el grupo de pacientes con deterioro cognitivo aumenta a 75 %. En base a la evidencia muestral, el factor de riesgo depresión muestra asociación estadísticamente significativa con la presencia de deterioro cognitivo.

Se observó también que el 13,3 % de los pacientes tienen diabetes, el 23,3 % antecedentes de tabaquismo y el 30 % etilismo.

Tabla 2. Asociación entre deterioro cognitivo y características clínicas

		Missing	Overall	No	Si	P-Value
N			30	10	20	
Antecedente familiar, n (%)	No	1	29 (100,0)	10 (100,0)	19 (100,0)	1
Obesidad y/o sedentarismo, n (%)	No	0	30 (100,0)	10 (100,0)	20 (100,0)	1
Factores vasculares, n (%)	No	0	12 (40,0)	4 (40,0)	8 (40,0)	1
	Si		18 (60,0)	6 (60,0)	12 (60,0)	
Diabetes, n (%)	No	0	26 (86,7)	8 (80,0)	18 (90,0)	0,584
	Si		4 (13,3)	2 (20,0)	2 (10,0)	
Tabaquismo, n (%)	No	0	23 (76,7)	9 (90,0)	14 (70,0)	0,372
	Si		7 (23,3)	1 (10,0)	6 (30,0)	
Etilismo, n (%)	No	0	21 (70,0)	8 (80,0)	13 (65,0)	0,675
	Si		9 (30,0)	2 (20,0)	7 (35,0)	
Traumatismo craneoencefálico (%)	No	0	29 (96,7)	10 (100,0)	19 (95,0)	1
	Si		1 (3,3)		1 (5,0)	
Depresión, n (%)	No	0	14 (46,7)	9 (90,0)	5 (25,0)	0,001
	Si		16 (53,3)	1 (10,0)	15 (75,0)	

La probabilidad de presentar deterioro cognitivo en el grupo que tiene depresión es 27 veces mayor que en el grupo que no la presenta.

Medidas Comparativas	Intervalos de Confianza al 95%	
	Valor	Superior
Razón de odds	27.0	269

Figura 2. Medidas comparativas entre depresión y deterioro cognitivo

La figura 3, muestra que 10 pacientes con deterioro cognitivo presentaban Alzheimer que corresponde al 56 % de los pacientes, el 11 % demencia vascular y el 33 % restante posee patologías mixtas.

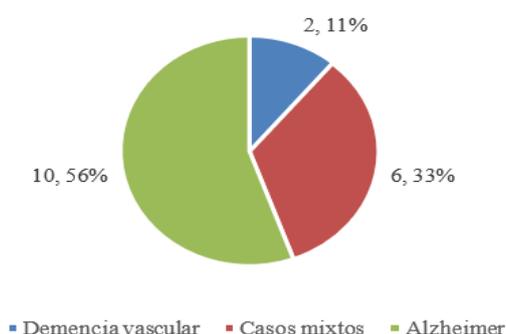


Figura 3. Distribución de pacientes con deterioro cognitivo según patologías cognitivas presentadas

DISCUSIÓN

En las últimas décadas ha ocurrido un aumento notorio en el incremento de personas mayores de 65 años. El envejecimiento de la población se relaciona con el desarrollo de condiciones de salud poco favorables como la aparición de síndromes geriátricos, entre ellos, uno de los más prevalentes es el deterioro cognitivo. Diversos estudios han reportado asociaciones entre deterioro cognitivo y diferentes factores de riesgo como la edad, escolaridad de la persona, sedentarismo, entre otros (Concha-Cisternas et al., 2022).

En este estudio se ha constatado que, entre los pacientes analizados, aquellos que manifestaron un deterioro cognitivo presentaron una edad promedio de 81,5 años, mientras que aquellos sin signos de deterioro cognitivo mostraron una edad promedio de 74,1 años. Aun así, los resultados obtenidos no demostraron diferencias estadísticamente significativas para que la edad avanzada predisponga al deterioro cognitivo. A diferencia, la investigación de otros autores (Terrado Quevedo et al., 2018) demostraron una asociación significativa entre el aumento de la edad y el incremento del riesgo de desarrollar demencia. Como también lo afirma (Arizaga et al., 2014) donde obtuvo resultados con una clara correlación entre la edad y el aumento de la prevalencia del deterioro cognitivo. Podemos destacar, en base a los hallazgos encontrados por distintos autores (Santacruz Ortega et al., 2022) y con los resultados obtenidos, la relación entre la depresión y la demencia. Dicha alteración está fuertemente asociada con la prevalencia de demencia; puesto que facilita malos hábitos de auto-cuidado/estilo de vida, tabaquismo, alcohol e inactividad física, presencia de comorbilidades como obesidad, hipertensión, diabetes, entre otras razones. Diferentes autores encontraron que la presión arterial elevada, la diabetes, las enfermedades vasculares y cardiovasculares participan en la degeneración de la salud neurológica (Santacruz Ortega et al., 2022). Con base en estas observaciones, el presente estudio revela que existe un considerable porcentaje de pacientes que presentaron los mencionados factores de riesgo. No obstante, dichos factores no muestran una asociación significativa con el deterioro cognitivo.

En relación al estudio realizado por (Hernández Ulloa et al., 2021) y los resultados obtenidos, el Alzheimer fue la demencia más frecuente, seguida de la demencia vascular. A su vez, se obtuvo que en las personas que no mantenían una vida social activa el riesgo de demencia se duplicaba. En este sentido, se ha estudiado que un estilo de vida socialmente integrado y activo, así como la práctica de actividades de ocio, podrían proteger contra el desarrollo de demencia. La práctica habitual de ejercicios físicos se asocia con el buen humor y un estado afectivo positivo, lo que contribuye a la mejoría de la función física y cognitiva, así como la reducción de la ansiedad y la depresión. En base al estudio en cuestión, gran porcentaje de los pacientes presentaron estos factores de riesgo. Hay que tener en cuenta, que cada paciente presenta variables individuales relacionadas con dichos factores de riesgo y características demográficas.

Se debe reconocer que la salud no se limita únicamente a aspectos médicos, sino que también incluye aspectos psicológicos, sociales y funcionales. No se trata solo de actuar sobre enfermedades y condiciones existentes, sino de adoptar un enfoque proactivo para la prevención y la promoción de la salud.

En definitiva, un enfoque integral de la salud en la población geriátrica implica una coordinación efectiva entre diferentes profesionales de la salud y proveedores de atención. Esto incluye médicos/as, enfermeros/as especialistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para brindar una atención completa y coordinada. Esta colaboración multidisciplinaria permite abordar de manera más efectiva las necesidades complejas y múltiples de los adultos mayores, garantizando una atención completa y de calidad.

Limitaciones

Es importante destacar que este estudio de investigación se llevó a cabo de manera unicéntrica, lo que significa que los datos y resultados obtenidos se restringen a la población específica bajo análisis. En consecuencia, es necesario reconocer que la generalización de estos hallazgos a otras poblaciones podría estar limitada.

Asimismo, hay que destacar que la recolección de datos se llevó a cabo a partir de fuentes secundarias, lo que implica que la disponibilidad y la calidad de los datos se encontraron condicionadas por los registros previos existentes y la heterogeneidad de los profesionales tratantes involucrados en el proceso de recopilación.

CONCLUSIONES

En primer lugar, se pudo identificar que hubo una alta frecuencia de pacientes residentes del Instituto Geriátrico que presentaron deterioro cognitivo. Como también, la mayoría de estos pacientes fueron diagnosticados de Alzheimer.

En segundo lugar, se identificaron factores de riesgo entre los residentes como diabetes, edad avanzada, factores vasculares. No obstante, no resultaron ser predisponentes para el desarrollo de deterioro cognitivo.

Dentro de las características clínicas de los pacientes que presentaron deterioro cognitivo, gran porcentaje presentó depresión asociada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arizaga R., Gogorza, R., Allegri, R. F., Baumann, P., Morales, M.C., Harris, P., Pallo, V., & Cegarr, M.M. (2014). Deterioro cognitivo y factores de riesgo en una población mayores de 60 en argentina. PRONADIAL (Programa Nacional de Datos, Docencia e Investigación en Alzheimer y otros Trastornos Cognitivos). Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
2. Audisio, J., Cabrera C., Cámara J., Carrá A., Cervigni, M., & Gómez P. (2019). Tests, escalas, cuestionarios e inventarios en Psiquiatría. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría.
3. Ahunca Velásquez, L. F. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: Síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. Revista Colombiana de Psiquiatría [edición electrónica], 46, 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.006>
4. Calabuig, K. J., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2021). Duelo anticipado en familiares de personas con enfermedad de Alzheimer: Análisis del discurso. 39(2), 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8436>
5. Castiblanco Montañez, R., Ángel Camelo, L. J., Díaz Gómez, J. C., Martínez García, L. F., Moreno Giraldo, P. D., & Salamanca Zamora, V. M. (2021). Influencia de las redes de apoyo social en la evolución de la enfermedad de Alzheimer. Salud UIS, 53(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21019>
6. Choreño-Parra, J., De la Rosa-Arredondo, T., & Guadarrama-Ortíz, P. (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. Medicina Interna de México, 36(6), 807 - 824. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3203>
7. Concha-Cisternas, Y., Castro-Piñero, J., Vásquez, J., Martorell, M., Cigarroa, I., Petermann-Rocha, F., Parra-Soto, S., Poblete, F., Matus-Castillo, C., GarridoMéndez, Á., Martínez-Sanguinetti, M. A., Nazar, G., María Leiva-Ordoñez, A., Troncoso-Pantoja, C., Diaz-Martínez, X., & Celis-Morales, C. (2022). Asociación entre velocidad de marcha y deterioro cognitivo en personas mayores: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Salud Uninorte, 38(3), 819-836. <https://doi.org/10.14482/sun.38.3.155.67>
8. de Jesús Llibre-Rodríguez, J., Gutiérrez Herrera, R., & Zayas Llerena, T. (2022). Prevención del deterioro cognitivo y las demencias: Un enfoque del curso de vida. Revista Cubana de Salud Pública, 48, 1-19.
9. Hernández Ulloa, E., Llibre Rodríguez, J. de J., Bosh Bayard, R., & Zayas Llerena, T. (2021). Prevalencia y factores de riesgo del síndrome demencial en personas mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral, 37(3), 1-17.
10. Herrera, R. (2018). El Alzheimer en Iberoamérica. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Medicina. www.editorialuniversitaria.uanl.mx
11. Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., & Ladrón de Guevara, D. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. Revista Médica Clínica Las Condes, 31(2), 150-162. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.001>
12. Martínez, L. A., García, C., & Moreno, L. (2023). Estudio de los factores de riesgo de deterioro cognitivo en el medio rural: Metodología y pilotaje desde la farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios, 15(2), 20-28. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2023\).14](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2023).14)
13. Mejía-Pérez, P. N., Arbeláez-Lelión, D., & Múnera, M. C. (2017). Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. CES Odontología, 30(1), 51-67. <https://doi.org/10.21615/cesodon.30.1.5>
14. Ponce Bernal, G. M., Solís Canal, R. J., Fong, G. M., Sojo Molina, J. D., & Ponce Bernal, C. J. (2021). Dependencia en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer en el Hospital Civil de Tepic, Nayarit, México. Revista Cubana de Salud Pública, 47(3), 1-23.
15. Santacruz Ortega, M. del P., Cobo Charry, M. F., Avendaño-Prieto, B. L., & Mejía Arango, S. (2022). Modelo

de predicción de la demencia en adultos mayores de 60 años. *Revista de Psicología (Lima)*, 40(2), 1021-1046.

16. Terrado Quevedo, S. P., Serrano Durán, C., Galano Guzmán, Z. G., Betancourt Pulsán, A., & de Castro Morgado, M. I. J. (2018). Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. 97(5), 1031-1042.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Octavio César Meynet, Mónica Taborda, César Alejandro Meynet.

Investigación: Octavio César Meynet, Mónica Taborda, César Alejandro Meynet.

Redacción –borrador inicial: Octavio César Meynet, Mónica Taborda, César Alejandro Meynet.

Redacción –revisión y edición: Octavio César Meynet, Mónica Taborda, César Alejandro Meynet.