

CAPÍTULO 3

FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

FACTORS ASSOCIATED WITH COGNITIVE DETERIORATION AND DEMENTIA

Autores:

Génesis Salomé Peñaloza Morán

Universidad Católica de Cuenca
salitopenaloza99@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2806-7998>
Azogues, Ecuador.

Génesis Dayana Morejón Flore

Universidad Católica de Cuenca
genedmorejon18@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8298-0003>
Azogues, Ecuador

Adrián Michael Lozado Munzón

Universidad Católica de Cuenca
amlmunzon@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4512-6569>
Azogues, Ecuador.

María José Vazquez Vivanco

Universidad Católica de Cuenca
mjvazquezv54@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-2374-1329>
Azogues, Ecuador.

Jorge Luis Quisiguiña Salem

Médico Cirujano graduado en la Universidad UTE
jorg.l.q@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-4237-6501>
Quito, Ecuador.

Correspondencia:

gspenalozam79@est.ucacue.edu.ec

DOI:

<https://doi.org/10.58995/lb.redlic.20.179>



1. INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo (DC) se refiere a la disfunción de habilidades ya sea en uno o varios aspectos del pensamiento, y se observa que es proporcional a la edad, es decir, a mayor edad mayor DC, a diferencia del nivel educativo, si este es nulo o mínimo la disfunción aumenta. El deterioro cognitivo no alcanza la demencia. No llega a afectar las actividades de la vida diaria ni las tareas complejas que se realizaban previamente, como, por ejemplo: pagar facturas o hacer compras, pero sí es posible que necesite más tiempo para realizarlas o las ejecute de forma menos eficiente (1).

La demencia hace referencia a una patología crónica o progresiva caracterizada por la presencia de deterioro o alteración en dos o más áreas del pensamiento (lenguaje, actividades motoras, alteración en el reconocimiento, funciones ejecutivas como la planificación, organización y abstracción). En realidad, la persona con este trastorno si puede ejecutar actividades básicas pero existe complicación en sus actividades habituales. Se considera a esta patología como la principal causa de dependencia y a su vez de discapacidad. Según el “Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales” (DSM-5) se clasifica como un trastorno neurocognitivo mayor (TNM). (1,2).

Existen un sinnúmero de factores de riesgo asociados a estas patologías, entre ellos tenemos: la edad que es el principal, representando el 85% de la influencia, asimismo, el género con un 22%. El nivel educativo es una variable crucial en esta investigación ya que representa el 60% de los casos. El entrenamiento físico corresponde al 35% de riesgo, a su vez los antecedentes personales como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) pueden de igual manera aumentar significativamente el riesgo de desarrollar un DC. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente hay veinte y cuatro millones de personas que sufren de algún tipo de DC, y de estos, 47.5% millones son diagnosticados con demencia. La OMS también

proyecta que en el 2030 la cifra de personas adultas mayores con demencia alcanzará los 75.6 millones y ya para el 2050 serán 135.5 (3).

En Ecuador, se estima que la prevalencia de demencia es del 65% en mujeres y del 35% en hombres. Estos porcentajes se observan principalmente en personas con edades aproximadas de 60-65 años, mientras que en el rango de 66-71 años representan alrededor del 20% de los casos. En este estudio la edad representa el 30 por ciento, sin embargo, existen otras variables que tuvieron gran impacto como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares (20%) y los problemas emocionales que se estima en un 18%. Aproximadamente el 10% de la población geriátrica presenta algún grado de deterioro cognitivo (4).

Los adultos mayores desempeñan un papel crucial en nuestra sociedad y merecen disfrutar de una vejez plena. Razón por la cual resulta de vital importancia proporcionarles apoyo y un sistema de salud de calidad. Con este objetivo en mente, surge la presente investigación cuya finalidad es ampliar nuestros conocimientos acerca de los factores de riesgo del DC y demencia (3).

2. METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica se basó en la metodología del estudio no experimental, diseño tanto descriptivo como analítico. Las fuentes de búsqueda fueron: buscadores científicos como Uptodate, Access medic, Sanford Guide, DynaMed, Scielo, PubMed, Scopus y Google Académico. El período de pesquisa fue desde el 2019 hasta el 2023. Además, se utilizaron descriptores claves como: DC, demencia, salud mental, cognición, neurocognitivo y la combinación entre las mismas. Para demarcar la búsqueda se utilizaron conectores booleanos como “AND, OR y NOT”. La métrica que se empleó fue Scimago Journal Rank, donde se filtraron las siguientes variables: citas, año, cuartil y país. Además, se utilizó el flujograma Prisma para la búsqueda y exclusión de artículos (Figura 1).

El gestor bibliográfico Zotero sirvió para la organización de la información. Esta se analizó mediante la relevancia del contenido para lo cual distinguió los documentos principales del total de los encontrados, lo cual le permitió realizar una tabla de los aspectos fundamentales del tema propuesto.

Criterios de inclusión:

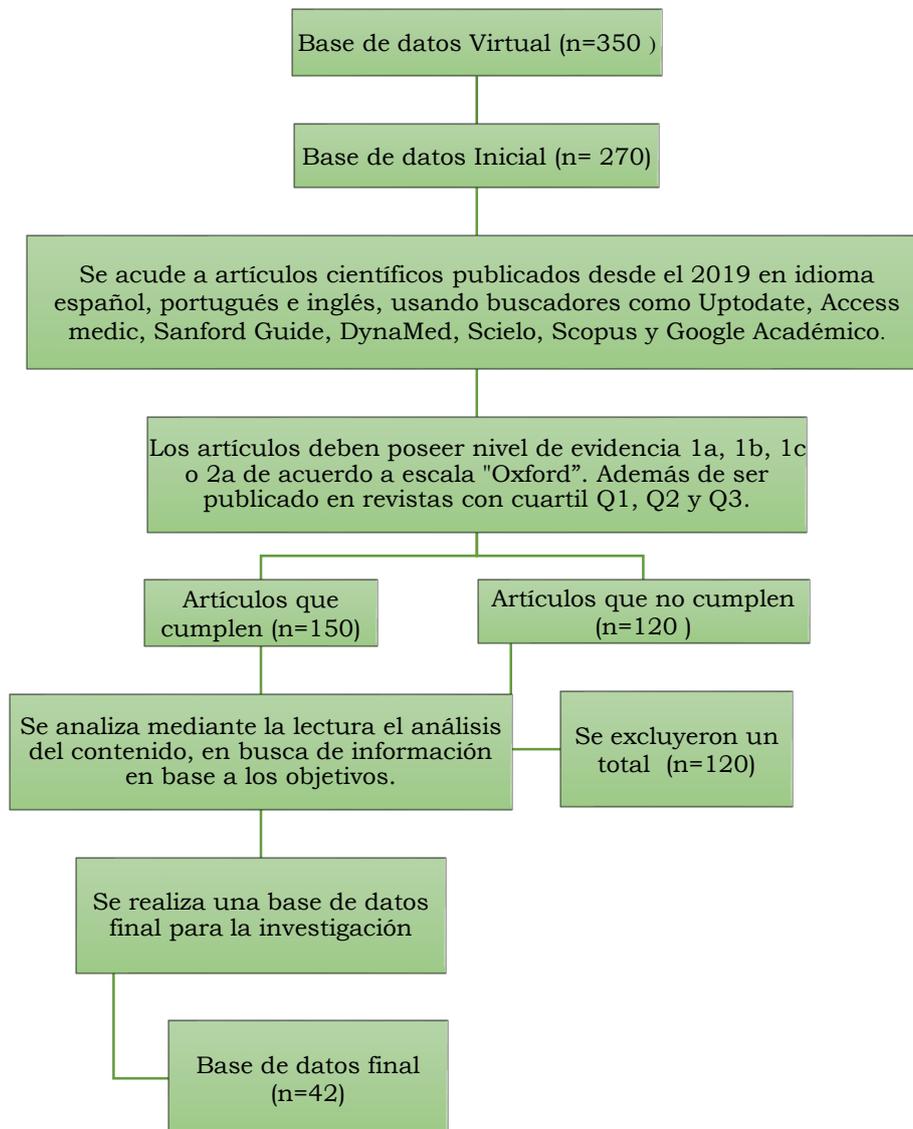
La base científica se revisó en estudios publicados desde el año 2019 tanto en inglés, español y portugués. Los artículos contaron primero con introducción, luego con métodos, resultados y por último con discusión. Además, con niveles de evidencia “1a, 1b, 1c o 2a” de acuerdo con la escala propuesta por “Centre for Evidence Based Medicine, Oxford”. De igual manera, estos pertenecen a revistas jerarquizadas en el Q1, Q2 o Q3.

Criterios de exclusión:

Los artículos que fueron excluidos son aquellos que se publicaron antes de los últimos cinco años, de igual manera que no cumplían con los parámetros establecidos según su estructura, bases científicas sin validez, es decir, fuera del rango de nivel de evidencia establecida por “Centre for Evidence Based Medicine, Oxford” y artículos publicados en revistas que presentaron un cuartil Q4.

Figura 1

Flujograma Prisma para la búsqueda y exclusión de artículos. Extraído de la Guía Prisma.



3. DESARROLLO

Para definir el DC, hemos tomado en cuenta dos conceptos principales. Por un lado, el término "deterioro" hace referencia al empeoramiento de la salud mental, que puede ser consecuencia fisiológica o alteración patológica. Por otro lado, el término "cognitivo" se divide en tres aspectos: cognición, emoción y conducta. El deterioro cognitivo se caracteriza por afectar diferentes habilidades como "memoria, lenguaje, gnosias, praxias,

funciones ejecutivas y, más recientemente, cognición social”. Esta clasificación se subdivide según el nivel de afectación en dos grupos: (5,6).

El primer grupo engloba a aquellos con un deterioro cognitivo muy intenso, también conocido como demencia. El segundo grupo incluye a aquellos cuyos síntomas no cumplen con los criterios para ser diagnosticados como demencia, y se dividen en: “declinación cognitiva asociada a la edad, DC leve y deterioro neurocognitivo leve” (5,6).

La demencia es un TNM que puede presentarse de manera crónica o progresiva. Se considera como la etiología principal de la “discapacidad y dependencia”, y se caracteriza principalmente por el deterioro en la función cognitiva (7,8).

La alteración o disfunción cognitiva es un problema común en los individuos mayores, tal como demuestra un estudio publicado en el 2021, denominado: “Physical and psychological morbidity risk factors in caregivers of older adults with dementia”, donde se encontró una relación con las siguientes características: tener más de 85 años, ser de sexo femenino, no haber completado la educación, carecer de empleo u oficio, tener un nivel sociofamiliar disfuncional o problemático y presentar una discapacidad moderada a severa (9-11).

A su vez, se ha investigado la frecuencia de la depresión en el deterioro cognitivo, ya que presenta una relación proporcional, es decir personas con algún tipo de depresión mayor probabilidad de presentar algún tipo de DC y a su vez llega a interferir con el funcionamiento habitual de este grupo de personas y restringe su capacidad para llevar a cabo sus actividades que realizan en su vida diaria (12).

El estudio titulado "Comparación entre el test de evaluación cognitiva de Montreal y el Phototest para el diagnóstico de deterioro cognitivo en adultos mayores" publicado en Cuenca en 2022 reveló que el DC en adultos mayores está primordialmente influenciado tanto por la edad como por el nivel educativo. Se concluyó que aquellos adultos mayores

con un nivel educativo bajo presentan un menor DC y un mayor riesgo de experimentar DC. Resultados que concuerdan con los otros estudios antes mencionados (13).

En un estudio se identificaron algunos factores de riesgo para el DC: “Edad mayor de 75 años con un ORa = 3.15, IC 95%, p = 0.016. Nivel educativo básico (menos de 8 años de instrucción): ORa = 2.140, IC95%, p = 0.026. Desempleo: ORa = 1.152, IC95%, p = 0.044. Dependencia en las actividades básicas de la vida diaria: ORa = 2.851, IC95%, p= 0.041”. Por otro lado, participar en actividades físicas se identificó como un factor protector: “ORa = 0.210, IC95%, p = 0.039” (13).

3.1. Factores socioeconómicos y sociodemográficos.

De acuerdo a un estudio realizado en una población de adultos mayores colombianos en relación a la asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos, publicado en 2022, se menciona que a nivel mundial, el incremento de la población de adultos mayores es proporcional por la transición demográfica que ha llevado a un incremento en la prevalencia de “trastorno neurocognitivo mayor” (TNM) (14).

En países de ingresos bajos y medianos el TNM es de gran impacto, debido a los costos económicos y sociales elevados que conlleva. En el estudio, se evaluó el DC utilizando “AMMSE” recopilando información sobre diversas variables socioeconómicas. Los resultados de la investigación muestran que el 19,7% de las personas mayores presentaban DC, identificado por un puntaje inferior a 13 en el AMMSE (14).

El estudio llevado a cabo en Colombia en 2021 analiza el impacto combinado del deterioro cognitivo y la condición social y familiar en el estado funcional de personas mayores hospitalizadas. El examen AMMSE fue de utilidad para evaluar el DC, mientras que la “Escala Sociofamiliar de Gijón” valoró la condición sociofamiliar, donde se evidenció que el 54%

de los participantes presentaba deterioro social; y el 86% mostraba DC (14).

En los diferentes estudios publicados se constató que tanto la edad avanzada, como una hospitalización prolongada, DC, una hipoalbuminemia, delirio y deterioro social están proporcionalmente relacionados con un peor estado funcional. Es por ello, que el estudio menciona que existe un efecto conjunto del DC y el deterioro social presentando un mayor impacto en el estado funcional que cada factor por individual (14).

3.2. Atención sanitaria

Resulta imprescindible que el personal de salud garantice el acceso a la atención sanitaria para esta población, promoviendo el seguimiento a controles de rutina y tratamientos, tanto para patologías crónicas como para pruebas/evaluaciones del estado mental. A la vez que es necesario realizar derivaciones oportunas y fomentar oportunidades de estimulación cognitiva (15,16).

La demencia va antecedida de un deterioro cognitivo. No obstante, no todos los que están expuestos a factores de riesgo de demencia desarrollaran un deterioro cognitivo. Se ha propuesto el concepto de reserva cognitiva como un factor protector que puede disminuir el riesgo de aparición clínica de la demencia o del deterioro cognitivo; entendiendo por reserva cognitiva la capacidad del cerebro de hacer frente a neuropatologías o de compensarlos. Algunos estudios han demostrado que un aumento de la actividad cognitiva puede estimular la reserva cognitiva y tener un efecto amortiguador de un deterioro cognitivo rápido; demostrando además una reducción significativa del riesgo de DC y de diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en quienes tienen niveles altos de actividad cognitiva en comparación con quienes tienen niveles bajos de esa actividad (OR =0,38, IC del 95%: 0.15–0.99) (17).

Se puede lograr una mayor actividad cognitiva mediante una terapia de estimulación cognitiva o un entrenamiento cognitivo; es decir la

participación en una variedad de actividades encaminadas a mejorar el funcionamiento cognitivo y social. El Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento (NIA) de Estados Unidos y las directrices de la OMS, recomiendan la estimulación cognitiva de los adultos mayores, y han señalado al entrenamiento cognitivo como una intervención encaminada a prevenir o retrasar la aparición del deterioro cognitivo relacionado con la edad, o de la demencia semejante a la de la enfermedad de Alzheimer (17).

3.3. Edad

Uno de los factores de riesgo más relevantes es la edad, puesto que el proceso y fisiopatología del envejecimiento conlleva un sin número de cambios fisiológicos a nivel del SNC; cambios que incluyen una pérdida progresiva de neuronas, en especial a nivel de la sustancia blanca, generando atrofia cerebral que ocasiona una disminución del volumen cerebral, reducción en las conexiones entre el hipocampo y las regiones temporales y parietales, y una disminución en los niveles de acetilcolina en pacientes de una edad avanzada (18).

El DC es común en las personas de edad avanzada y a menudo está relacionado con enfermedades crónicas, lo que puede llevar al desarrollo de TNM (19).

3.4. Sexo

En la ciudad de Cuenca, Ecuador, se llevó a cabo un estudio en el que se encontró una prevalencia del 42,84% de EA en pacientes entre 85 y 90 años, con un 57,14%, el sexo femenino fue el más afectado. Sin embargo, en un estudio realizado en Colombia, se observó una prevalencia de EA con trastornos cognitivos del 50,5% en hombres y 49,5% en mujeres. Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador, la prevalencia de EA en hombres y mujeres fue del 35% y 65% respectivamente (20).

Se registró una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en el sexo femenino (21,5%) en comparación con el sexo masculino (17,5%).

Demostrando además que las variables socioeconómicas tienen un impacto significativo en la prevalencia del deterioro, especialmente el hecho de estar actualmente empleado(a) (OR = 2,74; IC95%, 2,43-3,09) como factor de riesgo, y haber asistido a la escuela primaria como factor protector (OR = 0,30; IC95%, 0,28-0,32), con diferencias significativas según el género. A pesar de lo anterior, se sugiere que existe un impacto diferencial dependiendo del sexo (21).

De igual manera, en otra investigación se señaló que los usuarios externos muestran una alta prevalencia de déficit cognitivo, principalmente de grado moderado, con un 93.0% en mujeres y un 90.7% en hombres. También se observó déficit cognitivo leve en un 39.5% de hombres y un 34.9% de mujeres, mientras que el déficit cognitivo grave afectó al 65.1% de las mujeres y al 32.6% de los hombres, lo que refleja las dificultades en los aspectos evaluados. El análisis de regresión logística binaria, utilizando chi-cuadrado y razón de probabilidad, reveló la existencia de valores significativos en las siguientes variables: edad (entre 70 y 90 años), nivel educativo bajo, estado civil viudo/a, bajo consumo de frutas frescas, tabaquismo y consumo de alcohol (22).

3.5. Nivel de Escolaridad.

El estudio realizado en Colombia reveló que el 57% de la población de edad avanzada tiene un nivel educativo primario, y un 25% son analfabetos. Esto indica que el nivel de educación es un factor de riesgo significativo que afecta el desarrollo cognitivo. Según el estudio realizado por Abarca y colaboradores, se observó que los adultos mayores analfabetos obtuvieron puntuaciones más bajas en las pruebas de evaluación cognitiva. Por lo tanto, se concluye que contar con una educación de nivel más alto se convierte en un factor protector contra el deterioro cognitivo (23).

3.6. Actividad física.

La literatura científica proporciona evidencia que respalda los beneficios y la eficacia de la actividad física y el ejercicio sobre la función cognitiva en adultos mayores sanos y en aquellos con deterioro cognitivo

leve o demencia. Un estudio longitudinal de un gran número de participantes demostró que la actividad física puede reducir el deterioro cognitivo y potencialmente retardar o prevenir la aparición de enfermedades relacionadas a través de la cognición (24).

Un estudio de 2020 publicado en Argentina titulado "Importancia de la actividad física en la prevención del deterioro cognitivo y la demencia en adultos mayores: una revisión sistemática" señaló que se ha demostrado que la actividad física tiene efectos beneficiosos sobre una variedad de enfermedades crónicas, incluida la demencia y afecciones relacionadas. tiene beneficios ampliamente reconocidos. Sin embargo, la evidencia actual sobre la prevención del deterioro cognitivo y/o la demencia presenta resultados que se contradicen (25).

Existe evidencia de que la actividad física tiene un impacto positivo en las funciones cognitivas, como la cognición general, la memoria, la atención y el funcionamiento ejecutivo. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender completamente el alcance exacto y los mecanismos de esta relación. Es de destacar que otros factores, como la genética, el estilo de vida y la salud en general, también pueden desempeñar un papel en la prevención del deterioro cognitivo y la demencia en los adultos mayores (25).

La mayoría de los estudios revisados demostraron que la actividad física mejora las medidas cognitivas. En general, nuestros hallazgos sugieren que el ejercicio físico puede ser una estrategia factible y ampliamente utilizada para mejorar la función cognitiva, particularmente en los dominios de la función ejecutiva y la memoria, así como para retrasar la aparición de la demencia (25).

Al hablar de actividad física podemos decir que ésta se relaciona con un 35% de riesgo, mientras que otras enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, pueden como tal aumentar la probabilidad de desarrollar un trastorno de tipo cognitivo (3).

3.7. Hipertensión Arterial.

Asimismo, los indicadores de rigidez arterial en personas adultas mayores tienen relación con el nivel de DC leve (25).

De acuerdo con un estudio realizado en Colombia, se ha establecido una relación entre la hipertensión arterial (HTA) y el deterioro cognitivo. Además, se ha observado que la población geriátrica con HTA no tratada tiene un mayor riesgo de desarrollar demencia en comparación con aquellos pacientes que están recibiendo tratamiento para su hipertensión. Asimismo, se ha encontrado que el 77% de las personas adultas mayores que experimentan cambios en la presión arterial sistólica presentan una mayor probabilidad de desarrollar demencia ($p = ,007$) (26).

Se ha comprobado que los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) están relacionados con el desarrollo del deterioro cognitivo (DC). La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo que ha demostrado tener el mayor impacto en esta afección. Si se interviene de manera temprana en la prevención, detección y tratamiento oportuno de los FRCV, es factible reducir la frecuencia del DC y, de esta forma, retrasar su eventual progresión a etapas más avanzadas, como la demencia (27).

En lo que respecta a las enfermedades relacionadas con el DC leve y la demencia, con mayor frecuencia se observan los siguientes datos: de un total de pacientes, 47 tenían hipertensión, lo que representa un 68%, mientras que 29 pacientes mencionaron tener diabetes, equivalente al 42% (27).

En el año 2020 se publicó un estudio titulado "Efecto de la hipertensión arterial en la función cognitiva. Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador", donde se informa que el 93.3% de los participantes con hipertensión arterial, sometidos a la prueba MoCA, presentaron un porcentaje del 51.6% de deterioro cognitivo (7).

3.8. Diabetes Mellitus.

Según los hallazgos de un estudio, se ha observado que la presencia de un trastorno neurodegenerativo, como la enfermedad de Alzheimer (EA), incrementa la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus (DM), con un Odds Ratio (OR) ajustado de 1,31 y un intervalo de confianza del 95% de 1,22-1,41 (27).

De igual forma se encontró otro estudio en donde se identificó que la diabetes mellitus está relacionada al deterioro cognitivo, como se puede apreciar en los resultados (Chi-cuadrado = 10.6, IC 95% 4.71 - 23.7; $p = 0.000$) (83). En concordancia a las tablas anteriores los factores que se relacionan con el deterioro cognitivo incluyen tener una edad de 75 años o más, el estado de viudo, los hábitos de vida, así como el nivel socioeconómico y la dinámica familiar (27).

3.9. Síndrome de fragilidad.

El estudio publicado en Brasil en 2019 titulado "Síndrome de fragilidad y deterioro cognitivo en adultos mayores: revisión sistemática de la literatura" señala que tres estudios han identificado una asociación entre el síndrome de fragilidad y el deterioro cognitivo. Estos estudios han encontrado que los adultos mayores frágiles tienen 1,4 veces más probabilidades de presentar deterioro cognitivo en comparación con los adultos mayores no frágiles, según los valores de Odds Ratio reportados (27).

Cuatro estudios examinaron la asociación entre el síndrome de fragilidad y el deterioro cognitivo utilizando medidas de riesgo relativo, pero no encontraron significación estadística. Además, otros cuatro estudios también utilizaron promedios, aunque hubo diferencias metodológicas entre estos estudios y una falta de definición precisa de las proporciones exactas en la relación causal. A pesar de estas diferencias, la mayoría de los estudios sugieren que los síndromes de fragilidad inducen deterioro cognitivo (27).

Así, los factores asociados con la fragilidad en otro estudio incluyeron: ser mujer, tener bajo nivel educativo (analfabetismo o educación primaria), presentar comorbilidades bajas y altas, pacientes con posible demencia, estar en riesgo social, desfavorables nutricionales y presentar niveles anormales de hemoglobina (27).

3.10. Fármacos.

Los fármacos que incrementan el riesgo de experimentar un deterioro cognitivo son principalmente los ansiolíticos e hipnóticos, los cuales han sido ampliamente recetados en los últimos años. En España, se ha registrado un aumento del 34.5% en el consumo de estos medicamentos. Los efectos adversos de estas sustancias se centran principalmente en la memoria, y existen estudios que sugieren un mayor riesgo de demencia y deterioro cognitivo asociados a su uso (28).

3.11. Depresión.

Existe evidencia que los síntomas depresivos pueden interrumpir el adecuado procesamiento cognitivo y a la vez la demencia constituye un factor de riesgo que predispone a la depresión, es decir, existe una correlación muy evidente (29).

La demencia comúnmente se presenta con alteraciones psicológicas y de conducta, en los pacientes con trastornos del ánimo el deterioro cognitivo leve se manifiesta hasta en un 50% de los casos. Según un estudio del Centro de la Memoria de Santiago de Chile en el año 2020, la depresión en la juventud como antecedente predispone el doble de riesgo de demencia, el mismo que incrementa en la medida que existe recidivas, en este mismo estudio se postula que los pacientes con depresión tardía, presentan hasta en un 8% riesgo de demencia que aquellos que no han tenido síntomas depresivos, por lo que se considera a esta condición como un pródromo de la demencia especialmente en demencia vascular (30%) y en la enfermedad de Alzheimer (30%-50%), o también un estado depresivo podría ser resultado de la demencia, siendo más frecuente en mujeres y en la senectud (30).

A medida que las personas envejecen, diversos estudios han demostrado una conexión directa entre el deterioro cognitivo y la depresión. En un estudio realizado por Jiménez et al. y publicado en México, se examinó a una muestra de 399 adultos mayores. Los resultados revelaron que el 23.63% de los participantes presentaba síntomas de depresión, mientras que el 24.54% mostraba déficits cognitivos. Sin embargo, a medida que transcurren los años, los adultos mayores experimentan un incremento en los niveles de depresión, al igual que un aumento en el deterioro cognitivo (31).

Según el estudio titulado "Asociación entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores chilenos", se ha observado previamente una asociación entre la depresión y el deterioro cognitivo en poblaciones de países con altos ingresos. En este estudio, se encontró una asociación positiva entre la depresión y el deterioro cognitivo (31).

Sin embargo, se observó que la magnitud de esta asociación era mayor en hombres (odds ratio [OR] = 4,02 [intervalo de confianza del 95%: 1,44; 6,61], $p < 0,01$) que en mujeres (OR = 2,23 [IC 95%: 1,03; 3,43], $p = 0,04$). Además, se descubrió que los adultos mayores que fueron diagnosticados por primera vez con depresión después de los 65 años mostraron una asociación más fuerte con el deterioro cognitivo (OR = 6,65 [IC 95%: 2,39; 10,9], $p < 0,01$) en comparación con aquellos diagnosticados antes de los 55 años (31).

También está asociado con factores psicológicos que pueden llevar a una disminución en las capacidades cognitivas y afectar el estado emocional. Además, se encuentra relacionado con factores ambientales que incluyen la calidad de vida, el contexto socioeconómico, la edad, el nivel educativo y el entorno en el que viven (31).

3.12. Alimentación.

Alimentarse bien es fundamental para un adecuado rendimiento cognitivo. Se ha comprobado que una alimentación con bajo índice glucémico aparentemente mejora la atención, la memoria y la capacidad

funcional, mientras que por el contrario una dieta rica en azúcares simples se asocia con dificultad de concentración y atención (32).

Otros ejemplos que han sido estudiados son el alto consumo de grasas saturadas, que se ha vinculado con un déficit cognitivo, mientras que la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados (docosahexaenoico) puede influir en la prevención de la misma, por lo que es recomendable añadir al estilo de vida dietas en una proporción (5:1), de ácidos grasos omega-6, (dieta mediterránea), debido que se puede relacionar con una mejora con una mejoría en la memoria y disminución de deterioro cognitivo. Otros suplementos que contribuyen con esta mejoría y que actúan como neuro protectores son las vitaminas B1, B6, B12, B9 (ácido fólico) y D, colina, hierro y yodo, así como los antioxidantes (entre ellos vitaminas C, E y A, cinc, selenio, luteína y zeaxantina) que ejercen una función esencial en la defensa contra el estrés oxidativo, proceso fisiológico ligado al deterioro mental (32,33).

Cuando hay deficiencia de estas vitaminas o se sigue una dieta hipercalórica, esto puede tener efectos negativos a largo plazo y resultar en un deterioro cognitivo progresivo (34).

El nivel de nutrición sobre todo en los adultos mayores puede estar vinculado a la mayor complejidad de su condición, ya que un alto porcentaje de ellos presenta deterioro cognitivo moderado o grave, además de otras enfermedades (35).

3.13. Alcoholismo.

Según un estudio retrospectivo en múltiples hospitales de Francia, en el que se incluyó 31.624.156 adultos, de entre 20 años y menores de 65 años, en el cual se concluyó que el consumo de alcohol influye de manera directa en el desarrollo de la demencia temprana, especialmente en el adulto mayor. En esta población un alto porcentaje de los casos de demencia se clasificaron como asociados con el alcohol o pacientes que padecían un trastorno ocasionado por la ingesta de alcohol, este último se asoció fuertemente con la demencia en todas las edades, siendo el

riesgo relativo (RR) del alcoholismo superior al de los demás factores de riesgo modificables, debido a su efecto neurotóxico directo que afecta tanto en el cerebro a nivel estructural y funcional. La evidencia científica ha demostrado además que el consumo de alcohol puede causar interrupción en los circuitos cerebelo-talamocorticales. Un estudio realizado utilizando la escala BARS reveló que el 14.6% de las personas que consumían alcohol presentaban un deterioro cognitivo significativo (36, 37).

Como resultado de este estudio se obtuvo que de los 57.353 (5,2%) casos de demencia temprana la mayoría estaban relacionados con el alcohol o tenían el diagnóstico agregado de trastornos por consumo de alcohol, siendo más frecuente en los varones en todos los tipos de demencia, pero los mismos factores de riesgo independientes para el inicio de la demencia se identificaron para ambos sexos (38).

3.14. Otras drogas.

Las personas que hacen uso de diversas drogas experimentan síntomas asociados con el aprendizaje, la memoria, la atención y la concentración. En un estudio titulado "Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos con dependencia de drogas", se llegó a la conclusión de que el 64.3% de los pacientes que consumían drogas presentaban un DCL (38).

Según un estudio documentado en el Registro Central de Investigación Psiquiátrica de Dinamarca, realizado en 268.218 pacientes hospitalizados y ambulatorio en seguimiento desde 1969 hasta 2016 para establecer demencia como diagnóstico definitivo o con prescripciones de fármacos para esta enfermedad, como benzodiazepinas, fármacos Z u otros ansiolíticos, quienes consumían especialmente por al menos 2 años estos medicamentos aumentan hasta un 38% en las probabilidades de demencia, sin embargo la heterogeneidad de los estudios incluidos fue alta (98%) y el intervalo de predicción del 95% de 0,58 a 3,25 lo cual revela una baja certeza (39,40).

3.15. Genética y antecedentes familiares.

La predisposición genética es un factor de riesgo de suma importancia. En el estudio genético sobre los factores involucrados en el deterioro cognitivo leve, se examinaron 30 estudios, los cuales revelaron una sólida evidencia de la implicación de 82 genes y 163 rs en relación con la EA y el deterioro cognitivo (41).

3.16. Horas de sueño.

Existe evidencia científica que demuestra que una disminución en el tiempo y calidad del sueño con un incremento de la vigilia durante las noches causan un aumento de los depósitos de bA (beta-amiloide), lo que a largo plazo podría desencadenar un deterioro cognitivo, siendo más prevalentes con un porcentaje del 6-10% el insomnio, en la población general, acentuándose en los pacientes con más de 60 años, de sexo femenino, que se acompañan de otras comorbilidades y de nacionalidad estadounidense e hispanos. Múltiples estudios revelan que las alteraciones en el sueño pueden estar presentes hasta 20 años antes del desarrollo de las demencias, y, a pesar de que a este se le ha determinado como un factor desencadenante o consecuencia de una predisposición a esta enfermedad, se ha constatado que mejorar la calidad del sueño influye en la disminución del cuadro clínico y a la vez descenso de la incidencia en personas con predisposición genética (42).

Según el estudio titulado "Relación entre la duración del sueño y el deterioro cognitivo en personas mayores", publicado en Chile en 2019, se ha encontrado una posible asociación entre la duración del sueño y el deterioro cognitivo. En comparación con los participantes que informaron dormir 7 horas al día, aquellos que informaron dormir menos de 5 horas tenían una probabilidad más alta de experimentar deterioro cognitivo (odds ratio [OR]: 3,66 [intervalo de confianza del 95% (IC): 1,69; 7,95], $p < 0,01$) (41).

Del mismo modo, aquellos que reportaron dormir más de 8 horas al día también mostraron una mayor probabilidad de deterioro cognitivo (OR: 2,56 [IC 95%: 1,32; 4,95], $p < 0,01$). Estos hallazgos sugieren que

tanto la falta de sueño (menos de 5 horas) como el exceso de sueño (más de 8 horas) pueden aumentar el riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para comprender mejor esta relación y confirmar estos resultados (41).

La relación entre la duración del sueño y el deterioro cognitivo en adultos mayores en Chile fue aún más pronunciada para aquellos que informaron dormir más de 10 horas por día (odds ratio [OR]: 4,46 [intervalo de confianza del 95% (IC): 1,32; 4,95], $p < 0,01$). Se encontró que tanto la duración del sueño prolongado como la duración del sueño reducido se asociaron con el deterioro cognitivo en adultos mayores en Chile, independientemente de los principales factores que podrían influir en esta relación (41).

4. CONCLUSIONES

Se puede deducir que el incremento de adultos mayores a nivel mundial es proporcional por la transición demográfica que ha ocasionado un incremento en la prevalencia de trastorno neurocognitivo mayor; siendo en países de ingresos bajos y medianos de gran impacto, consecuencia de los costos económicos y sociales elevados que conlleva. Las diferentes escalas y exámenes juegan un rol importante en el diagnóstico y manejo adecuado de una neuropatología. En los diferentes estudios publicados se constató el efecto conjunto del deterioro cognitivo y social en el estado funcional.

La edad es uno de los factores de riesgo más importantes, debido a los cambios fisiológicos que experimenta el SNC de un adulto mayor. El sexo femenino es en el que mayor prevalencia existe de deterioro neurocognitivo, demostrando además que las variables socioeconómicas tienen un impacto significativo en la prevalencia del deterioro. El nivel de educación es un factor de riesgo significativo que afecta el desarrollo cognitivo; así lo demuestra el estudio realizado en una población de adultos mayores en donde pacientes analfabetos obtuvieron

puntuaciones más bajas en las pruebas de evaluación cognitiva, evidenciando una clara deficiencia de la reserva cognitiva.

La heterogeneidad de los estudios publicados hasta el momento, mantienen evidencia que respalda el beneficio de la actividad física en la función cognitiva claro aún no permite establecer una recomendación formal sobre las mejores aproximaciones en la práctica clínica habitual. El análisis de diferentes estudios se puede mencionar que netamente esta relación se basa en el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la hipertensión arterial para prevenir el desarrollo de deterioro cognitivo, y no solamente al hablar de la HTA sino también de factores de riesgo cardiovasculares que implican. Los sujetos con diabetes mellitus tienen un riesgo mayor de desarrollar demencia.

El deterioro cognitivo y la depresión comparten componentes comunes que proporcionan pistas sobre las causas de ambos trastornos. Está claro que los sujetos se deprimen cuando notan los primeros síntomas de deterioro cognitivo, y las enfermedades crónicas y degenerativas pueden cambiar significativamente esta situación.

En cuanto a la bebida, generalmente se acepta que beber vino (bebidas fermentadas) se asocia con una disminución del deterioro cognitivo, mientras que ingerir bebidas destiladas se asocia con un mayor deterioro cognitivo. Como resultado, se puede inferir que el grado de deterioro cognitivo causado por el consumo de alcohol depende tanto del consumo excesivo como crónico, así como del tipo de bebida consumida.

5. CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Peñaloza S.: Recolección de datos, introducción, metodología, revisión final del capítulo de libro.

Morejón G.: Recolección de datos, análisis de resultados, conclusiones, revisión final del capítulo de libro.

Lozado A.: Recolección de datos, análisis de resultados, conclusiones, revisión final del capítulo de libro.

Vazquez M.: Recolección de datos, análisis de resultados, conclusiones, revisión final del capítulo de libro.

Quisiguiña J.: Recolección de datos, análisis de resultados, conclusiones, revisión final del capítulo de libro.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres-García N. Análisis cualitativo: percepción de neuropsicólogos acerca de medidas de crecimiento no estandarizadas. Scielo. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/ryngd> DOI: 10.37757/MR2019.V21.N2-3.9
2. Smc A, Navarro B, Rodríguez J. Promotores de la reserva cognitiva en ancianos con alto riesgo de demencia cortical. Scopus. junio de 2020;36(2):1-8. Disponible en: <https://n9.cl/3r7qz>
3. Sandival Ampuero GA, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Functional assessment as a predictor of cognitive impairment: a retrospective cohort study. Access medic. Medwave. 28 de diciembre de 2018;17(09):e7099-e7099. Disponible en: <https://n9.cl/1ni7a>
4. Zurique Sánchez C, Cadena Sanabria MO, Zurique Sánchez M, Camacho López PA, Sánchez Sanabria M, Hernández Hernández S, et al. Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. Scielo. Revista Española de Geriatria y Gerontología. noviembre de 2019;54(6):346-55. Disponible en: <https://n9.cl/jrtq9> DOI: 10.37757/MR2019.V21.N2-3.9
5. Melendez J, Escudero J, Satorres E, Pitarque A. Tipo de memoria y valencia emocional en adultos mayores sanos, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Psicothema, España. 31:60-5. Disponible en: <https://acortar.link/xBZZgq>
6. Russo MJ, Cohen G, Campos J, Allegri RF. COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? Neurología Argentina. julio de 2021;13(3):159-69. Disponible en: <https://n9.cl/pt764l>
7. Vega Cobos MDC, Ojeda Sánchez JC, Rivera Mena MJ, Vanegas Contreras GM. Comparación del test de evaluación cognitiva de Montreal versus Fototest para diagnóstico de deterioro cognitivo en adultos mayores. Salud Cienc Tecnol. 29 de diciembre de 2022 ;2:177. Disponible en: <https://n9.cl/anh48>
8. Sarmiento Buitrago AF, Cerón Perdomo D, Mayorga Bogota MA. Asociación entre el deterioro cognitivo y factores socioeconómicos y

- sociodemográficos en adultos mayores colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. marzo de 2022. Disponible en: <https://n9.cl/ikm3z4>
9. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia, Ocampo-Chaparro JM, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre, Cali, Colombia, Reyes-Ortiz CA, Institute of Public Health, College of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Florida A & M University, USA. Efecto conjunto de deterioro cognitivo y condición sociofamiliar sobre el estado funcional en adultos mayores hospitalizados. 30 de junio de 2021;53. Disponible en: <https://n9.cl/v16ht>
 10. Assistive Devices for Older Adults: A Longitudinal Study of Policy Effectiveness, Santiago, Chile, 2014–2016. *Medic Rev*. 2019;21(2-3). Disponible en: <https://n9.cl/mqqy2m>
 11. Martorell M, Burjalés D, Jimenez M. Demencia y experiencia subjetiva: una investigación centrada en la persona. *Rev Española*. 2019;2(3):270-5. Disponible en: <https://n9.cl/fn6uvh>
 12. Fernández-Isla LE, Conde-Valvis-Fraga S, Fernández-Ruiz JS. Physical and psychological morbidity risk factors in caregivers of older adults with dementia. *Semergen - Medicina de Familia*. octubre de 2019;42(7):476-81. Disponible en: <https://n9.cl/uyy0p>
 13. Russo MJ, Kañevsky A, Leis A, Iturry M, Roncoroni M, Serrano C, et al. Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*. abril de 2020. Disponible en: <https://n9.cl/08ghw>
 14. Escarbajal De Haro A, Martínez de Miguel López S, Romero Sánchez J. El deterioro cognitivo leve en personas mayores usuarias de centros municipales de la Región de Murcia (España). *AN PSICOL-SPAIN*. Scopus. 25 de diciembre de 2019;32(1):234. Disponible en: <https://n9.cl/vbysh>
 15. Justo Henriques SI, Carvalho JO, Pérez Sáez E, Neves H, Parola VSO, Apóstolo JLA. Ensayo aleatorio de terapia de reminiscencia individual para adultos mayores con deterioro cognitivo: un análisis

- de respuesta de tres meses. RevNeurol. 2022;74(04):107. Disponible en: <https://n9.cl/um798>
16. Prado C, Santero M, Carus D, Ortiz F, Zamora S, Irazola V. ¿Cuáles son las brechas de conocimiento y qué priorizar en investigación en salud mental del adulto mayor? Estudio cuali-cuantitativo utilizando la matriz de estrategias combinadas para Argentina (MECA). Scopus Argentina. marzo de 2023;Volume 30:Pages 87-94. Disponible en: Disponible en: <https://n9.cl/il2hs>
 17. Camacho I, Joya C. Factores asociados al mantenimiento de la función cognitiva En una cohorte de adultos mayores valorados entre el 2012 y El 2018 en la ciudad de Bogotá. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/6fwgy>
 18. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2020. PMID: 36044656.
 19. Rodríguez F, Daza A, Reyes P. Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. Poliantea. 3 de agosto de 2020;15(1 (26)):37-43.
 20. Andrango A. Repositorio Digital: Deterioro cognitivo en adultos mayores y su incidencia en la sobrecarga del cuidador en un centro hospitalario en el año 2022 [Internet]. 2023 [citado 6 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/mu5io>
 21. Tirado N. Hiperuricemia como factor asociado a deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad renal crónica. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. 2022; Disponible en: <https://n9.cl/tulhb>
 22. Sanchez G. Diabetes mellitus e Hipertensión arterial como factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Repositorio Institucional - UCV. 2022; Disponible en: <https://n9.cl/u6pxn>
 23. Quispe R. Factores asociados de la comorbilidad y el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor en el Hospital Regional del Cusco 2019. Universidad Andina del Cusco. 27 de abril de 2020; Disponible en: <https://n9.cl/jg9c7>
 24. Reina K. Factores asociados al riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro gerontológico público de Ecuador, 2022.

- Repositorio Institucional - UCV. 2022 Disponible en: <https://n9.cl/4azn65>
25. Allasi N, Cardoso E. Deterioro cognitivo en adultos mayores. Universidad Continental. 2021; Disponible en: <https://n9.cl/zbq92>
 26. Luna S. Asociación entre deterioro cognitivo leve y marcadores de rigidez arterial en adultos mayores. 30 de septiembre de 2019; Disponible en: <https://n9.cl/x6wz>
 27. Reinoso C. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 años en el hospital Jose Agurto Tello de Chosica en el año 2019. Universidad Ricardo Palma. 2020; Disponible en: <https://n9.cl/t8gfe>
 28. Leguía J. Factores asociados a fragilidad en adultos mayores hospitalizados en servicios quirúrgicos de un hospital de Lambayeque. Universidad Privada Antenor Orrego. 2021; Disponible en: <https://n9.cl/nq31e>
 29. Iglesias et al. Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/9a4sy>
 30. Parada Muñoz KR, Guapizaca Juca JF, Bueno Pacheco GA, Parada Muñoz KR, Guapizaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Rev Científica UISRAEL. agosto de 2022;9(2):77-93. Disponible en: <https://n9.cl/m1hvx>
 31. Iribarne C, Renner V, Pérez C, de Guevara DL. Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de marzo de 2020;31(2):150-62. Disponible en: <https://n9.cl/jmtz7>
 32. Iglesias et al. Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/9a4sy>
 33. Martínez DSV, López MA, León AE, Tovar JGJ, Antonio OJR. Nutrición, la clave para un mejor rendimiento cognitivo. TEPEXI Bol

- Científico Esc Super Tepeji Río. 5 de enero de 2022;9(17):18-27. Disponible en: <https://n9.cl/m7cqs>
34. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, López Sobaler AM, Ortega RM, Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, et al. Estrategias nutricionales que mejoran la función cognitiva. *Nutr Hosp*. 2018;35(SPE6):16-9. Disponible en: <https://n9.cl/ccmwe>
35. Barba K. Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo. Agosto 2018 – mayo 2019. Universidad Católica de Cuenca. 2019; Disponible en: <https://n9.cl/mq2ag>
36. Ballarín-Naya L, Malo S, Moreno-Franco B. Efecto de intervenciones basadas en ejercicio físico y dieta sobre la evolución de deterioro cognitivo leve a demencia en sujetos mayores de 45 años. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 18 de septiembre de 2023];95. Disponible en: <https://n9.cl/459t1>
37. Campaña A, Gorriarán C, Irigaray L, Lamaita V, Rodríguez Y, Romero L. Impacto de los factores de riesgo cardiovascular en el desarrollo de deterioro cognitivo. 2020; Disponible en: <https://n9.cl/6ztys>
38. Rehm J, Hasan OSM, Black SE, Shield KD, Schwarzingler M. Alcohol use and dementia: a systematic scoping review. *Alzheimers Res Ther*. 5 de enero de 2019;11(1):1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0453-0>
39. Deví-Bastida J, Puig-Martel H, Llana-Cortés S, García-Guix A, Abellán-Vidal MT, López-Villegas MD. Relación entre la cantidad y el tipo de alcohol (destilado versus fermentado) consumido y el riesgo de aparición de deterioro cognitivo compatible con un síndrome demencial en personas mayores de 60 años: revisión sistemática. *Psiquiatr Biológica* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 18 de septiembre de 2023];30(1). Disponible en: <https://n9.cl/42zxxk>
40. Osler M, Jørgensen MB. Associations of Benzodiazepines, Z-Drugs, and Other Anxiolytics With Subsequent Dementia in Patients With Affective Disorders: A Nationwide Cohort and Nested Case-Control

- Study. *Am J Psychiatry*. junio de 2020;177(6):497-505. Disponible en: <https://n9.cl/yzucd>
41. Sanders LMJ, Hortobágyi T, van Staveren G, Taxis K, Boersma F, Klein HC, et al. Relationship between drug burden and physical and cognitive functions in a sample of nursing home patients with dementia. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 de diciembre de 2017;73(12):1633-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2319-y>
 42. Acosta A. Prevalencia de fibrilación auricular no diagnosticada en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y demencia. 10 de agosto de 2023; Disponible en: <https://n9.cl/jpseg>
 43. Mérida-Raigón M, Plaza-Carmona M, Mérida-Raigón M, Plaza-Carmona M. Alteraciones del sueño y demencia en población mayor. Revisión sistemática. *Gerokomos*. 2023;34(2):126-33. Disponible en: <https://n9.cl/omsrnc>