

Revisión de los factores de riesgo para el deterioro cognitivo en el adulto mayor

María Alejandra Ocampo Alzate, ✉ alejitamaria_95@hotmail.com

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: David Andrés Montoya Arenas, Doctor (PhD) en Neuropsicología



Universidad de San Buenaventura Colombia

Facultad de Psicología (Medellín)

Psicología

Medellín, Colombia

2020

Citar/How to cite (Ocampo, 2020)

Referencia/Reference Ocampo Alzate, M.A., (2020). *Revisión de los factores de riesgo para el deterioro cognitivo en el adulto mayor*. (Trabajo de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Medellín.

Estilo/Style:
APA 6th ed. (2010)



Bibliotecas Universidad de San Buenaventura



Biblioteca Digital (Repositorio)
<http://bibliotecadigital.usb.edu.co>

- Biblioteca Fray Alberto Montealegre OFM - Bogotá.
- Biblioteca Fray Arturo Calle Restrepo OFM - Medellín, Bello, Armenia, Ibagué.
- Departamento de Biblioteca - Cali.
- Biblioteca Central Fray Antonio de Marchena – Cartagena.

Universidad de San Buenaventura Colombia

Universidad de San Buenaventura Colombia - <http://www.usb.edu.co/>

Bogotá - <http://www.usbbog.edu.co>

Medellín - <http://www.usbmed.edu.co>

Cali - <http://www.usbcali.edu.co>

Cartagena - <http://www.usbctg.edu.co>

Editorial Bonaventuriana - <http://www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co/>

Revistas - <http://revistas.usb.edu.co/>

Tabla Contenido

Resumen	3
Abstract	5
1 Planteamiento del problema	6
1.1 Antecedentes	7
3 Objetivos	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4 Metodología	12
5 Desarrollo del Tema	13
5.1 Factores de riesgo en el deterioro cognitivo normal	13
5.2 Factores de riesgo en el deterioro cognitivo patológico.....	14
5.3 Demencia en Enfermedad de Alzheimer.....	17
5.4 Demencia Enfermedad de Parkinson	19
5.5 Demencia Frontotemporal.....	20
5.6 Demencia Enfermedad Cardiovascular	21
5.7 Demencia Cuerpo de Lewy	24
6 Conclusiones	26
7 Referencias	27

Resumen

En el marco de este trabajo el objetivo es identificar los factores de riesgo para el deterioro cognitivo normal y patológico en el adulto mayor a partir de una revisión documental de las investigaciones realizadas entre el 2008 y 2018, abordando los diferentes subtipo de demencia y grados de severidad basados desde una búsqueda de información en las siguientes bases de datos Ebsco, Dialnet, Redalyc, Scielo y Google Académico; con el fin de comprender porque en algunos casos el deterioro cognitivo se da con mayor rapidez, afectando distintas áreas del cerebro ocasionando así diversas alteraciones como son: el deterioro motriz, pérdida en la atención, dificultades en el aprendizaje, planeación, ejecución de tareas, resolución de problemas, lenguaje y memoria. Sin embargo, con la revisión se identifica que si bien se han generado estrategias para el diagnóstico e intervención estas aún son insuficientes, por lo que se requiere fortalecer los procesos de investigación en estas patologías que permitan mejorar la atención clínica y contribuyan a una mejor rehabilitación del paciente.

Palabras clave: Demencia, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, Cuerpo de lewy, accidente cerebro vascular, epidemiología, factores de riesgo, prevención, prevalencia.

Abstract

Within the framework of this work, the objective is to identify the risk factors for normal and pathological cognitive impairment in the elderly from a documentary review of the research carried out between 2008 and 2018, addressing the different subtype of dementia and degrees of severity based on an information search in the following databases Ebsco, Dialnet, Redalyc, Scielo and Google Académico; in order to understand why in some cases cognitive deterioration occurs more rapidly, affecting different areas of the brain thus causing various alterations such as: motor impairment, loss of attention, learning difficulties, planning, task execution, problem solving, language and memory. However, the review identifies that although strategies for diagnosis and intervention have been generated, these are still insufficient, so it is necessary to strengthen the research processes in these pathologies that allow improving clinical care and contribute to better rehabilitation of the patient.

Keywords: Dementia, Alzheimer`s disease, epidemiology, risk factors, prevention

1 Planteamiento del problema

Los factores de riesgo para el deterioro cognitivo en el adulto mayor, es un tema de estudio en la actualidad, el cual permea todo contexto; este nos permite cuestionar los actuales índices de vida establecidos acorde a investigaciones realizadas, sin saber si sostienen su rango o este ha disminuido, además de comprender que los factores de riesgo varían según variables económicas, sociales, salud pública, alimentación y cuidados, en pocas palabras de acuerdo a la calidad de vida que lleve los individuos durante su desarrollo.

En Colombia y basados en la encuesta Sabe Colombia 2015, donde se realiza un estudio nacional en áreas de salud, bienestar y envejecimiento; este estudio responde a lo definido por Colciencias en el Plan Estratégico de Investigación para Colombia 2010-2020. Dentro de esta encuesta poblacional se indagaron por determinantes socioeconómicas como:

- La edad con una media entre 60 - 108 años, los cuales el grupo de 60-69 años abarcan el 57,2%, el grupo ente 70-79 años al 30,2% y en el grupo de los 80 años el 12,6%.
- Distribución Urbana - Rural: Donde cada 10 personas adultas mayores, 8 viven en la zona urbana correspondiendo al 78,1%.
- Etnia: Dentro de este aspecto se clasificó la etnia de las personas en: blanca con una incidencia del 30,2% o mestiza del 46,2% principalmente, seguidos por la etnia negra del 6% e indígena del 5%.
- Educación: En promedio la población adulta mayor alcanzó 5,5 años de escolaridad y menos de 1% se encontraba estudiando; por medio de esta encuesta se llegó a determinar que los bajos niveles educativos aumentan con la edad y son mayores en la zona Atlántica. En relación a la educación se toma la ocupación de las personas adultas mayores ya que reportaron haber trabajado 36,6 años a lo largo de su vida.

Partiendo de lo anterior, podemos anticipar cómo será el bienestar e instancia de vida de los jóvenes en el futuro, además de cuestionar si llegamos a reconocer, medir y sostener su calidad de vida a nivel de salud mental en su etapa senil; teniendo en cuenta que dentro de la población adolescente ha incrementado los factores de riesgo relacionados al deterioro cognitivo, como: el consumo de drogas, alcohol, disminución de horas de sueño, baja actividad física y poca estimulación para la plasticidad cognitiva, aspectos que prevalecen independiente del estrato social

o educativo; consideramos estos como factores a intervenir para sostener el incremento en la expectativa de vida.

Sin embargo, en este trabajo a través de la revisión se pretende identificar la importancia del cuidado y transcendencia del adulto mayor acorde a la realidad y respecto al cuidado de este, además de reconocer e identificar la importancia que tiene los cuidadores, familiares, grupos de apoyo y profesionales a la hora de abordarlos; puesto que dentro de esta etapa de vida, se corre el riesgo de perder o disminuir diversas habilidades y capacidades motrices a causa del deterioro cognitivo, que como consecuencia disminuye el rendimiento y desempeño del adulto.

Lo anterior explica por qué se decide realizar un análisis exhaustivo dentro de los ámbitos del envejecimiento normal y patológico, con el fin de diferenciar sus factores de riesgo y protección además de demostrar el incremento en la prevalencia de alteraciones neurocognitivas en el adulto mayor. Del mismo modo. Del mismo modo identificar la incidencia de enfermedades como la hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, consumo de alcohol, afectaciones en orden médico y cognitivo, como también enfermedades neurodegenerativas pueden llegar a ser factores relacionados con la etiología del daño cerebral.

1.1 Antecedentes

En los últimos 10 años las investigaciones sobre el envejecimiento normal y patológico han estado dirigidas a identificar la prevalencia de alteraciones cognitivas en la vejez, además de las posibles variables asociadas y facilitando la detección temprana lo que incremento la incidencia de esta población. Dentro de los hallazgo tenemos la investigación realizada por

(Cordoba & Poches, 2014) quienes hallaron que la prevalencia obtenida de deterioro cognitivo en población mayor de 60 años, coincide con estudios internacionales previos, además concluyen que en la detección no se establece el origen del deterioro que, en fases posteriores del estudio, podrá determinarse por factores emocionales, deterioro cognitivo leve o demencia; en concordancia con lo anterior encontramos a (Mejía & Jaimes, 2007) en la investigación realizada acerca del deterioro cognitivo y factores relacionados en adultos mayores en México, donde identificaron una alta prevalencia del deterioro cognitivo en la población mexicana, y su relación con enfermedades leves que son frecuentes en la vejez, además la importancia que tiene la detección temprana de ambas condiciones en la población adulta mayor. Estos hallazgos nos

permiten comprender la importancia de realizar una intervención oportuna a partir de la identificación factores de riesgo.

Por otro lado está un resultado que enriquece las anteriores posturas , es el que arroja la investigación de (Damian , Valderrama Gama, Rodriguez Artalejo , & Martín Moreno, 2004) sobre la salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de hogares para el adulto mayores en Madrid, donde se resalta que el estado cognitivo y la capacidad funcional, son más favorables que en otras poblaciones de Europa y Norteamérica, lo que se explica por la mayor proporción de personas con baja necesidad de cuidados en estos hogares de Madrid. Además, el adulto mayor con deterioro cognitivo tiene un alto riesgo lesión física, debido a la asociación específicas entre parámetros de la marcha y funciones cognitivas. Durante las últimas décadas se ha observado esta relación, donde existe evidencia de que los dominios de la cognición como la atención, función ejecutiva y tipos de memoria son críticos para un control correcto de la marcha. Las alteraciones del movimiento pueden mostrarse como marcadores diagnósticos previos de demencia, tal como lo menciona (Herrero , Velilla, & Renedo, 2011) en la investigación realizada acerca del deterioro cognitivo y riesgo de caída en el anciano.

Por otro lado, pasando de un panorama internacional a uno más propio, en Colombia el estudio de las características psicológicas, emocionales y comportamentales del adulto mayor es foco estratégico de investigación dado el incremento en la expectativa de vida y el aumento de casos con dificultades en los aspectos mencionados. Desde esta perspectiva encontramos investigaciones como, la realizada por (Cordoba & Poches, 2014), en donde se hace una revisión del estado actual de las intervención psicológica por parte de los cuidadores informales en Colombia, entendiendo los pocos estudios sobre el tema dentro de este contexto; falencia que es notoria en el débil y poco amparo que tiene el adulto mayor en el país, situación crítica y una gran problemática; sin embargo una de las ciudades donde se ha estudiado la prevalencia de demencia es Neiva donde se presenta un alto porcentaje (23.6%) en comparación con el promedio nacional 20.4% y con otros estudios en el mundo 18-21%. Cifras que según Gooding, Amaya, Parrra, Rios 2006 consideran que su diferencia se presenta debido a los factores asociados y característicos del contexto social, económico y cultural de esta población; según el estudio, la prevalencia de las demencias en esta ciudad durante los años 2003 a 2005.

Teniendo en cuenta el resultado del estudio anterior y en relación al realizado por (Camargo Hernández & Laguado Jaimes, 2017) se da cuenta que el 41,7% del adulto mayor presentan

deterioro cognitivo grave por ello requieren intervención de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva, dentro de la población intervenida, la cual hace parte de dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga – Santander. Podemos concluir que Colombia es un país con investigación en desarrollo y en la cual solo llegamos a reconsiderar posturas por medios de otras investigaciones realizadas, un ejemplo de ello es Cuba donde (Escalona, Roca, & Blanco, 2012) identificaron como la demencia dificulta en gran medida la actividad física, calculada a través de las actividades de la vida diaria. Esta disminución es una carga importante para pacientes, cuidadores y la sociedad, porque se ha aumentado los costos del cuidado a medida que el paciente disminuye su autonomía e independencia para actividades cotidianas, siendo de gran influencia en la calidad de vida en relación con la salud del paciente, que además puede influir en la institucionalización y mortalidad.

Por último, es importante comprender como lo expone (Guzmán Olea, & et al, 2016) en la investigación realizada por el interés en la prevalencia de deterioro cognitivo en España, que este es una causa de consulta recurrente en atención primaria. Es mayor en mujeres y aumenta con la edad. Tanto la duda como la confirmación del deterioro cognitivo pueden desarrollarse por el médico de familia con instrumentos validados, lo que permite iniciar de manera rápida un tratamiento, tal como lo expone. Además de conocer la estrecha relación que tiene los trastornos conductuales y psicológicos en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) debido a que puede ser un factor predictivo en el desarrollo de demencia, como lo afirman (Cancino , 2016), en su estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo.

2 Justificación

La presente investigación se enfocó en identificar los factores de riesgo en el envejecimiento normal o patológicos, dentro de los diferentes subtipo de demencia y grados de severidad, con el fin de comprender porque en algunos casos el deterioro cognitivo se da con mayor rapidez, afectando distintas áreas del cerebro ocasionando así diversas alteraciones como son: el deterioro motriz, pérdida en la atención, dificultades en el aprendizaje, planeación, ejecución de tareas, resolución de problemas, lenguaje y memoria. Deterioro que poco a poco irá afectando espacios y aspectos de la vida cotidiana del adulto mayor como, por ejemplo, relaciones sociales, abstracción, percepción y comprensión de significados sociales, además de la pérdida de habilidades para comunicarse.

Es importante tener presente que se consideran factores de riesgo a toda condición que afecte directa o indirectamente el desarrollo físico, psicológico, cognitivo, conductual, motriz y neurológico en las personas, como por ejemplo: el consumo de drogas, alcohol, disminución de horas de sueño, baja actividad física y poca estimulación para la plasticidad cognitiva y aspectos que prevalecen independiente del estrato social o educativo.

El estudio se sustentará en un rastreo de diversas fuentes de investigación donde se presentarán estudios realizados a personas que oscilan entre los 49 a los 65 años de edad, con niveles educativos diferentes o nulos, con posibilidades económicas vulnerables o estables; para permitirnos distinguir o establecer el riesgo o prevalencia que se tiene dentro de nuestra población, tener un envejecimiento normal o patológicos, en pocas palabras que tan expuestos estamos acorde a nuestro estilo de vida a ser posibles pacientes con deterioro cognitivo.

Por ello y en modo de pregunta de investigación se cuestiona: ¿Cuál es la evidencia según las investigaciones entre el 2008 y el 2018 que permitan identificar los factores de riesgo para el deterioro cognitivo en el adulto mayor?

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo para el deterioro cognitivo normal y patológico en el adulto mayor a partir de una revisión documental de las investigaciones realizadas entre el 2008 y 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Indagar los factores de riesgo del deterioro cognitivo en enfermedades neurodegenerativas en el adulto mayor.
- Describir los factores de riesgo en el envejecimiento normal y patológico a partir de una revisión documental.
- Demostrar la incidencia de los posibles factores de riesgo que están vinculados al deterioro cognitivo y a la calidad de vida del adulto mayor.

4 Metodología

Este trabajo es una investigación teórica exploratoria de tipo documental, porque el procedimiento demanda el rastreo, organización, sistematización y análisis de un conjunto de documentos electrónicos sobre el tema de prevalencia, incidencia y epidemiología de la demencia que está basado en los hallazgos encontrados en diferentes investigaciones realizadas en varios países de Latinoamérica, Norteamérica y Europa, entre el 2008 y 2018; especialmente estos documentos, para dicha elaboración están argumentados desde artículos de revista relacionados con la neuropsicología y áreas de la salud afines; de los cuales se separó la información por unidades de análisis de acuerdo al marco conceptual, es decir, según los diferentes tipos de demencia, teniendo como causa, ya sea la enfermedad vascular, Alzheimer, Parkinson, Cuerpo de Lewys y/o alteraciones neuropsiquiátricas asociadas a síndromes frontotemporales. Esta investigación fue realizada por medio de la búsqueda de información en las siguientes bases de datos Ebsco, Dialnet, Redalyc, Scielo y Google Académico.

En la que se priorizó la búsqueda de investigaciones en torno al adulto mayor con la intención de comprender su nivel de vulnerabilidad y/o afectación respecto a las alteraciones cognitivas; como la demencia siendo un síndrome que se caracteriza por una disminución progresiva de la memoria, de las funciones ejecutivas, lenguaje y de otras áreas de la cognición, en relación a síntomas conductuales, que afectan en el normal funcionamiento del individuo en su medio familiar y social. Sin embargo, es importante conocer los factores de riesgo tanto del deterioro cognitivo normal y patológico, para luego dar una visión detallada de lo que implica cada tipo de demencia.

5 Desarrollo del Tema

5.1 Factores de riesgo en el deterioro cognitivo normal

“El envejecimiento normal, o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. Sabemos que el envejecimiento biológico no puede evitarse, forma parte de todo ser vivo y comprende una serie de cambios progresivos estrechamente vinculados con la propia genética o herencia biológica, la historia personal y los factores ambientales (Wilson, Bennett, Swartzendruber, Et al.1997)”.

Sin embargo, sin importar que sea un proceso natural del desarrollo humano en este se ve afectado el sistema nervioso el cual se puede observar por medio de la conducta, por ejemplo, se dan cambios emocionales siendo el más característico la depresión, deterioro en la memoria y en las funciones cognitivas, sin olvidar que el cerebro sufre cambios morfológicos, moleculares y neurofisiológicos (Bentosela & Mustaca, 2005).

Una de las explicaciones dada a lo anterior se da dentro de la investigación realizada por (Mias, Sassi, Masih, Querejeta, & Krawchik, 2007) en Argentina donde la intención era describir el estado cognitivo en personas mayores de 50 años, La muestra estaba construida por 418 sujetos voluntarios, con un rango de edad de 50 a 87 años. Se utilizó para explorar la prevalencia y analizar la influencia de los factores sociodemográficos sobre el estado cognitivo de la población referida.

De los resultados más significativos de esta investigación se asocia al dominio de variables sociodemográficas sobre el estado cognitivo, se encontró que el género, la edad, el nivel de instrucción y el número de hijos se encuentran significativamente correlacionados. La relación con el género femenino, la edad a partir de los 65 años, el bajo nivel de instrucción y del número de hijos pueden ser las variables que más influyen en el estado cognitivo de deterioro en relación con la normalidad.

Además, que se hace un hallazgo relevante con respecto a los antecedentes familiares ya que se afirma en base a los resultados obtenidos que “no se encontró en el estudio una relación significativa con el estado cognitivo observado. Si bien se considera en la literatura que el antecedente familiar es un factor de riesgo de Alzheimer, en los últimos años han aparecido estudios que no confirman esta relación.” (pp. 733-738).

De esta investigación se concluye que al conocer estados cognitivos entre la disminución y el deterioro significativo, es necesario considerar constructos clínicos de alta probabilidad para alguna demencia, a pesar que existen dudas de que la afectación de la memoria a este nivel hace parte de un síntoma inicial, como también la importancia del conocimiento en la prevalencia y de los factores sociodemográficos asociados al DCL en una población particular porque a partir de estudios como este, se pueden plantear estrategias de prevención e intervención para aplazar la progresión hacia ciertos tipos de síndromes demenciales.

Por otro lado, en Colombia realizó la investigación Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia, con el fin de realizar un acercamiento ante el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana, este fue un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal, con una población de 165 y una muestra de 60 adultos mayores de los dos hogares, cuyos criterios de inclusión fueron: edad entre 65 y 95 y más años, presencia o ausencia de patología crónica, además la técnica de recolección fue el muestreo no probabilístico por conveniencia, y se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental (Camargo Hernández & Laguado Jaimes, 2017)

Dentro de los hallazgos es necesario aclarar que existió una tendencia del género masculino; también la mayoría estaba en nivel básico primario, tenían contacto familiar y el tiempo de institucionalización fue de 1 a 5 años. Sin embargo, después de realizar el abordaje a la población se concluye que el 41,7% de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo grave y requieren intervenciones de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva.

5.2 Factores de riesgo en el deterioro cognitivo patológico

El deterioro cognitivo patológico en adultos mayores se evidencia a partir de los cambios en la memoria (episódica) principalmente; además de alteraciones en el lenguaje (dificultad para encontrar la palabra deseada), en la atención (dificultad para seguir o centrarse en una conversación), y en las habilidades viso-espaciales (desorientación en entornos familiares). (Arizaga, & et al. 2005)

Estas personas adicionalmente pueden presentar algunos síntomas psicológicos y conductuales (depresión, irritabilidad, ansiedad, agresión y apatía), afectando la interacción social y disminuyendo la calidad de vida, exacerbando la presencia de alteraciones funcionales.

Según el Boletín de salud mental en Colombia – Demencia de octubre de 2017 se da a conocer que en la actualidad no hay un tratamiento para curar la demencia, más aún se siguen realizando estudios para conocer sus causas y cómo evitar el avance de la enfermedad; todos los esfuerzos en Atención Primaria en Salud están orientados hacia la intervención de los factores de riesgo conocidos y a las acciones que ayuden a mejorar la calidad de vida de quienes padecen la enfermedad y sus familias. (Colombia. Ministerio de Salud & Protección Social. 2017).

La evidencia científica relaciona diferentes factores de riesgo, con la presencia de demencia, entre ellos: la edad, la inactividad física, la obesidad, el consumo de tabaco, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el consumo nocivo de alcohol, la diabetes, la hipertensión, la presencia de depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social, poca estimulación para la plasticidad cognitiva, disminución de horas de sueño y aspectos que prevalecen independiente del estrato social o educativo, (Arizaga, & et al. 2005)

Teniendo en cuenta lo anterior, se identifica una de las variables más significativas dentro de los factores de riesgos, aunque no afecta en aspectos fisiológicos al paciente, si es un factor determinante para el cuidado de este, en este sentido nos referimos al costo económico y social que conlleva el padecer algún tipo de demencia y a los familiares de quien la padecen; ya que se ven expuestos a una exhaustiva rutina de cuidado y apoyo, generando estrés en quienes lo rodean.

Lo mencionado se sustenta partiendo de la investigación realizada por Cerquera, A. & Pabón, D. en el año 2014 donde se logró identificar la situación actual de los programas de intervención de los cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer y el desempeño de su labor por medio de una revisión científica, revisión que llevo a concluir una revisión del estado actual de las intervenciones psicológicas para cuidadores en Colombia, dando noción de pocos estudios sobre el tema en nuestro contexto. Sin embargo, las diferencias encontradas entre las investigaciones que caracterizan a los cuidadores de adultos mayores con demencia en Colombia y en otros países como España y Cuba donde se observa las características clínicas, donde se presentan variaciones especialmente en depresión y estrategias de afrontamiento, mientras que los datos sociodemográficos mantienen el perfil del cuidador.

Por otro lado, varios factores de riesgo son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor; dada la investigación realizada por (Arizaga, & et al. 2005), denomina Relevamiento de deterioro cognitivo en pobladores mayores de 60 años, sin embargo a pesar de ser un estudio enfocado en mostrar los resultados del Estudio Piloto del Estudio Ceibo; su intención es demostrar la prevalencia del deterioro cognitivo con el fin de planificar políticas de salud relacionadas con esta problemática.

Esta investigación se realizó con una muestra de 1453 individuos en la zona urbana de Canuelas – Argentina, para los cuales se elaboró un protocolo que incluía datos demográficos, un cuestionario de factores de riesgo, el mini mental state examination en su versión adaptada a nuestro medio y la escala de 15 ítems sobre depresión geriátrica de (Geriatric Depresión Scale-GDS, Yesavage, 1983). La estadística descriptiva de la población en estudio se expresa en media y desvío estándar. Fue calculada la frecuencia de aparición en esta muestra por cada factor de riesgo estudiado.

Según (Arizaga, & et al. 2005) en su estudio poblacional de demencia y deterioro cognitivo en una comunidad de variado origen con alto componente de características en cuanto a causas, pero con particulares hábitos en la alimentación, a través de los datos de prevalencia, incidencia y factores de riesgo, obtiene dos resultados de significación; el primero es el conocer la real situación con respecto al deterioro cognitivo y demencia con todas las implicancias preventivas, diagnósticas, terapéuticas y económicas para el diseño y planificación de una acción socio-sanitaria nacional. El segundo es, a través del análisis comparativo de factores de riesgo, para contribuir al conocimiento internacional del efecto de factores ambientales y ligados al estilo de vida sobre el desarrollo, historia natural y evolución del deterioro cognitivo y la demencia.

De lo anterior se puede establecer según los resultados la prevalencia obtenida de deterioro cognitivo en población mayor de 60 años en un 23,2 por ciento coincide con estudios internacionales previos. En esta fase de detección no se establece el origen del deterioro que, en fases posteriores del estudio, podrá determinarse (factores emocionales, deterioro cognitivo leve o demencia). La mayor edad y la baja escolaridad correlacionan con mayor prevalencia de deterioro cognitivo. Hay condiciones médicas que son más frecuentes en sujetos mayores de 60 años en especial hipertensión y traumatismo de cráneo; además de la presencia de indicadores de detección de depresión que se correlacionan con mayor prevalencia de deterioro cognitivo.

5.3 Demencia en Enfermedad de Alzheimer

De acuerdo a los postulados de Vega Alonso, Miralles Espíb, Mangas Reinac (2016) el Alzheimer es una alteración neurodegenerativa primaria que suele aparecer a partir de los 65 años, se produce debido a la reducción de la producción cerebral de acetilcolina (un neurotransmisor), lo que provoca a un deterioro en el rendimiento de los circuitos del sistema cerebral.

Según las investigaciones no es posible definir quién va a padecer la demencia en enfermedad de Alzheimer, ya que es una alteración compleja, donde intervienen varios factores. A continuación, se menciona algunos de los factores que pueden aumentar la probabilidad de padecer esta patología, según investigaciones de Vega Alonso, Miralles Espíb, Mangas Reinac, (2016):

- Edad: suele afectar a los mayores de 60-65 años, pero también se han dado casos entre menores de 40. La edad media de diagnóstico se sitúa en los 80.
- Sexo: las mujeres lo padecen con más frecuencia, probablemente porque la expectativa de vida es mayor.
- Razas: afecta por igual a todas las razas.
- Herencia familiar: la enfermedad de Alzheimer familiar, una variante de la patología que se transmite genéticamente, se estima que un 40 por ciento de los pacientes con Alzheimer presenta antecedentes familiares como las mutaciones del gen de la proteína precursora de amiloide y el gen de épsilon 4 de APOE, entre otros.
- Factores medioambientales: El tabaco se ha mostrado como un claro factor de riesgo de la patología, al igual que las dietas grasas. Por otra parte, pertenecer a una familia numerosa también parece influir en el riesgo de Alzheimer.
- Nivel educativo: Un bajo nivel educativo se convierte en un factor determinante para la aparición de la demencia por enfermedad de Alzheimer.

Según Vega Alonso, Miralles Espíb y Mangas Reinac (2016) la severidad de la demencia (leve. Modera o grave) varía según la manifestación del deterioro; los que prevalecen con mayor frecuencia son los neurológicos ya que la enfermedad de Alzheimer afecta a la memoria en sus diferentes tipos, sufriendo deterioros en:

- Pérdida de memoria a corto plazo: incapacidad para retener nueva información.
- Pérdida de memoria a largo plazo: incapacidad para recordar información personal como el cumpleaños o la profesión.

- Alteración en la capacidad de razonamiento.
- Afasia: alteración que puede ser expresiva o comprensiva del lenguaje.
- Apraxia: alteración en la ejecución de movimientos aprendidos ideomotores, ideacionales u orolingüofaciales.
- Pérdida de capacidad espacial: desorientación, incluso en lugares conocidos.
- Cambios de carácter: irritabilidad, confusión, apatía, decaimiento, falta de iniciativa y espontaneidad.

Según el artículo presentado en la revista cubana; la demencia y la enfermedad del Alzheimer es la primera causa de discapacidad en el adulto mayor y la mayor causa de dependencia, sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador, sin embargo, aún no se le da la misma prioridad que otras enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, que tienen un mayor impacto en la mortalidad. En esta investigación se abordan aspectos relacionados con la prevalencia y el incremento del número de personas con demencia en América Latina y el Caribe para el 2030, su impacto y cómo la prevención de los factores de riesgo con énfasis en la prevención y un amplio acceso a la educación, mejores condiciones socioeconómicas, estilos de vida saludables y control de los factores de riesgo cardiovasculares, lo plantean como una alternativa viable y sostenible para reducir el impacto de las demencias en la sociedad .

Desde la investigación realizada en Cuba, con un modelo descriptivo, correlacional de corte trasversal y cuantitativo desarrollada por (Escalona , Roca, & Blanco, 2012), en el hogar de ancianos Jesús Menéndez de la ciudad de Holguín con el objetivo de identificar los pacientes con deterioro cognitivo y demencia, como también describir las variables biológicas de estos.

La muestra de la investigación fueron todos los adultos mayores institucionalizados durante los meses de marzo y mayo del 2011. Se excluyeron los pacientes que presentaron antecedentes de esquizofrenia, retraso mental y otras enfermedades con degradación de conciencia. Sin embargo, se identifica que los pacientes con deterioro cognitivo en la investigación tienen una edad media, deterioro funcional y comorbilidad en comparación con los pacientes sin deterioro cognitivo. Entre las personas con trastornos cognitivos predomina la demencia Alzheimer. La demencia afecta la función física dentro de las actividades de la vida cotidiana. Este declinar es un aspecto relevante para pacientes, cuidadores y la sociedad en su conjunto, aumentando los costos del cuidado a medida que el paciente se convierte en más dependiente. La pérdida de la independencia en las

actividades de la vida diaria es un determinante de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente e influye en la mortalidad según (Escalona , Roca, & Blanco, 2012).

5.4 Demencia Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es una entidad lenta y progresiva que se caracteriza por temblor de reposo, rigidez, bradiscinesias e inestabilidad postural. En ella, los síntomas neurocognitivos y conductuales como la depresión, la disfunción ejecutiva y atencional, la baja fluidez verbal y las fallas de memoria inmediata pueden aparecer desde las etapas iniciales de la enfermedad e ir empeorando y progresando, cuando aparece un cuadro demencial secundario a la enfermedad (Garzón Giraldo, Montoya Arenas, & Carvajal Castrillón, 2015). De lo anterior la característica clínica de la enfermedad de Parkinson es la presencia de un síndrome motor que altera de manera negativa el funcionamiento, las investigaciones han definido la existencia de dos subtipos clínicos de enfermedad de Parkinson: uno en el que lo predominante son los trastornos en la estabilidad postural y en la marcha, y otro donde es el temblor lo que domina. En este último suele preservarse en mayor medida el estado mental, la edad de inicio suele ser temprana y la progresión de la enfermedad suele ser más lenta.

Por ejemplo en la investigación realizada en Colombia (Goodling, Amaya , Parra, & Rios, 2006), describen y cuantifican sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores de 60 años en la ciudad de Neiva, con la finalidad de encontrar el índice de prevalencia de las demencias en esta población y los factores de riesgo asociados que puedan ser identificados; teniendo en cuenta que la población total de adultos mayores en Neiva según proyección hecha para el 2005 fue de 25.142 y la muestra para el estudio fue de 643 tomados según el muestreo aleatorio.

Por medio de la investigación realizada por (Garzón Giraldo, Montoya Arenas, & Carvajal Castrillón, 2015) se identificó que la prevalencia de demencia en este municipio es alta 23.6% comparada con el promedio nacional (20.4 por ciento) y con otros estudios en el mundo 18-21%. Sin embargo, esta diferencia es explicable, al menos en parte, por los diferentes factores asociados al contexto socioeconómico y cultural de esta población. Respecto al Parkinson se dice que se encuentra en el amplio grupo de las probables demencias degenerativas causadas por patologías; asociados a este resultado cabe anotar que dentro del estudio, es importante decir que los pacientes

clasificados con demencia se sitúan en bajos niveles de escolaridad el 44% son analfabetas y 37% tienen menos de tres años de escolaridad.

Por otro lado, investigaciones realizadas en Argentina arrojan una relación entre la demencia en la enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpo de Lewy, ya que son frecuentes dentro de los trastornos cognitivos degenerativos. Clínicamente, ambas enfermedades combinan manifestaciones motoras, trastornos conductuales y alteraciones de las funciones mentales superiores. Sin embargo, la prevalencia de demencia en mayores de 65 años ha sido estimada en alrededor del 6%, aumentando la misma en relación al envejecimiento de la población; en un estudio epidemiológico reciente realizado en la Argentina se encontró que el 23,2% de los individuos mayores de 60 años presentaban trastornos cognitivos, llegando este valor al 42.5% donde los individuos son mayores de 80 años.

5.5 Demencia Frontotemporal

La demencia frontotemporal se instaura, por lo general, entre los 60 años de edad, las características demográficas se diferencian de acuerdo con la variante clínica de la enfermedad, teniendo en cuenta que la variante frontal y la demencia semántica son más frecuentes en hombres. Los síntomas iniciales de la demencia frontotemporal están relacionados con cambios de personalidad, así como con alteraciones comportamentales, afectivas, del lenguaje o de las funciones ejecutivas con dificultades en la planeación y organización del espacio. (Broe et al, 2003).

Según (Broe et al, 2003), la demencia frontotemporal puede tener diferentes niveles de severidad, las cuales se mencionan a continuación:

- Leve (1): aunque hay problemas cognitivos y conductuales la persona puede llevar a cabo sus actividades habituales
- Moderada (2): necesita alguna ayuda con sus actividades diarias y su autocuidado
- Severa (3): necesita ayuda para su autocuidado, pero aún es capaz de caminar y decir alguna palabra
- Profunda (4-5): mudo, incontinente, no puede caminar, tiene dificultades para comer.

Como también afirma que actualmente no hay medicaciones para curar o enlentecer la evolución de la enfermedad, su duración varía de 1 a 20 años y es causal de una muerte prematura.

Una de las investigaciones que confirman lo anteriormente dicho y realizada en Perú es la de (Custodio et al., 2015) en la cual su objetivo fue detectar alteraciones específicas de funciones ejecutivas y de cognición social en pacientes con demencia frontotemporal con rasgos conductual. Evaluación que se realizó por medio de la aplicación de la batería ejecutiva y cognición social del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO), la cual incluye pruebas de teoría de la mente (test de la mirada y test de metida de pata), test de diligencias múltiples-versión del hospital y el Iowa Gambling Test para toma de decisiones; a pacientes con demencia frontotemporal en estadios iniciales su utilidad para evaluar función ejecutiva.

El estudio se realizó en 48 individuos seleccionados de forma abierta que acudieron a la unidad de diagnóstico de deterioro cognitivo y prevención de demencia de la clínica Internacional y del Instituto Peruano de Neurociencias entre enero del 2012 y julio del 2015; estudio que concluye la funcionalidad de la batería ejecutiva y cognición social de INECO para detectar alteraciones ejecutivas y de cognición social en estadios precoces de demencia frontotemporal, variante conductual que las tareas empleadas en la batería ejecutiva estándar, como también permite identificar el diagnóstico asertivo de la demencia, según los criterios ya mencionados. (Custodio et al., 2015)

5.6 Demencia Enfermedad Cardiovascular

El concepto de enfermedad cerebrovascular se refiere a todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico. El término ictus representa de forma genérica un grupo de trastornos que incluyen el infarto cerebral, la hemorragia cerebral y la hemorragia subaracnoidea (Diez Tejedor, Del Brutto, & Alvarez Sabín, 2001, págs. 455-464)

Entre otros puntos de vista que ofrecen Díez, (Diez Tejedor, Del Brutto, & Alvarez Sabín, 2001, págs. 445-464), se encuentra el anatomopatológico, donde podemos encontrar dos tipos de lesión cerebral:

- Infarto cerebral pálido. Generado en la zona distal a una oclusión arterial persistente. En las zonas con flujo sanguíneo, como por ejemplo el borde del infarto, se observa

presencia leucocitaria. Posteriormente los macrófagos ocupan la zona y los productos necróticos se eliminan durante meses.

- Infarto cerebral hemorrágico. Situación similar a la anterior pero que presenta una importante concentración de eritrocitos dentro de la zona infartada. Las placas petequiales predominan en la sustancia gris, dada su mayor vascularización relativa. Frecuentemente está asociado a infartos de mecanismo embólico.

Respecto a la enfermedad vascular un estudio realizado en Madrid, en la cual la definen como una de las primeras causas de ingreso hospitalario, ya que su incidencia se incrementa a partir de los 55 años (Villanueva J. , 2004). Su elevada presencia cubre (entre 150-350 casos/100.000 habitantes/año, con amplias variaciones) representa la primera causa de invalidez, un riesgo elevado de demencia además de conllevar una elevada mortalidad. En efecto, alrededor de un 10% de las muertes en países industrializados tienen por causa de la enfermedad vascular y se relaciona con problemas de hipertensión. Entre sus factores de riesgo se encuentra: Diabetes, aterosclerosis, hipertensión y el tabaquismo; además, son muy frecuentes en la población factores como la obesidad y el sedentarismo. (Villanueva J. , 2004)

Por medio de una investigación en Cuba realizada por (Perez Rodriguez, & et al. 2017) con el objetivo de caracterizar los pacientes geriátricos que sufren demencia vascular, atendidos en la consulta de enfermedad cerebrovascular del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus; la cual se desarrolló por medio de un estudio descriptivo en 102 pacientes con demencia vascular, en una población de 621 ancianos desde enero de 2008 a diciembre del 2012; por último se determinó el tiempo de evolución entre la enfermedad cerebrovascular y la aparición de la demencia, topografía del infarto, extensión y grado de dependencia; así como la edad y el color de la piel.

Los resultados del estudio realizado por (Perez Rodriguez, & et al. 2017) predomino los pacientes masculinos 66,7% y los de piel negra 81,4% Hubo ligero influjo en los que desarrollaron la enfermedad entre 3 y 5 años 46,1% Los infartos corticales 77,5 % y múltiples 75,5% fueron la mayoría, y predominaron los pacientes con afectación del validismo 56,9%. Sin embargo, el espectro clínico constituye la herramienta fundamental en el diagnóstico y manejo de los pacientes con demencia vascular, donde el tiempo de evolución y la raza son relevantes.

Otro ejemplo, es la investigación realizada en Colombia por Alvarado C., Gómez J. F., Etayo E., Giraldo C. E., Pineda A., & Toro E. en el 2014 en la faculta de medicina de la Universidad

Nacional sobre la importancia de la enzima como la Estatinas en prevención de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, donde refleja la incidencia de esta como causa de muerte tanto en hombres como en mujeres en los países desarrollados y también en muchos de los en vías de desarrollo.

Además se menciona el estudio epidemiológico Multiple Risk Factors Intervention Trial (MRFIT), donde se observa una asociación entre niveles de colesterol y riesgo cardiovascular pero en un meta-análisis los datos combinados de estudios de prevención primaria y secundaria han mostrado una reducción de 27% en el ataque cerebrovascular asociado al uso de estatinas.

En esta investigación se muestran los datos de los estudios solo de prevención secundaria, lo cuales han mostrado un 32% de reducción en el ataque cerebrovascular ($P=0.001$). En los estudios de prevención primaria, se apreció una reducción no significativa de 15% en el ataque cerebrovascular ($P=0.48$) según Alvarado C., Gómez J. F., Etayo E., Giraldo C. E., Pineda A., & Toro E. en el 2014. Sin embargo, en pacientes hiperlipidémicos que no han tenido previamente ataque cerebrovascular, las estatinas reducen la incidencia. Se ha sugerido que la reducción en los eventos de ataque cerebrovascular con las estatinas puede ser resultado de los efectos del descenso del colesterol sobre la progresión y estabilidad de la placa de aterosclerosis carotídea extracraneal, o la marcada reducción de incidentes de eventos cardíacos coronarios asociados con el tratamiento (Alvarado et al., 2014). Sin embargo, la duración de la terapia puede también afectar el beneficio en términos de declinación cognitiva, incapacidad y dependencia. Por otro lado, se basaron desde el estudio de ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid Lowering Arm) realizado en pacientes con hipertensión y otros factores de riesgo cardiovascular y sin dislipidemia, donde se observa cómo se redujo el ataque cerebrovascular en un 27 por ciento en un seguimiento medio de 3.3 años.

Como conclusión del análisis por parte de Alvarado C., Gómez J. F., Etayo E., Giraldo C. E., Pineda A., & Toro E. (2014) mencionan los estudios observacionales y muestran que los pacientes que reciben estatinas tienen un riesgo reducido de demencia.

5.7 Demencia Cuerpo de Lewy

Demencia por Cuerpos de Lewy según se caracteriza por demencia, alteraciones de la marcha y el equilibrio, alucinaciones visuales prominentes, ideas delirantes tempranas en el curso de la enfermedad, fluctuaciones clínicas pueden cursar de diferentes formas, desde períodos de lucidez, a la presencia de descensos importantes en el nivel de conciencia y períodos prolongados de somnolencia diurna; Los síntomas psicóticos son frecuentes; las alucinaciones visuales son experimentadas con una gran sensación de realidad y son las más características. Son alucinaciones bien formadas y recurrentes e incluyen normalmente animales, niños o gente pequeña, aunque pueden incluir también objetos inanimados o percepciones abstractas (Sierra, Torralva, Roca, Manes, & Burin, 2010)

Para complementar, según (Garzón Giraldo, Montoya Arenas, & Carvajal Castrillón, 2015), en su investigación acerca de perfil clínico y neuropsicológico, la enfermedad por cuerpos de Lewy; es considerada un cuadro neurodegenerativo que se ha asociado a la presencia de cuerpos de Lewy a nivel cortical y subcortical y se caracteriza por fluctuaciones cognitivas y alucinaciones visuales. En ella los síntomas neurocognitivos y conductuales son “fluctuantes” en lo relacionado con el nivel de conciencia, las funciones ejecutivas y atencionales y la memoria episódica.

De lo anterior, se entiende que la presencia de demencia por cuerpos de Lewy, representa entre un 15 y un 25 por ciento de estas, lo que la convierte en la segunda causa más frecuente de demencia tras la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo es una de las demencias más complejas para diagnosticar por presentar síntomas similares a otras, esta área de estudio no ha sido muy profundizada pero aunque son pocos los casos clínicos podemos basarnos en el artículo de Romero, C., Expósito, L. Mohedano, C., Chacón, A., López, A.,(2014) llamado demencia por Cuerpos de Lewy: un síndrome clínico difícil de identificar. En este se habla sobre un caso clínico del Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla – España) perteneciente a una paciente de 44 años de edad, la cual no presenta antecedentes familiares de interés, pero si se registró como una paciente fumadora, ya que al día era capaz de fumar 20 cigarrillos; sin embargo es remitida al servicio por presentar “síndrome depresivo, alucinaciones visuales, pérdida de conciencia recurrentes similares a una episodio epiléptico, sin embargo le descartan patología de orden orgánica.

Desde entonces, la paciente es seguida en la consulta de psiquiatría y de psicología clínica, durante su evolución ha presentado sintomatología variada: depresiva, apatía importante,

hiporexia, alteraciones amnésicas, alucinaciones visuales, auditivas y cenésticas, así como crisis de desvanecimiento que comienzan en el año 2010 y que llegan a ser tan frecuentes que requieren ingreso en la Unidad de Psiquiatría de Agudos en agosto de 2011.

Los síntomas mencionados han generado que esta paciente reciba diferentes diagnósticos como: depresión mayor, distimia, trastorno conversivo, trastorno histriónico de la personalidad y trastornos cognitivos secundarios/asociados a problemas psiquiátricos; situación que desde el campo médico ha generado que sea medicada con diferentes fármacos y psicoterapia sin presentar mejorías de síntomas.

Después de cierto tiempo y observar que los síntomas persisten y se agudizan el grupo médico decide realizar una valoración implicando todas las funciones cognitivas para ello se aplicó prueba de screening donde su puntuación total se encontraba en los intervalos de 13 de 30; también se utilizó una batería de exploración neuropsicológica (Test Barcelona) en la que se aprecia deterioro importante en la mayor parte de las áreas que evalúa (atención, praxias, memoria, concentración, orientación, lenguaje...), dentro de otros exámenes realizados se encuentra los siguientes y sus respectivos resultados: Hemograma y bioquímicas normales, TAC craneal: normal, RMN: normal, EEG con privación de sueño y estimulación lumínica: normal (posiblemente, debido a que cuando se procede con la prueba la paciente llevaba 6-7 meses en tratamiento con antiepilépticos), SPECT: “disminución de la captación del radiotrazador de carácter difuso, que afecta a hemisferio cerebral izquierdo y que es más evidente en el lóbulo parietal, giro frontal inferior y medio y región temporal anterior. También se aprecia hipocaptación frontal medial y superior bilateral. Existe una asimetría de captación a nivel de ganglios basales, apreciándose una disminución relativa de la captación en el ganglio basal derecho. No existen alteraciones de captación en el hemisferio cerebral derecho, ni en el tálamo ni en el cerebelo”.

De acuerdo a los exámenes realizados, fueron los resultados quienes guiaron a los especialistas a realizar el diagnóstico de probable Demencia por Cuerpos de Lewy, remitiendo a la paciente a la unidad de neuropsicología para su control y tratamiento de su patología; teniendo en cuenta las dificultades motoras, los síntomas cognitivos y conductuales y las alteraciones del sueño, así como el asesoramiento de familiares y/o cuidadores.

Teniendo en cuenta lo anterior se concluye la demencia con Cuerpo de Lewy como un síndrome demencial caracterizado por la presencia de fluctuaciones cognitivas, conductuales, alucinaciones, visuales y síndrome parkinsoniano, existiendo además otras características clínicas

que la pueden catalogar como una demencia silenciosa y confusa, ya que no es necesario tener antecedentes o malos hábitos (comida, fumar, alcohol) para poder tener este diagnóstico.

6 Conclusiones

- Se puede identificar como factores de riesgo para el deterioro cognitivo mayor, el declive clínicamente significativo de diferentes funciones cognitivas, que afectan la interacción social, la adaptación al entorno y la independencia y la autonomía del sujeto.
- A nivel mundial la demencia más predominante según los hallazgos es la demencia por tipo Alzheimer Seguida de la demencia por cuerpo de Lewy.
- De acuerdo con la revisión se identifica que si bien se han generado estrategias para el diagnóstico e intervención estas aún son insuficientes, por lo que se requiere fortalecer los procesos de investigación en estas patologías que permitan mejorar la atención clínica y contribuyan a una mejor rehabilitación del paciente.
- Como resultado, también podemos comprender que entre los factores de protección es trabajar en un modelo de salud de prevención y promoción, que permita la incorporación de hábitos de vida saludable en los que se incluya la actividad física permanente, el ocio, adecuados hábitos alimenticios y la regulación del estado sueño vigilia. Finalmente la regulación de estados emocionales como el estrés y la ansiedad, aspectos que se requieren sean prioritarios en el sistema de seguridad social.

Referencias

- Arcila, R. d. (2009). Factores de riesgo para el deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277-284.
- Arizaga, R. L., Gogorza, R. E., Baumann, D., Allegri, R. F., Morales, M., Harris, P., & Pallo, V. (2005). Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). *Revista de Neurología Argentina*, 30(2), 83-90.
- Baquero, M., Blasco, R., Campos Garcia, A., Garcés, M., Fages, E., & Andreu Catalá, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38(4), 323-326.
- Bentosela, M., & Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Bocanegra, Y., Trujillo Orrego, N., & Pineda, D. (2014). Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson: una revisión. *Revista de Neurología*, 59(12), 555-569.
- Camargo Hernández, K., & Laguado Jaimes, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 19(2), 163-170. Obtenido de <https://bit.ly/2mTxcPf>
- Cancino, M. (Noviembre de 2016). Factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 43(3), 183-189. Obtenido de <https://bit.ly/2nJ45hL>
- Córcoles, D., & Martínez, M. A. (2018). Síntomas neuropsiquiátricos como factor de confusión en la detección de la demencia. *Sociedad española de familia y comunitaria*, 50(5), 267-273. Obtenido de <https://bit.ly/2nN1PWs>
- Cordoba, A., & Poches, D. (2014). Intervención en cuidadores de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia*, 8(2), 73-81.
- Damian, J., Valderrama Gama, E., Rodríguez Artalejo, F., & Martín Moreno, J. (2004). Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 268-274.

- Demey, I. (2008). Demencia en la enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpo de lewy. *Revista Neurológica Argentina*, 33, 3-21.
- Diez Tejedor, E., Del Brutto, O., & Alvarez Sabín, J. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares - Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Revista de Neurología*, 33(5), 455-464. Obtenido de <https://bit.ly/2Ixi3y>
- Escalona, C., Roca, A., & Blanco, K. (Diciembre de 2012). Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo. *Medwave-Revista Biomédica*, 12(11). doi:10.5867/medwave.2012.11.5570
- Garzón Giraldo, M., Montoya Arenas, D. A., & Carvajal Castrillón, J. (2015). Perfil clínico y neuropsicológico: enfermedad de Parkinson/Enfermedad por cuerpos de Lewys. *Revista CES*, 29(2), 255-270.
- Gonzales Gonzales, C., Deza Becerra, F., León Jimenez, F., & Poma, O. J. (Octubre de 2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo : experiencia en un centro de adulto mayor de Lambayeque. *In Anales de la Facultad de Medicina*, 75(4), 327-330.
- Goodling, M., Amaya, E., Parra, M., & Rios, A. (2006). Prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva 2003-2005. *Neurología Colombiana*, 22(3), 243-248.
- Guzmán Olea, E., Pimentel Pérez, B. M., Salas Casas, A., Armenta Carrasco, A. I., Oliver Gonzalez, L., & Agis Juárez, R. A. (2016). Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados. *Acta Universitaria*, 6(6), 53-59. doi:10.15174/au.2016.1056
- Herrero, A., Velilla, N., & Renedo, F. (2011). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en el anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(6), 311-318.
- Leite, M. T., Castioni, D., Kirchner, R. M., & Hildebrandt, L. M. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Revista Enfermería Global*, 14(37), 1-11.
- León, J. B. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Parkinson en España y su contextualización mundial. *Revista de Neurología*, 66(4), 125-134. Obtenido de <https://bit.ly/2nHq5te>
- Llibre Rodriguez, M. R. (2014). Demencia y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3).

- Mejía, A., & Jaimes, A. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica de México*, 49(4), 475-481.
- Mias, C. D., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba. *Revista de Neurología*, 44(12), 733-738.
- Niu, H., Alvarez Alvarez, I., Guillén Grima, F., & Aguinaga Ontoso, I. (2017). Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8), 523-532.
- Perez Rodriguez, M., Gracias Zacarias, J., Martinez Baldalo, E., Valdivia Cañizares, S., Borroto Carpio, I., & Pedraza Nuñez, H. (Abril de 2017). Características de pacientes geriátricos con demencia vascular. *Gaseta Medica Espirituana*, 19(1), 53-59. Obtenido de <https://bit.ly/2mL5Zyk>
- Prieto Vega, D. M., & Gurdel Da Costa, M. L. (2013). Estimulación Transcraneal de Corriente Directa en Parkinson - Revisión Sistemática. *Revsita Neurociencias*, 356-363.
- Rodríguez, C. J. (Mayo de 2010). *EstudioSAMCarlosVelasquez.pdf*. Obtenido de Prevalencia de demencia y factores asociados en adultos mayores del Barrio Lourdes del municipio de Comayagua -Honduras: <https://bit.ly/2BaCzg2>
- Salud, A. M. (Noviembre de 2010). Aprendizaje de adultos mayores con deterioro cognitivo asociado a la edad mediante consecuencias diferenciales. *Journal of Behavior, Healt & Issues*, 2(2), 47-56.
- Sierra, N., Torralva, T., Roca, M., Manes, F., & Burin, D. I. (2010). Estimación de la inteligencia premórbida en deterioro cognitivo leve y moderado y en deficit ejecutivo. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 2(1), 25-32.
- Villanueva, J. (2004). Enfermedad vascular cerebral: factores de riesgo y prevención secundaria. *An Med Interna*, 21, 159-160.
- Villanueva, J. (2004). Enfermedad vascular cerebral: factores de riesgo y prevención secundaria. *An Med Interna*, 21, 159-160. Obtenido de <https://bit.ly/2m8FKkP>