



ORIGINAL

Características del Síndrome Demencial en la Atención Primaria de Salud

Characteristics of the Dementia Syndrome in Primary Health Care

Amalia Matos-Rodríguez¹  , Sorelis Sargenton-Savon¹  , Yunaisys Mosqueda-Lobaina¹  , Eduardo Enrique Chibas-Muñoz²  

¹Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Hospital General Docente “Dr. Agosthino Neto. Guantánamo, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo, Cuba.

Citar como: Matos-Rodríguez A, Sargenton-Savon S, Mosqueda-Lobaina Y, Chibas-Muñoz EE. Características del Síndrome Demencial en la Atención Primaria de Salud. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria*. 2023;3:45. <https://doi.org/10.56294/ri202345>

Enviado: 18-04-2023

Revisado: 12-05-2023

Aceptado: 29-06-2023

Publicado: 30-06-2023

Editor: Prof. Dr. Carlos Oscar Lepez 

Artículo revisado por pares

RESUMEN

Introducción: la demencia es uno de los trastornos cerebrales orgánicos más importantes. Se manifiesta de forma crónica y progresiva, con presencia de alteraciones en funciones cognitivas como la memoria, el pensamiento, la orientación, el cálculo, el lenguaje y la capacidad de aprendizaje sin tener que producir, en principio, un trastorno en la conciencia.

Objetivo: caracterizar a los pacientes con diagnóstico de síndrome demencial en la consulta de Geriátrica del Policlínico “Asdrúbal López Vázquez” en Guantánamo durante el período de junio de 2019 a julio de 2021.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el Policlínico “Asdrúbal López Vázquez” en el municipio y provincia Guantánamo. En el análisis estadístico se extrajeron las variables sexo, grupo de edad, nivel escolar, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos familiares, antecedentes patológicos personales, grupo de deterioro cognitivo según Minimental test Examination, Nivel de independencia de los pacientes según índice de Katz e índice de Lawton, a través del paquete estadístico SPSS 23.0, se obtuvieron los indicadores descriptivos, así como los totales y porcentajes.

Resultados: según los resultados del Mini Mental Test Folstein y el Sexo, encontramos un predominio del sexo femenino en el grupo con deterioro cognitivo con un 21,7 % (17), se puede apreciar que el nivel escolar es estadísticamente significativo ($p=0,001$) para hablar de síndrome demencial, el bajo nivel escolar tiene 5,53 veces más riesgo ($RR=5,5$).

Conclusiones: el sexo femenino, el bajo nivel escolar, el tabaquismo y la Hipertensión arterial constituyen factores de riesgo para padecer deterioro cognitivo.

Palabras clave: Demencia; Funciones Cognitivas; Síndrome Demencial.

ABSTRACT

Introduction: dementia is one of the most important organic brain disorders. It manifests itself chronically and progressively, with the presence of alterations in cognitive functions such as memory, thought, orientation, calculation, language and learning capacity without having to produce, in principle, a disorder in consciousness.

Objective: to characterize patients diagnosed with dementia syndrome in the Geriatrics Clinic of the “Asdrúbal López Vázquez” Polyclinic in Guantánamo during the period from June 2019 to July 2021.

Methods: an observational, descriptive cross-sectional study was carried out in the “Asdrúbal López Vázquez” Polyclinic in the municipality and province of Guantánamo. In the statistical analysis, the variables sex, age group, school level, toxic habits, family pathological history, personal pathological history, cognitive

impairment group according to the Minimental Test Examination, the level of independence of the patients according to the Katz index and the index of Lawton, through the SPSS 23.0 statistical package, descriptive indicators were obtained, as well as totals and percentages.

Result: according to the results of the Folstein Mini Mental Test and Sex, we found a predominance of the female sex in the group with cognitive impairment with 21,7 % (17), it can be seen that the school level is statistically significant ($p= 0,001$) to talk about dementia syndrome, low school level has 5,53 times more risk ($RR=5,5$).

Conclusions: the female sex, low school level, smoking and arterial hypertension are risk factors for cognitive impairment.

Key words: Dementia; Cognitive Functions; Dementing Syndrome.

INTRODUCCIÓN

La demencia es uno de los trastornos cerebrales orgánicos más importantes. Se manifiesta de forma crónica y progresiva, con presencia de alteraciones en funciones cognitivas como la memoria, el pensamiento, la orientación, el cálculo, el lenguaje y la capacidad de aprendizaje sin tener que producir, en principio, un trastorno en la conciencia. Sin embargo, puede ocasionar un deterioro en el control emocional, en el comportamiento social o en la motivación. El diagnóstico clínico de la demencia está basado en la detección de un conjunto de síntomas, siguiendo unos criterios diagnósticos internacionales aceptados por la comunidad científica.⁽¹⁾

Se ha estimado que el número de personas con demencia aumentaría de 57,4 millones de casos a nivel mundial en 2019 a 152,8 millones de casos en 2050. A pesar de los grandes aumentos en el número proyectado de personas que viven con demencia, la prevalencia de ambos sexos estandarizada por edad se mantuvo estable entre 2019 y 2050. Se proyecta el predominio del sexo femenino hasta 2050.⁽²⁾

En el presente milenio los síndromes demenciales constituyen un gran problema de salud a nivel mundial producto del envejecimiento progresivo de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la demencia afecta a 50 millones de personas en todo el mundo, de las cuales alrededor del 60 % viven en países de medianos y bajos ingresos.⁽³⁾

Hacia la segunda década del presente siglo de 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe, se produjo un incremento de 4,1 millones en el 2020, y se prevé un aumento de 9,1 millones en 2040, de manera similar a los datos de Norteamérica.⁽⁴⁾

En Cuba se estiman en 130 000 las personas con enfermedad de Alzheimer o una demencia relacionada, número que aumentará a 260 000 personas en el 2030, con 28 570 casos nuevos por año. El número de cubanos con demencia se incrementará en 2,3 veces para el 2040, es decir, a 300 000 personas con demencia, lo que supone, el 2,7 % de la población.^(5,6)

Las anteriores cifras son alarmantes más aún antes la proyección de que Cuba arribará dentro de 20 años a un 31 % de su población con 60 años y más, y será en ese momento el país más envejecido de América Latina y el Caribe y en el 2050 se encontraría entre los 11 países más envejecidos del mundo, con un 38 %.⁽⁷⁾

Sin duda alguna, la demencia constituye una prioridad de salud pública a nivel global en función de su alta prevalencia, del efecto devastador que ocasiona en los pacientes y su entorno familiar, de su impacto sobre los sistemas asistenciales sanitarios y sociales, con el costo económico que origina, y de la necesidad de establecer planes de actuación integrales que la aborden.^(8,9)

Es objetivo de la investigación caracterizar a los pacientes con diagnóstico de síndrome demencial en la consulta de Geriátrica del Policlínico “Asdrúbal López Vázquez” en Guantánamo durante el período de junio de 2019 a julio de 2021.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnóstico de síndrome demencial pertenecientes a la consulta de Geriátrica del Policlínico “Asdrúbal López Vázquez” en el municipio y provincia de Guantánamo perteneciente al país de Cuba durante el período de junio de 2019 - Julio de 2021.

El universo de estudio estuvo constituido por 184 pacientes senescentes de 60 años y más, que se les aplicó el Mini Mental Test Examination, se utilizó el tipo de muestreo aleatorio simple con una selección de 78 pacientes, esta muestra se fraccionó en dos series de grupos atendiendo a la presencia de deterioro cognitivo en estos pacientes. Un grupo conformado por 26 pacientes que el test dio positivo y clasificados con deterioro cognitivo y el segundo grupo conformado por 52 pacientes sin deterioro cognitivo, ambos grupos cumplieron con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 60 años de edad con presencia de alteraciones en funciones

cognitivas

Criterios de exclusión: pacientes con enfermedades psiquiátricas, degradación del nivel de conciencia, bajo terapia electroconvulsivante, que sufrieran de afasia, hipoacusia, de ceguera o debilidad visual.

Para la obtención del dato primario se encuestaron a los pacientes mediante el Minimental Test Examination, con el objetivo de detectar el deterioro cognitivo y se procedió a clasificarlo en ligero moderado y severo, y se confeccionó un formulario, por los autores con las variables siguientes: sexo, grupo de edad, nivel escolar, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos familiares, antecedentes patológicos personales, grupo de deterioro cognitivo según Minimental test Examination, Nivel de independencia de los pacientes según índice de Katz e índice de Lawton.

Para el procesamiento y análisis de la información se creó una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 y a través del paquete estadístico SPSS versión 23.0, se obtuvieron los indicadores descriptivos correspondientes: frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Posteriormente se realizó un análisis comparativo a las variables empleando el riesgo relativo (RR) para establecer las variables que constituían un factor de riesgo en la población estudiada, se utilizó el Odd Ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %). Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

Los instrumentos aplicados fueron: Mini Mental Test Folstein prueba validada internacionalmente para el diagnóstico del deterioro cognitivo en cualquier persona. Asigna al paciente en una escala cualitativa ascendente. A menor puntuación mayor será el deterioro cognitivo y viceversa. El total máximo de puntos es 30, puntuaciones inferiores a 24 puntos sugieren deterioro cognitivo; el índice de Índice de Katz esta escala se realiza sobre una base dicotómica "independencia-dependencia", las instrucciones y el protocolo de observación permiten también diferenciar entre aquellas personas mayores que ejecutan la actividad con ayuda humana y aquellos que lo hacen sin tal tipo de asistencia. A efectos de puntuación, sin embargo, solamente estos últimos son evaluados como independientes. Consta de 6 elementos ordenados en una escala tipo Guttman de acuerdo con la cuál existiría una progresión natural, tanto en la pérdida, como en la recuperación tras la rehabilitación, de las habilidades para la vida diaria). Cada elemento tiene 3 posibles respuestas. Según la puntuación total los pacientes quedan clasificados en 8 grupos; índice Lawton: el índice de Lawton apoya a la detección de los primeros indicios del deterioro funcional en la persona mayor que vive en su domicilio o en instituciones de cuidados prolongados, lo que permite monitorear con regularidad a la persona mayor en riesgo de discapacidad. Evalúa 8 actividades: usar el teléfono, cocinar, lavar ropa, hacer tareas de la casa, usar transporte; manejar las finanzas, hacer compras, administrar medicamentos. En cuanto a la validez y confiabilidad se ha confirmado que la validez de este índice es de relevancia en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud, así como para evaluarlos. Las medidas de confiabilidad con los componentes básicos se le consideran aceptables. Su aplicación en la clínica permite detectar precozmente el plan terapéutico e identificar la necesidad de una asistencia.

Para la realización de la presente investigación se solicitó la aprobación por parte del Comité de Ética Médica y de Investigación del Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto, toda la información obtenida se utilizó únicamente con fines científicos y se tuvo en cuenta los principios éticos dictados en la Declaración de Helsinki.

RESULTADO

En la tabla 1 según la distribución de los pacientes por edad, se observó un predominio de los pacientes sin deterioro cognitivo con un 66,6 % (52) principalmente en el grupo de 60 a 69 años de edad con un 38,4 % (30). Al aplicar la estadística inferencial se observa que la edad no constituye un factor de riesgo a pesar de tener valores estadísticamente significativos ($p = 0,05$).

Según los resultados del Mini Mental Test Folstein y el Sexo, encontramos un predominio del sexo femenino en el grupo con deterioro cognitivo con un 21,7 % (17), sin embargo, en el grupo sin deterioro cognitivo predominó el sexo masculino con un 47,4 % (37). Al aplicar la estadística inferencial podemos observar que el sexo es estadísticamente significativo ($p = 0,001$) y que el sexo femenino tiene 2,72 veces mayor riesgo de que aparezca el deterioro cognitivo con respecto al masculino con un 95 % de certeza.

En cuanto a los pacientes y sus hábitos tóxicos observamos un predominio del consumo de tabaco en el grupo con deterioro cognitivo con un 21,7 % (17) y en el grupo sin deterioro cognitivo el consumo de café con el 37,1 % (29). Cuando observamos los resultados de la estadística inferencial observamos que no existen diferencias significativas entre los grupos, pero si se demuestra que constituye un factor de riesgo y tienen 1,66 veces más riesgo de tener deterioro cognitivo los que padecen de tabaquismo.

Al observar los resultados de la tabla 2 se puede inferir que hay un predominio del nivel escolar primario con un 17,9 % (14) en el grupo con deterioro cognitivo y en el grupo sin deterioro cognitivo predominaron los que tienen nivel escolar de secundaria básica con un 33,3 % (26). Al aplicar la estadística inferencial se observa y afirmar con un 95% de certeza, que existen diferencias significativas ($p = 0,001$) entre los grupos, el nivel escolar bajo constituye un factor de riesgo y tienen 5,53 veces más riesgo de aparecer el deterioro cognitivo en los pacientes con nivel escolar de primaria.

Tabla 1. Distribución los pacientes estudiados con síndrome demencial según grupos de edades, sexo y hábitos tóxicos

Variable		Con síndrome demencial		Sin síndrome demencial		Total		P	RR (IC 95%)
		No	%	No	%	No	%		
Grupos de edades (Años)	60 a 69	8	10, 2	30	38, 4	38	48, 6	0,05 ^a	0,42
	70 a 79	10	12, 8	10	12, 8	20	25, 6		
	80 a 89	6	7, 6	8	10, 2	14	17, 8		
	90 y más	2	2, 5	4	5, 1	6	10, 3		
Total		26	33,3	52	66, 6	78	100		
Sexo	Masculino	9	11, 5	37	47, 4	46	58, 9	0,001 ^a	2,72
	Femenino	17	21,7	15	19, 2	32	41, 02		
Total		26	33,3	52	66, 6	78	100		
Hábitos Tóxicos	Tabaquismo	17	21, 7	16	20, 5	33	42, 3	0,11712	1,66
	Café	13	16, 6	29	37, 1	42	16, 6		
	Alcoholismo	4	5, 1	0	0	4	5, 12		
Total (n=78)		34	43, 5	45	57, 6	-	-		

^a: Estadísticamente significativo, RR: Riesgo Relativo, IC: intervalo de confianza

Tabla 2. Distribución de frecuencia de los pacientes estudiados con síndrome demencial según el nivel escolar

Nivel escolar	Con síndrome demencial		Sin síndrome demencial		Total		P	RR (IC 95%)
	No	%	No	%	No	%		
Primario	14	17, 9	5	6, 4	19	24, 3	0,001 ^a	5,53
Secundaria	4	5, 1	26	33, 3	30	38, 4		
Pre-Universitario	7	8, 9	15	19, 2	22	25, 6		
Universitario	1	1, 2	6	7, 6	7	8, 9		
Total	26	33, 3	52	66, 6	78	100		

^a: Estadísticamente significativo, RR: Riesgo Relativo, IC: intervalo de confianza

En la tabla 3 se puede visualizar la distribución de frecuencia de los pacientes estudiados con síndrome demencial según antecedentes patológicos familiares, podemos observar que predominaron los familiares sin antecedentes en ambos grupos con y sin deterioro cognitivo un 88,5 % y 71,3 % respectivamente. Al calcular el riesgo relativo, fundamentalmente respecto a la madre y el padre, pudimos encontrar que en ambos grupos constituye un factor de riesgo que los padres tengan demencia o algún trastorno psiquiátrico y tienen 2 veces más posibilidad de que aparezca el síndrome demencial en los individuos cuyos padres han tenido trastornos de este tipo.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de los pacientes estudiados con síndrome demencial según antecedentes patológicos familiares

Antecedentes patológicos familiares	Con síndrome demencial								Sin síndrome demencial							
	Abuelo		Padre		Madre		Hermano		Abuelo		Padre		Madre		Hermano	
	No (n=78)	%	No (n=78)	%	No (n=78)	%	No (n=78)	%	No (n=78)	%	No (n=78)	%	No (n=78)	%	No (n=78)	%
Demencia	10	9,6	7	26,9	9	34,6	4	23,5	52	25,0	13	25,0	18	34,6	2	2,6
Trastornos Psiquiátricos	2	1,9	1	3,8	3	11,5	3	17,6	7	3,4	1	1,9	3	5,7	4	5,2
Sin antecedentes	92	88,5	18	69,2	14	53,8	10	58,8	149	71,6	38	73,1	31	59,6	70	92,1

RR= 1,75; p≥0,05 (p= 0,49356); RR= 1,68; p≥0,05 (p= 0,51525)
RR: Riesgo Relativo

Al observar los resultados de la tabla 4 se interpreta que en ambos grupo con y sin deterioro cognitivo predominan los pacientes con hipertensión arterial, con 76,9 % (20) y 50 % (26), respectivamente.

Tabla 4. Distribución de frecuencia de los pacientes estudiados con síndrome demencial según Antecedentes Patológicos Personales

Antecedentes Patológicos Personales	Con síndrome demencial (n=26)		Sin síndrome demencial (n=52)	
	No	%	No	%
HTA	20	76,9	26	50,0
Consumo de Tabaco	17	65,4	8	15,4
Diabetes mellitus	8	30,8	10	19,2
Consumo de alcohol	4	15,3	5	9,6
Enfermedades cerebro vasculares	3	11,5	2	3,8
Cardiopatías	2	7,6	5	9,6
EPOC	1	3,8	3	5,8
Parkinson	1	3,8	0	0
VIH	1	3,8	0	0
Hepatopatía	0	0	2	3,8
Epilepsia	1	3,8	0	0
Enfermedad tiroide	0	0	0	0
Traumatismos craneoencefálicos recientes	0	0	0	0

En la tabla 5 se puede observar un predominio de los pacientes con independencia con un 65,3 % (17) respecto al índice de Kazt para las actividades básicas de la vida diaria, y un predominio de los pacientes sin independencia con un 69,2 % (18) según el índice de Lautow para poder desarrollar las actividades instrumentadas de la vida diaria.

Tabla 5. Distribución de frecuencia de los pacientes estudiados con síndrome demencial según nivel de independencia en relación índice de Kazt e índice de Lautow

Nivel de Independencia	Síndrome Demencial			
	Índice de Kazt Actividades básicas de la vida diaria		Índice de Lautow Actividades instrumentadas de la vida diaria	
	No	%	No	%
Con Independencia	17	65,3	8	30,7
Sin Independencia	9	34,6	18	69,2
Total	26	100	26	100

DISCUSIÓN

Pérez et al.⁽¹⁰⁾ notificó que en su estudio que luego de haber aplicado el mini - examen de Folstein, observó un incremento progresivo con la edad del deterioro cognoscitivo, siendo los pacientes agrupados entre los 70 - 79 años, seguidos por lo de 80 y más, resultados divergentes a los obtenidos por los autores, Hernández et al.⁽¹¹⁾ en su estudio plantea que, en los países en desarrollo, las personas llegan a la tercera edad con mayor deterioro de su calidad de vida y mayor acumulación de enfermedades crónicas asociadas. Esto está condicionado por estilos de vida poco saludables, hábitos de alimentación incorrectos y sistemas de salud deficientes, sobre todo en países de medianos y bajos ingresos.

Los autores plantean que con el aumento de la expectativa de vida en nuestro país, que ya alcanza los 75 años, tendremos que enfrentarnos cada vez más a pacientes senescentes con deterioro mental, que a pesar de la edad no constituir un factor de riesgo en nuestro estudio, el personal de salud debe presentar una visión preventiva con tratamiento oportuno en pacientes con edades avanzadas para lograr una mejor calidad de vida

en estos pacientes.

Hernández et al.⁽¹²⁾ informaron en su estudio que el 66 % estuvo representado por mujeres, de las cuales el 12,7 % presentó algún tipo de demencia, en concordancia con nuestro estudio. Se plantea que el impacto de la demencia y los síntomas que se presentan, es mucho mayor en mujeres que en hombres y más aún en los países de medianos y bajos ingresos, resultados estos similares a los de Llibre et al.⁽¹³⁾ en su estudio.

Pérez et al.⁽¹⁰⁾, en su estudio encontró un predominio del sexo femenino en los pacientes con Síndrome Demencial con un 63,4 % sobre todo los por encima de los 75 años.

El sexo femenino estadísticamente está vinculado a una mayor situación de estrés emocional y cambios emocionales bruscos que en cierta medida condicionan como factores de riesgo que a largo plazo puedan desarrollar esta enfermedad.

Martínez et al.⁽¹⁴⁾ en su estudio plantea que en pacientes con síndrome demencial predominaba como factores de riesgo el tabaquismo y la Hipertensión arterial, resultados estos que son similares a los obtenidos en nuestro estudio.

Pues realmente el tabaquismo como hábito toxico constituye históricamente un factor de riesgo para padecer distintas enfermedades que se reafirma en nuestra investigación, donde cobra un importante papel la función de los servicios de salud en el reforzamientos de las medidas preventivas para evitar la aparición de dicho factor en la población adulta mayor, sumado a esto está la Hipertensión arterial como comorbilidad antigua dañina en el hombro que perjudica el organismo de forma crónica y sistémica donde no escapa de esta enfermedad demostrada en nuestro estudio, esto demuestra el rigor en el tratamiento y control de por vida que deben llevar estos pacientes en cuanto a esta comorbilidad y la fuerte relación que existe entre la edad y la hipertensión arterial hacen que en este estudio la misma sea incidente.

Hernández et al.⁽¹⁵⁾ notificó en su estudio que la educación tiene efecto protector, lo que significaba que, a mayor nivel de escolaridad, menor es la prevalencia de demencia. Estos resultados coinciden en buena medida con los nuestros.

Estudios realizados por Terrado et al.⁽¹⁶⁾, Calzado et al.⁽¹⁷⁾ informaron que la prevalencia de demencia fue cero en los adultos mayores que tenían escolaridad universitaria. Algunas otras investigaciones resaltan el papel de la educación con relación a la demencia como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial del 2001.⁽¹⁸⁾

En esto juega un papel fundamental el sistema de educación de cada país quien debe garantizar a todos los ciudadanos el acceso a la educación y velar por la calidad y sostenibilidad de este derecho que de forma habitual favorece la baja prevalencia de esta enfermedad en la población adulta.

Martínez et al.⁽¹⁴⁾ en su estudio comenta acerca de la fuerte relación que existe entre los antecedentes familiares de demencia y los riesgos para padecer de la misma en un individuo sano, la literatura especializada como las publicaciones realizadas por Issell et al.⁽¹⁹⁾ y Alewijn et al.⁽²⁰⁾, establecen aumento del riesgo (2 a 7 veces) de padecer enfermedad de Alzheimer entre los familiares de los pacientes con dicha enfermedad, sobre todo, en los casos que comienzan antes de los 70 años, datos coincidente con lo reportado en nuestro estudio.

Llibre et al.⁽¹³⁾ plantean que en las personas que no mantenían una vida social activa el riesgo de demencia se duplicaba. En este sentido, se ha estudiado que un estilo de vida socialmente integrado y activo, así como la práctica de actividades de ocio, podrían proteger contra el desarrollo de demencia. La práctica habitual de ejercicios físicos se asocia con el buen humor y un estado afectivo positivo, lo que contribuye a la mejoría de la función física y cognitiva, así como la reducción de la ansiedad y la depresión. Lo contrario lleva a un mayor riesgo de desarrollar demencia.

Según lo reportado en la tabla 5 los autores afirman que los pacientes con demencia no deben de convertirse en una carga para la familia, debido a que muchos de ellos mantienen cierto grado de independencia para actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer solos, y otras actividades domésticas.

CONCLUSIONES

Según los resultados del Mini Mental Test Folstein, predominaron los pacientes sin deterioro cognitivo, en el grupo de edades de 60 a 69 años, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, pero no constituyó la edad un factor riesgo para tener deterioro cognitivo. Predominó el sexo femenino en el grupo con deterioro cognitivo. El sexo femenino, el bajo nivel escolar, el tabaquismo y la Hipertensión arterial constituyen factor de riesgo de padecer deterioro cognitivo. Según los índices de Katz, y Lawton, estos pacientes pueden desarrollar las actividades básicas de la vida cotidiana no así las actividades instrumentadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chira Prof MC, Sáez Zea C. Estudio Demencia tipo Alzheimer: últimos avances en el ámbito neuropsicológico.2014.02.

2. Gill Livingston, Sommerlad A, Vasiliki Orgeta, Sergi Costafreda G, Huntley J, Clive Ballard DA, Sube Banerjee

AB, Cohen-Mansfield J, Nick Fox CC, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Kenneth Rockwood Sampson EL, Quincy Samus, Schneider LS, Selbæk G, Naaheed Mukadam LT. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*. 2017; 390(10113), 2673-2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

3. Hernández Ulloa E, Llibre Rodríguez JJ, Bosh Bayard R y Zayas Llerena T. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome demencial en personas mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(3):e1409.

4. Organización Mundial de la Salud. Demencia. Nota descriptiva Diciembre de 2017. Ginebra: OMS; c2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

5. Hernández-Piñero L. Caracterización de ancianos con síndrome demencial y de sus cuidadores. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2020;45(2).

6. Bosch Bayard RI, Llibre Rodríguez JJ, Fernández Seco A, Borrego Calzadilla C, Carrasco García MR, Zayas Llerena, T, et al. Cuba's Strategy for Alzheimer Disease and Dementia Syndromes. *MEDICC Review*. 2016;18(4):9-13.

7. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Envejecimiento. Estadísticas Mundiales. *Factográfico Salud*. 2017;3(8).

8. Marín-Carmona JM y Formiga F. Demencia de inicio en edades avanzadas: aspectos clínicos y fisiopatológicos diferenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(6):261-263. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.005>

9. World Health Organization. Alzheimer's Disease International. Dementia: A public health priority. *World Health International* 2012. <http://www.who.int>

10. Pérez Martínez, V. Prevalencia del síndrome demencial en la población mayor de 60 años. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004;20(4).

11. Ortín A et al. Conducta a seguir ante una demencia. *Med Pract Clin* 1997;2:151-9.

12. Hernández Ulloa, Llibre Rodríguez E, Bosh Bayard JJ, Zayas Llerena RT. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome demencial en personas mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2021;37(3).

13. Llibre Guerra JJ, Díaz Marante JP, Rodríguez Salgado AM, Peñalver AI, Guartazaca Guerrero EP, Rousseaux Mola E. Determinantes del estado de salud de la población y su influencia en el desarrollo de los trastornos cognitivos. *Rev Cubana Salud Públ*. 2018;44(1):141-52.

14. Roca GR, Smith SV, Paz PE, Losada GJ, Serret RB, Llamas SN et al. *Temas de Medicina Interna. "Síndromes demenciales"*, T I, 4ª ed. Ciudad de La Habana, 2002.

15. Hernández Ulloa, E; Llibre Rodríguez, JJ; Bosh Bayard, R; Zayas Llerena, T. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome demencial en personas mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2021;37(2).

16. Terrado Quevedo SP, Serrano Durán C, Galano Guzmán ZG, Betancourt Pulsán A. Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. *Rev Inf Científica*. 2017;96(5):967-77.

17. Calzado Salomón R, Fernández Corrales YN. Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer en el municipio Bayamo. *Multimed Rev MULTIMED*. 2016;20(6):24-39.

18. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Anales Sis San Navarra*. 2001;24(2).

19. Issell bacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 13ª. ed. Interamericana; Mc Graw Hill. Washington. (Ed. en español) 2016, 865-9.

20. Alewijn O, Monique MB, Fan VH, Jules FC, Tischa JM, Diederick EG, Hoffman A. Prevalencia de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular: asociación con la educación. El estudio Róterdam. *Rev. British Medical*

Journal, Latinoamérica (Ed. en español). Vol III. Centroamérica y el Caribe III (1). 15-18; Jul-agosto 2015.

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Amalia Matos Rodríguez, Sorelis Sargenton Savon.

Curación de datos: Amalia Matos Rodríguez, Yunaisys Mosqueda-Lobaina.

Análisis formal: Amalia Matos Rodríguez, Yunaisys Mosqueda-Lobaina.

Investigación: Amalia Matos Rodríguez, Sorelis Sargenton Savon.

Metodología: Eduardo Enrique Chibas-Muñoz.

Administración del proyecto: Amalia Matos Rodríguez.

Supervisión: Amalia Matos Rodríguez, Sorelis Sargenton Savon, Eduardo Enrique Chibas-Muñoz, Yunaisys Mosqueda-Lobaina.

Validación: Amalia Matos Rodríguez, Sorelis Sargenton Savon, Eduardo Enrique Chibas-Muñoz, Yunaisys Mosqueda-Lobaina.

Redacción - borrador original: Amalia Matos Rodríguez, Eduardo Enrique Chibas-Muñoz.

Redacción - revisión y edición: Amalia Matos Rodríguez, Eduardo Enrique Chibas-Muñoz.