



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

**TEMA: FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN LOS
ADULTOS MAYORES**

**Autores: FAJARDO AGURTO KAREN ANGÉLICA
ROSADO MARTÍNEZ ANA ELIZABETH**

Acompañante: Dr. Holguer Estuardo Romero Urréa

**Milagro, Septiembre 2017
ECUADOR**

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Nosotros, **Fajardo Agurto Karen Angélica** y **Rosado Martínez Ana Elizabeth** en calidad de autor(es) y titulares de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación - Examen Complexivo, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de nuestro Título de Grado, como aporte a la Temática “**FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES**” del Grupo de Investigación de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social De Los Conocimientos, Creatividad E Innovación, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los... días del mes de..... del 2017

Firma del Estudiante (a)

Nombre: FAJARDO AGURTO KAREN ANGÉLICA
CI: 0941881641

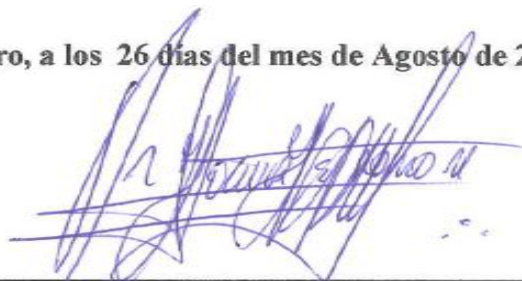
Firma del Estudiante (a)

Nombre: ROSADO MARTÍNEZ ANA ELIZABETH
CI: 1203161177

APROBACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA PROPUESTA PRÁCTICA

Yo, **MSC. HOLGUER ESTUARDO ROMERO URREA** en mi calidad de acompañante de la propuesta práctica del Examen Complexivo, modalidad presencial, elaborado por las estudiantes **FAJARDO AGURTO KAREN ANGÉLICA** y **ROSADO MARTÍNEZ ANA ELIZABETH**; cuyo tema es: **FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES**, que aporta a la Línea de Investigación **SALUD PÚBLICA MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN , ESTUDIOS BIOPSIICOSOCIALES DE GRUPOS VULNERABLES DE LA POBLACIÓN** previo a la obtención del Grado de **LICENCIATURA EN ENFERMERIA**; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y epistemológico, para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Examen Complexivo de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 26 días del mes de Agosto de 2017.



MSC. HOLGUER ESTUARDO ROMERO URREA

ACOMPAÑANTE

CC. 0601552532

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Romero Umea Holguen Estuardo, Cercado Munero Alicia Gabriela
Encalada Campos Grecia Elizabeth

Luego de realizar la revisión de la propuesta práctica del Examen Complexivo, previo a la obtención del título (o grado académico)

de Licenciatura en enfermería, presentado por Rosado Martinez Ana Elizabeth Con

el título:

Factores asociados al deterioro cognitivo en los adultos mayores

Otorga al presente la propuesta práctica del Examen Complexivo, las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[95]
DEFENSA ORAL	[5]
TOTAL	[100]
EQUIVALENTE	[50]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado)

Fecha: 02 de 10 del 2017.

Aprobada

Para constancia de lo actuado firman:

Nombres y Apellidos

Firma

Presidente

Holguen Romero Urrutia



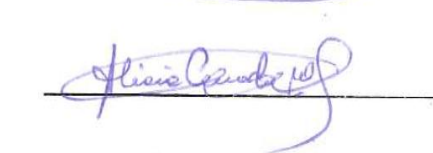
Vocal 1

Grecia Encalada



Vocal 2

Alicia Cercado M.



APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:
Romero Urea Holguer Estuardo, Cercado Montano Alicia Gabriela
Escalada Campos Grecia Elizabeth
Luego de realizar la revisión de la propuesta práctica del Examen Complexivo, previo a
la obtención del título (o grado académico)
de Licenciatura en Enfermería, presentado por
Fajardo Agosto Kunen Angelica Con
el título:
Factores Asociados al Detencio Cognitivo en los adultos mayores

Otorga al presente la propuesta práctica del Examen Complexivo, las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[95]
DEFENSA ORAL	[3,25]
TOTAL	[98,25]
EQUIVALENTE	[49,13]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobado
Fecha: 2 de 10 del 2017.

Para constancia de lo actuado firman:

Nombres y Apellidos

Firma

Presidente Holguer Romero Urea

Vocal 1 Grecia Escalada

Vocal 2 Alicia Cercado M.

[Firma]
[Firma]
[Firma]

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación en primer lugar a Dios por darme la vida y ser mi guía en cada paso que doy, por brindarme la fortaleza y sabiduría necesaria para lograr alcanzar esta meta tan anhelada.

A mi madre Magdalena Agurto, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo siempre mi mayor apoyo, guía e inspiración para superarme cada día y que gracias a su sacrificio he logrado estar donde estoy.

A mis hermanos Mabel Fajardo y Bladimir Fajardo, por brindarme siempre su apoyo, cariño y consejos.

A Carlos, por ser una persona incondicional, por motivarme, acompañarme y compartir conmigo durante este arduo camino las alegrías y fracasos.

A mi amiga y compañera Elizabeth Rosado por darme ánimos y por haber compartido conmigo la realización del presente ensayo, mediante el cual obtuvimos nuevos conocimientos y experiencias que nos servirán en nuestra vida diaria y profesional

Fajardo Agurto Karen

Dedico este trabajo principalmente a Dios por la oportunidad de vivir cada día y estar conmigo en cada paso que doy, por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre Noemí Martínez, mi pilar fundamental por su apoyo incondicional, consejos, comprensión y por creer en mí. Por haberme dado todo lo que soy como persona, principios, valores, carácter, perseverancia logrando mi objetivo.

A mi hija Betsabé, por ser mi motivación más grande para esforzarme y buscar lo mejor para ella. Aun a su corta edad, me ha enseñado y me sigue enseñando muchas cosas de esta vida. Por haber fomentado el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida.

Así mismo a mis hermanos, por estar siempre a mi lado y por sus palabras de apoyo para mí, durante el transcurso de mi carrera.

Finalmente a mi amiga y compañera Karen Fajardo, por compartir conmigo cada momento durante la realización de este ensayo, enriqueciéndonos de muchas experiencias que servirán para nuestro futuro y nuestra vida profesional.

Rosado Martínez Elizabeth

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios por nuestra salud y de esta manera poder así desempeñar este trabajo a nuestros docentes y tutor que nos ha sabido guiar en este camino formado de obstáculos y así como también saberlos esquivar.

A nuestras familias que nos han apoyado en todo momento a lo largo de esta etapa universitaria así como también han sido un pilar fundamental para la realización de este trabajo.

Fajardo Agurto Karen Angélica

Rosado Martínez Ana Elizabeth

INDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	II
APROBACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA PROPUESTA PRÁCTICA	III
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	IV
.....	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
INDICE GENERAL	VIII
TEMA: “FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES”	IX
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEORICO	4
DESARROLLO	10
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍAS	16

TEMA: “FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES”

RESUMEN

Biológicamente se define a la vejez como un cumulo de daños tanto celulares como moleculares, a medida que transcurre el tiempo, llevando al deterioro de capacidades específicas tanto físicas como mentales, las mismas que incrementan el riesgo de patologías neurodegenerativas, las cuales conllevan a la muerte. Propiamente dicho el envejecimiento cognitivo normal son los cambios funcionales y estructurales que se provocan a nivel cerebral y que repercuten en la fisiología de los centros cerebrales superiores, caracterizándose de manera individual, universal, irreversible, deletérea e intrínseca.

Las diferentes teorías de manera social le atribuyen a la persona anciana menos atención, considerándolo senil, dependiente y con nula actividad, lo que provoca un distanciamiento del resto de los integrantes del sistema social. Sin embargo mientras mayor sea la actividad, mayor es el apoyo obtenido por parte de la sociedad. Se conceptualiza al deterioro cognitivo como la disminución intelectual que ocurre de manera normal durante el envejecimiento, transicionando en demencia, lo que obstaculiza el funcionamiento del mismo.

Según el grado de afectación se distribuye en cuatro tipos: leve, múltiple, alteraciones no amnésicas y dominio no amnésico. Estudios epidemiológicos estiman una intensificación del deterioro cognitivo y demencia con la edad, ocurriendo de manera más común en mujeres que en hombres y en la cual influyen factores predisponentes tales como: factores sociodemográficos, estilo de vida, consumo de fármacos, enfermedades e ingesta de alcohol.

El deterioro cognitivo es una entidad clínica donde las funciones intelectuales están parcial o totalmente alteradas y supone un problema de salud pública, siendo un reto para los servicios sanitarios y sociales, por lo cual el objetivo del presente estudio es determinar los factores asociados a esta afección en los adultos mayores, basándonos en los resultados de las diferentes investigaciones realizadas en los últimos años.

PALABRAS CLAVE: Deterioro, Cognitivo, Envejecimiento, Factores.

TITLE: “FACTORS ASSOCIATED WITH COGNITIVE DETERIORATION IN OLDER ADULTS

ABSTRACT

Biologically, old age is defined as a combination of both cellular and molecular damage, as time goes by, leading to the deterioration of specific physical and mental capacities, which increase the risk of neurodegenerative pathologies, which lead to death. Properly said normal cognitive aging are the functional and structural changes that are provoked at the brain level and that affect the physiology of the higher brain centers, characterizing individually, universal, irreversible, deleterious and intrinsic.

The different theories of social way attribute to the elderly person less attention, considering him senile, dependent and with no activity, which causes a distancing from the rest of the members of the social system. However the greater the activity, the greater the support obtained by the society. Cognitive deterioration is conceptualized as the intellectual decline that occurs normally during aging, transitioning into dementia, which impedes the functioning of the same.

According to the degree of affectation, it is distributed in four types: mild, multiple, non-amnesic alterations and non-amnesic domain. Epidemiological studies estimate an intensification of cognitive impairment and dementia with age, occurring more commonly in women than in men and in which predisposing factors such as sociodemographic factors, lifestyle, drug use, illness and alcohol intake.

Cognitive impairment is a clinical entity where intellectual functions are partially or totally altered and is a public health problem, being a challenge for health and social services, so the objective of the present study is to determine the risk factors associated with the prevalence of this condition, based on the results of the different investigations carried out in recent years.

KEYWORDS: Deterioration, Cognitive, Aging, Factor

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento desde el punto de vista biológico, es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte, (OMS, 2015). El envejecimiento de la población actualmente es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. La OPS (2012), “Considera que la esperanza media de vida al nacer aumento 20 años desde 1950 y llego a 66 años, y prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más”, al igual que en un estudio de la Organización Mundial de la Salud, donde manifiesta que en el siglo XX se produjo un aumento de la expectativa de vida (OMS, 2015).

Dos de los cambios importantes ocurridos durante las últimas décadas son el aumento considerable en la expectativa de vida de la población y la reducción de la tasa de natalidad, esto ha traído consigo un considerable envejecimiento de la población. Para las Naciones Unidas, un país se encuentra envejecido cuando el 7% o más de su población tiene más de 60 años de edad, (Mathert, Stevent, Boerma, & Tobias, 2015). Dado al incremento de la probabilidad de vida de los habitantes, es imprescindible conocer el impacto epidemiológico de las enfermedades neurodegenerativas de las cuales el DC es una de las más preocupantes porque causa aislamiento y discriminación dentro de la sociedad y la familia.

El deterioro cognitivo por lo general puede ser crónico o progresivo en el cual se ven disminuidas las distintas funciones cerebrales como la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, calculo, lenguaje y comportamiento. (Medina, Cano, & Pardo, 2012). Estas

alteraciones que sobrellevan estas personas, en particular después de los 65 años perjudican el funcionamiento de las corticales superiores, pero no involucra el estado de sus conciencias. (Stevens, Fowe, & Scott, 2012) . Se estima que hoy en día del 15 al 20% de la personas mayores de 60 años padecen DC y 35.6 millones viven con demencia, por lo cual para dentro de 20 a 30 años esta cifra se podría duplicar. (Medina, Cano, & Pardo, 2012)

Existen diversos factores que se encuentran vinculados al deterioro cognitivo en el envejecimiento, entre ellos las enfermedades crónicas degenerativas (hipertensión, diabetes mellitus, neuropatías, cardiopatías) y enfermedades neurodegenerativas, que incrementan el riesgo de demencia vascular y degenerativa, (Stephan, y otros, 2012). Así como también los factores socio - demográficos (edad, sexo, nivel de escolaridad) y el estilo de vida (Melguizo, Acosta, & Castellano, 2012).

El DC es considerado uno de los motivos de consulta más frecuente de atención primaria, por ende es elemental que el profesional médico a quien se le informa algún problema en las funciones cognitivas, realice una valoración exhaustiva de las mismas, no obstante se debe tener en cuenta los criterios de diagnósticos como la queja de memoria (confirmada por un familiar), alteración amnésica de acuerdo al grupo de edad y de escolaridad, función cognitiva general conservada, formalidad en las actividades de la vida diaria, ausencia de Demencia, sin embargo estos criterios engloban múltiples alteraciones para su diagnóstico lo cual permite predecir diferentes evoluciones de la enfermedad y elaborar planes de cuidados individualizados que satisfagan las necesidades en cada caso, (Toro, Yepes, & Palacios, 2012) (León G. , 2016).

El propósito de este análisis es determinar los factores asociados al deterioro cognitivo, mediante la revisión bibliográfica de múltiples estudios realizados a nivel mundial, debido a que en el Ecuador son escasos los datos estadísticos sobre esta afección, teniendo en cuenta que el deterioro cognitivo al igual que la demencia presentan porcentajes altos en frecuencia, repercusión clínica y funcional sobre los individuos y la comunidad.

El presente ensayo se efectuó mediante una investigación cuantitativa, porque se usaron porcentajes de las diversas investigaciones ya realizadas sobre esta temática para establecer comparaciones, es no experimental de tipo transversal porque se tomaron datos por una sola vez y no se manipularon variables, descriptiva ya que se compararon los datos pero no se realizó un análisis de variables, como técnica bibliográfica se utilizó la recolección de datos; encuentra estructurado por introducción donde se plantea como problema las consecuencias del Deterioro Cognitivo, que causa deficiencia mental y afecta las relaciones tanto en el entorno familiar como social, el marco teórico en el cual se reúnen las principales investigaciones y conceptos de diferentes autores con el propósito de establecer un marco comparativo, el desarrollo donde se analiza los resultados de diferentes estudios realizados en los últimos años con la finalidad de encontrar nuevas interpretaciones y sustentar las conclusiones en base a hechos científicos comprobables.

MARCO TEORICO

Según la OMS (2015), el envejecimiento desde el punto de vista biológico, es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte, sin embargo Torres & Molina (2012) considera el envejecimiento cognitivo normal como el conjunto de cambios estructurales y funcionales que son ocasionados a nivel cerebral y su repercusión en las funciones mentales superiores y cognitivas, mientras (Collazo, Rodriguez, & Calero, 2013) manifiestan que las consecuencias del envejecimiento están directamente vinculadas con cambios en la estructura social, con el cuadro de salud de la población, los recursos laborables, la seguridad social, la composición familiar, y otros factores básicos de la dinámica social y económica del país.

El Deterioro cognitivo es la disminución de las diferentes actitudes intelectuales que se producen con el envejecimiento normal, las cuales se asocian con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, dependiendo tanto de factores ambientales como fisiológicos, donde la persona presenta un desnivel cognitivo insuficiente para impedir su funcionalidad (Esteve & Collado, 2013), aunque la interpretación más destacada lo específica como un trastorno de la función cognitiva que es insuficiente para causar una demencia (Escobar & Ramos, 2012).

Según la función afectada Rimoldi, Viale, & Caceres (2012) determinaron que existen cuatro tipos de DCL, entre los cuales podemos mencionar: Deterioro cognitivo leve “amnésico” que afecta a la memoria y es posible evaluarse mediante pruebas estandarizadas (por ej. Mini Mental State of Examination), Deterioro cognitivo leve con alteración de

múltiple dominio el cual perjudica múltiples funciones cognitivas, como el lenguaje, funciones ejecutivas, alteraciones visoespaciales o visoconstructivas, pero con un grado de dificultad leve que no permite el diagnóstico de demencia, Deterioro cognitivo leve con alteración no amnésico que afecta a diversas funciones, pero no a la memoria (por ej. una alteración específica del lenguaje que pudiera evolucionar hacia una afasia progresiva primaria o las funciones ejecutivas que podría progresar hacia una demencia frontotemporal) y el deterioro cognitivo leve de un solo dominio no amnésico que lesiona exclusivamente a un área cognitiva que no es la memoria.

Los principales síntomas de advertencia de esta afección según Garcia, Diaz, & Peraita (2014) son: la pérdida de memoria y objetos, problemas con el idioma, desorientación en tiempo y espacio, dificultad para realizar tareas cotidianas, juicio disminuido, cambios de humor, comportamiento y personalidad, similar a lo que menciona Gutierrez, la pérdida subjetiva de la memoria u olvido involuntario y la pérdida de las funciones de independencia básica (2015).

Según señalan Millán, Tubio, & Fernandez (2011) la edad es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo del deterioro cognitivo, debido a que el envejecimiento favorece a que se manifieste una enfermedad degenerativa, aunque Aguirre y otros (2014) alegan que se mantiene después del sexo y el nivel de escolaridad, relativamente independiente de la edad por la mayor prevalencia de demencia en el sexo femenino, (Rivera, Mendez, & Molero, 2012).

En cuanto a la educación es controversial el riesgo de padecer deterioro cognitivo y demencia en edades avanzadas. Aunque no ha sido comprobado en todos los estudios, se cree que un alto nivel educativo puede retrasar la probabilidad de adquirir alguno de estos trastornos (Millán, Tubio, & Fernandez, 2011), apoyándose en la hipótesis de que la reserva

cognitiva mejora la plasticidad y conectividad entre las neuronas, estimulando la neuroprotección (León, Bermejo, & Louis, 2013), sin embargo esto causaría una sobre estimación del diagnóstico en la población analfabeta (Rodríguez, Mora, Patiño, & Garcia, 2011).

El uso de medicamentos de manera inapropiada o contraindicada en adultos mayores es común, siendo este un importante agente de riesgo, debido a que los efectos de los fármacos aumentan sobre el sistema nervioso central (SNC), (Climent, y otros, 2012). El consumo de medicamentos en ocasiones afecta el nivel cognitivo de los pacientes, porque los mecanismos de acción de los principios activos obstaculizan la función de los diferentes neurotransmisores y el metabolismo neuronal, de manera que esta acción puede ser causa de delirio, demencia e incluso propiciar el desarrollo de Alzheimer, (Barton, Sklenicka, & Sayegh, 2012).

En el año 2012, Melguizo, Acosta, & Castellano señalaron que los cambios a nivel cognitivo pueden ser atribuidos por patologías psiquiátricas, endocrinopatías, aislamiento sociocultural, alteraciones sensoriales y el propio proceso de envejecimiento, además de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad y sedentarismo que en la actualidad incrementan el riesgo de demencia vascular y degenerativa. Asimismo Stephan y otros 2012, expresa la necesidad de investigar la presencia de agentes de riesgo tanto neurodegenerativos como vasculares.

El estilo de vida en la edad adulta, debido a que es modificable podría disminuir la posibilidad de sufrir un declive cognitivo, contribuyendo en el momento de la aparición de los síntomas, aunque no repercute sobre la presencia o ausencia de esta entidad, (Moreno & Climent, 2014). La actividad física en la actualidad está siendo considerada como un componente protector de la cognición, de hecho se encuentra asociada a un aumento del

volumen cerebral en regiones relacionadas con las funciones cognitivas, (López, Zamarrón, & Fernández, 2012). Apreciando la práctica del ejercicio físico como un factor que puede influir en el retraso de las enfermedades neurodegenerativas y la conservación de la inteligencia fluida de los adultos mayores, (Snowden, Steinman, Mochan, Grodstein, & Thurman, 2012).

En el ámbito epidemiológico los estudios realizados en diferentes poblaciones muestran resultados muy variados, dependientemente de la metodología aplicada y de las características de la población en estudio. Entre el 2015 y 2050 la OMS (2015) manifiesta que las personas mayores de 60 años se duplicaran, pasando del 12% al 22%, para el 2020 estas cifras superarían las de natalidad, mientras que la ONU (2016) señala que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes en el mundo mayores de 60 años se duplicaría pasando del 11% al 22%, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. En general se ha conseguido incrementar la longevidad en los últimos 3 años, pasando de 67 a 70 años, en la primera década del siglo XXI.

El deterioro cognitivo así como demencia se intensifica con la edad y su incidencia va en aumento. Se estima que a los 65 años de edad el 1.5% de los habitantes padecen Demencia, habitualmente de tipo Alzheimer, duplicando estas cifras cada 5 años, específicamente a partir de los 60 años (Rodríguez, Fernández, & Sánchez, 2017). La prevalencia mundial de este trastorno es de aproximadamente un 3,9%, mientras que por regiones estos porcentajes varían, en África es de 1.6%, Europa oriental 3.9%, China 4%, América Latina 4.6%, Europa Occidental 5.4% y en Norteamérica 6.4% (Rodríguez, y otros, 2016). La Organización Mundial de la Salud, estima que 35.6 millones de habitantes en el mundo viven con demencia (OMS, 2015). En Ecuador el Deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años, a nivel Nacional es de 16.3% en hombres y 25.7% en

mujeres, en Quito es de 8,1% en hombres y 23.7% en mujeres y en Guayaquil es de 13.7% en hombres y 20.3% en mujeres, mientras que el 21.4% de las personas que fueron diagnosticadas con demencia oscilan entre los 61 y 70 años de edad a nivel nacional (INEC, 2011).

En Buenos Aires – Argentina, Allegri y otros (2012) elaboro un estudio en 239 personas en pacientes geriátricos para identificar los factores con la progresión del DCL, en el cual detecto que la calidad y duración de la escolaridad contribuye de forma directa con la función y la reserva cognitiva, de igual manera Meléndez, Sanz, & Navarro (2012) en un estudio realizado en Barcelona – España concluyeron que personas con más edad y menos años de estudios, tienen un riesgo más alto de cumplir con los criterios de inclusión para el diagnóstico de deterioro cognitivo.

En la ciudad de Valencia – España, Climent y otros (2012) ejecutaron un estudio en 245 habitantes mayores de 65 años, para valorar la prevalencia y determinar los factores asociados al DC, evidenciando que la edad, el sexo (mujeres), el nivel de estudio, el estilo de vida y enfermedades crónicas en este caso la hipertensión presentaron mayor prevalencia, destacándose como los principales factores de riesgo en este grupo, además señalaron que el consumo de alcohol y tabaco no influyen en la aparición de dicha afección.

Las investigaciones realizadas en Ecuador sobre los factores asociados al DC son escasos y los resultados varían en los distintos estudios. Sánchez, Vásquez, & Zúñiga (2013) elaboraron un estudio sobre la prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del IEES, donde se indicó una prevalencia del 35,5% y que los factores con más relevancia son la edad y la diabetes mellitus.

En los centros gerontológicos de Cuenca, se realizó un estudio donde se evidencio una prevalencia de DC del 60%, donde el sexo femenino y las personas con nivel de escolaridad bajo o ninguno tienen mayor probabilidad de padecer este trastorno, además señalan que el DC no se encuentra asociado a enfermedades crónicas, (Guapisaca, Guerrero, & Idrovo, 2014). Mientras que León (2016) desarrollo un estudio en la Parroquia “El Salto” de la ciudad de Babahoyo para determinar las características demográficas, socioeconómicas y enfermedades concomitantes del DC en 50 adultos mayores, y evidencio que en cuanto al sexo, las mujeres registraron mayor porcentaje sobre los varones. El 100% de los adultos con instrucción básica presentaron DC y en lo que refiere a enfermedades crónicas, la hipertensión y la diabetes poseen las cifras más altas.

DESARROLLO

La OMS (2015) manifiesta que entre el 2015 y 2050, las personas mayores de 60 años se duplicaran, pasando del 12% al 22%, para el 2020 estas cifras superarían las de natalidad, similar a lo mencionado por la ONU (2016) donde señala que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes en el mundo mayores de 60 años se duplicaría pasando del 11% al 22, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. En general se ha conseguido incrementar la longevidad en los últimos 3 años, pasando de 67 a 70 años, en la primera década del siglo XXI.

Las alteraciones neurodegenerativas según Esteve & Collado (2013) se establecen en el tercer lugar entre las que causan mayor costo económico y social, superando al Cáncer y las enfermedades Cardíacas, formando parte de las patologías crónicas que aumentan de manera exorbitante en la población de adultos mayores en el mundo.

En los últimos años el vocablo deterioro cognitivo ha sido determinado como un estado de transición entre el envejecimiento normal y la demencia, aunque la persona presenta un declive cognitivo considerable, pero deficiente como para evitar su funcionalidad. Sin embargo Forlenza, Diniz, Stella, Texeira, & Gattaz (2013) menciona que un sujeto con síntomas compatibles con el deterioro cognitivo, provisionalmente podría desarrollar algún tipo de demencia, permanecer estable e incluso con la intervención adecuada, lograría reanudar su funcionamiento cognitivo normal.

Se indica que a nivel mundial, el 23% de los fondos están designados a la atención de enfermedades en pacientes de la tercera edad y el 7% de estos corresponde a enfermedades neurológicas y mentales, (Prince, y otros, 2015). En Latinoamérica y el Caribe en los siguientes 15 años la posibilidad de que aumente la población de adultos mayores es de un

71%, siendo esta cifra la más prominente a nivel mundial, seguida por Asia con un 66%, África 64%, Oceanía 47%, Norte América 41% y Europa 23%, (ONU, 2016).

Un estudio elaborado por Ward, Arrighi, Michels, & Cedarbaum (2012), evalúa la prevalencia del deterioro cognitivo, teniendo como resultado que entre el 4.9% y el 26.4% de la población de Europa, Norte América, Asia, Australia y África, son afectados por este trastorno, por otra parte en un análisis realizado por Sosa, y otros (2012) en Latinoamérica con habitantes mayores de 65 años, se evidencio que en países como Cuba, República Dominicana, Perú, México, Venezuela y Puerto Rico existe una prevalencia del 3.8% al 6.3%, mientras que en Ecuador el 21.4% de las personas son diagnosticadas con demencia, las cuales oscilan entre los 61 y 70 años de edad a nivel nacional (INEC, 2011).

Investigaciones orientadas a identificar los factores de riesgo asociados a la prevalencia del deterioro cognitivo, han encontrado que la edad, el sexo, el nivel educativo y la genética, influyen principalmente en su desarrollo (Campbell, Unverzagt, Lamantia, Khan, & Boustani, 2013) a esto hay que añadir que después de los 60 años se incrementa el riesgo de padecer demencia de tipo Alzheimer sobre todo en las mujeres (Mackin, Insel, Aisen, Geda, & Weiner, 2012), aunque (Brewster, y otros, 2014) sugiere que circunstancias vitales de la temprana y mediana edad, permitirían modificar el funcionamiento cognitivo en la vejez, por la intervención de los patrones del estilo de vida, mismo que a su vez tiene una conexión directa con el nivel socio económico.

Estudios analizados han detectado asociaciones entre el envejecimiento cognitivo y el nivel educativo. Allegri, y otros (2012) manifestó que la calidad y la duración de la escolaridad contribuye de forma directa con la función y la reserva cognitiva, de igual manera Meléndez, Sanz, & Navarro (2012) concluyeron que personas con más edad y menos años de estudios, tienen un riesgo más alto de cumplir con los criterios de inclusión

para el diagnóstico de deterioro cognitivo, adicionalmente Lojo, Facal, & Juncos (2012) acota que los años de estudio tienen una correlación con el tipo de actividad laboral que desempeña una persona, variable que también se incluye en la predicción del desarrollo de esta entidad .

Arenaza, y otros (2011) señalan que la actividad cognitiva (hacer crucigramas, leer, escribir, pintar), actividad física (caminar o practicar deporte) y actividades sociales (participar en clubes), practicada con frecuencia, pueden retardar la aparición del declive cognitivo, de igual forma (Brewster, y otros, 2014) expresaron que la disminución de la actividad intelectual y social a partir de los 40 años, se asocia de manera independiente al nivel socioeconómico a un incremento del deterioro cognitivo en el adulto mayor, teniendo en cuenta que hacer ejercicio en la mediana edad, influye significativamente en un buen funcionamiento cognitivo, disminuyendo la posibilidad de adquirir esta afección o causando que su progresión sea más lenta.

En cuanto al consumo de medicamentos Barton, Sklenicka, & Sayegh (2012) determinaron que en ocasiones afecta el nivel cognitivo de los pacientes, porque los mecanismos de acción de los principios activos obstaculizan la función de los diferentes neurotransmisores y el metabolismo neuronal, , de manera que esta acción puede ser causa de delirio, demencia e incluso propiciar el desarrollo de Alzheimer, concordando con lo dicho por Climent, y otros (2012), ya que ellos señalan que el uso de medicamentos de manera inapropiada o contraindicada en adultos mayores es común, siendo este un importante agente de riesgo, debido a que los efectos de los fármacos aumentan en el sistema nervioso central (SNC).

Es posible confirmar mediante la revisión de los antecedentes antes expuestos que en que los principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo son: la edad, sexo,

estilo de vida y el consumo de fármacos de manera inadecuada, aunque existe evidencia de que dicha pérdida no es constante y que la velocidad del deterioro cognitivo puede cambiar años antes de presentar los síntomas claros de demencia (Condorhuamán, y otros, 2017).

CONCLUSIÓN

El proceso degenerativo disminuye las capacidades cognitivas, afectando las relaciones sociales e incrementan la sintomatología física, que conllevan a un problema afectivo y social, por lo cual es sustancial que en la población sea detectado este tipo de trastorno para así disminuir la posibilidad de desarrollar Alzheimer, puesto que a mayor cantidad de sujetos con DC superior será el número de personas con este trastorno; estos resultados coinciden con diferentes investigaciones realizados, poniendo en evidencia que las enfermedades neurodegenerativas establecen un problema mundial, incluyendo Ecuador.

Los estudios sobre el deterioro cognitivo, deben priorizar los factores de riesgo asociados a su desarrollo y su influencia en el adulto mayor, debido a que sus signos de inicio aparecen con mayor frecuencia en la edad media, afectando su funcionamiento cognitivo en la vida diaria, siendo la queja subjetiva de memoria un factor predictivo de deterior cognitivo amnésico en el anciano y constituye un componente relativamente fácil de medir.

Los profesionales de salud a quienes se le informa algún problema en las funciones cognitivas no realizan una valoración de forma exhaustiva, pasando por alto la sintomatología inicial del DC, sin tomar en cuenta que es lo más frecuentes en las consultas de atención primaria, permitiendo que este trastorno avance hasta convertirse en Demencia o Alzheimer, provocando un deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen y de sus familias.

Mediante la revisión de los antecedentes antes expuestos es posible confirmar que la edad, el sexo (más común en mujeres), el nivel académico bajo o nulo, el sedentarismo, las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, son los principales

factores asociados a esta entidad, debido a que sus porcentajes concordaban en los diferentes trabajos bibliográficos, además se evidencio que el consumo de alcohol y tabaco no influyen en la aparición de la misma. Este trastorno se asocia comúnmente a los cambios emocionales del comportamiento social y la motivación. Sin embargo, personas con grados de demencia moderados tienen la capacidad de responder con precisión.

Finalmente, pese a que el deterioro cognitivo parece estar vinculado de cierta manera a cambios en la estructura cerebral asociados con la edad, es evidente que existen varios factores de protección que pueden ser utilizados para tratar de detener sus efectos. De esta manera, al mantener un estilo de vida activo y saludable, tanto físico, intelectual como social permitirá mejorar la prevención de esta entidad que afecta a muchas personas en el mundo, sin embargo en Ecuador no existen protocolos, ni políticas para un diagnóstico temprano de DC en pacientes geriátricos.

BIBLIOGRAFÍAS

- Aguirre, D., Henaoa, E., Tiradoa, V., Giraldo, D., Lopera, F., & Barraganc, F. (2014). Factores asociados con el declive cognitivo en población menor de 65 años . *Colomb Psiquiat*, 113-122.
- Allegri, F., Taragano, E., Krupitzki, H., Serrano, M., Dillon, C., Sarasola, D., & Sánchez, V. (2012). Papel de la reserva cognitiva en la progresión del deterioro cognitivo leve a la demencia. *Dementia & Neuropsychologia*, 28-34.
- Arenaza, E., Bosh, B., Sala, L., Solé, C., Junqué, C., & Fernández, D. (2011). Asociaciones anatómicas específicas entre la integridad de la sustancia blanca y la reserva cognitiva en ancianos normales y cognitivamente impedidos. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33-42.
- Barton, C., Sklenicka, J., & Sayegh, P. (2012). Uso de medicamentos contraindicados en pacientes en una clínica de trastornos de memoria. . *Geriatr Pharmacother*, 147-152.
- Brewster, W., Melrose, J., Marquine, J., Johnson, K., Napoles, A., Mackay, A., . . . Mungas, D. (2014). Experiencia de vida e influencias demográficas sobre la función cognitiva en adultos mayores. *Neuropsychology*, 8496.
- Campbell, N., Unverzagt, F., Lamantia, M., Khan, B., & Boustani, M. (2013). Factores para la progresión del deterioro cognitivo leve a la demencia. . *Clinics in geriatric medicine*, 873-893.
- Climent, M., Villaplana, A., Dols, D., Durá, R., Velert, M., & Moreno, L. (2012). Prevalencia y estudio de los factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios*, 96-100.
- Collazo, M., Rodriguez, A., & Calero, J. (2013). El envejecimiento poblacional en Cuba, desde la mirada de los directivos del sector salud. *Cedem*, 3-4.
- Escobar, G., & Ramos, L. (2012). Nociones del deterioro cognitivo leve. *Revista Medica Herediana*, 134-135.
- Esteve, M., & Collado, A. (2013). El habito de la lectura como factor protector de deterioro cognitivo. *Cielo*, 68-69. Obtenido de El habito de la lectura como factor protector de deterioro cognitivo: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100013&lng=en.
- Forlenza, O., Diniz, B., Stella, F., Texeira, A., & Gattaz, W. (2013). Alteración cognitiva leve (parte 1): características clínicas y predictores de demencia. *Brasileña de Psiquiatria*, 35, 178-185.
- Garcia, S., Diaz, M., & Peraita, H. (2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. *Anales de Psicología* , 372-379.

- Guapisaca, D., Guerrero, J., & Idrovo, P. (2014). Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. *Universidad de Cuenca, Tesis de grado*, 40-51.
- Gutierrez, L., Garcia, M., Arango, V., & Perez, M. (2012). Geriatria para el médico familiar. En L. GUTIERREZ, M. GARCIA, V. ARANGO, & M. PEREZ, *Geriatria para el médico familiar* (págs. 22-23). México: Manual Moderno.
- Gutierrez, R. (27 de Julio de 2015). *Deterioro cognitivo leve en adultos mayores*. Obtenido de El Universal: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/letras/2015/07/24/deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores>
- Hughes, T., & Ganguli, M. (2011). Factores de riesgo de demencias en la vejez modificables en las etapas medias de las etapas medias de la vida. *Neurologia*, 259-262.
- INEC. (2011). Salud Mental en el Ecuador. *Instituto Nacional de estadísticas y censo*, 2.
- León, B., Bermejo, F., & Louis, E. (2013). Declinación cognitiva en pacientes de corta y larga duración: un estudio prospectivo basado en la población. *Psiquiatria*, 47.
- León, G. (2016). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. *Centro de Biotecnica*, 31-32.
- Lojo, C., Facal, D., & Juncos, O. (2012). ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Española de Geriatria y Gerontologia*, 270-278.
- López, M., Zamarrón, M., & Fernández, R. (2012). Asociación entre la realización de ejercicio e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. *Especial Geriatria Gerontologico*, 15-20.
- Mackin, S., Insel, P., Aisen, S., Geda, E., & Weiner. (2012). Estabilidad longitudinal de los síntomas subsindrómicos de depresión en individuos con deterioro cognitivo leve: relación con conversión a demencia después de 3 años. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 355-363.
- Mathert, C., Stevent, G., Boerma, T., & Tobias, I. (2015). Causas de los aumentos internacionales en la esperanza de vida de la tercera edad. *The Lancet*, 540-548.
- Medina, M., Cano, F., & Pardo, R. (2012). Neurologia. En J. Toro, M. Yepez, & E. Palacios, *Demencias* (pág. 91). Colombia: Manual Moderno S.A.
- Meléndez, J., Sanz, T., & Navarro, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales de psicología*, 604-610.
- Melguizo, E., Acosta, A., & Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Salud Uninorte*, 252-253.
- Millán, C., Tubio, J., & Fernandez, S. (2011). Prevalencia de la deficiencia cognitiva: Efectos del nivel de educación, edad, sexo y factores asociados. *Dement Geriat Cogn Disord*, 455-460.

- Moreno, L., & Climent, T. (2014). Prevención del deterioro cognitivo. *Demencias: diagnóstico, tratamiento, prevención, factores de riesgo y detección precoz*, 40-42.
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Organización Mundial de la Salud*, 28-30.
- ONU. (15 de Octubre de 2016). *Organización de las Naciones Unidas* . Obtenido de Organización de las Naciones Unidas : <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/population/index.html>
- OPS. (15 de octubre de 2012). *América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm4>
- Petersen, R., Thomas, R., & Grundman, M. (2005). Vitamina E y donepezil para el tratamiento del deterioro cognitivo leve. *New England Journal of Medicine*, 352.
- Prince, M., F. W., Guao, Y., Gutierrez, L., ODonell, M., Sullivan, & Yusuf, S. (2015). La carga de la enfermedad en las personas de edad avanzada y sus implicaciones para las políticas y prácticas de salud. *The Lancet*, 548-556.
- Rimoldi, M., Viale, M., & Caceres, M. (2012). Neuropsicología. *Panamericana de Neuropsicología*, 32-33.
- Rivera, G., Mendez, G., & Molero, A. (2012). Análisis de factores relacionados con el deterioro cognitivo en una muestra de población geriátrica. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 43-60.
- Rodriguez, A., Cantillo, C., Corrales, A., Mora, V., Valverde, E., Peralta, M., . . . Spence, M. (2016). Norma nacional de atención a personas adultas con deterioro cognitivo. *Ministerio de salud Pública de Costa Rica*, 12.
- Rodriguez, M., Fernández, E., & Sánchez, E. (2017). Aplicación de nuevas tecnologías en personas mayores con trastorno cognitivo, leve-moderado desde Terapia Ocupacional. *International Journal of Thechnology and Educational*, 75-84.
- Rodriguez, S., Mora, S., Patiño, A., & Garcia, R. (2011). Prevalencia del deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años en un área urbana. *Neurología*, 147-149.
- Sánchez, J., & Torrella, C. (2011). Revisión del Constructo deterioro cognitivo leve: Aspectos generales. *Neurología*, 300-305.
- Sánchez, J., Vásquez, B., & Zúñiga, J. (2013). Prevalencia de Deterioro Cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Tesis de grado. *Universidad de Cuenca*, 47-60.
- Snowden, M., Steinman, L., Mochan, K., Grodstein, F., & Thurman, D. (2012). Efecto del ejercicio sobre el rendimiento cognitivo en adultos mayores de la comunidad: revisión de ensayos de intervención y recomendaciones para la práctica y la investigación de salud pública. *GERIATRIA*, 704-716.

- Sosa, A., Albanese, E., Stephan, B., Dewey, M., Acosta, D., & Ferri, C. (2012). Prevalencia, distribución e impacto del deterioro cognitivo leve en América Latina, China e India: Un estudio poblacional de 10/66. *Alzheimer's Disease Internacional*, 9.
- Stephan, B., Matthews, F., Nuñez, G., Hunter, S., Davis, D., Mckeith, I., . . . Brayne, C. (2012). Alzheimer y cambios neuropatológicos vasculares asociados con diferentes estados cognitivos en una muestra no demente. *Alzheimer Dis*, 309-318.
- Stevens, A., Fowe, J., & Scott, I. (2012). Patología clínica. En A. Stevens, *Enfermedades Neurodegenerativas* (pág. 471). Colombia: Manial Moderno S.A.
- Toro, J., Yepes, M., & Palacios, E. (2012). Neurología. En J. Toro, M. Yepes, & E. Palacios, *Neurología* (págs. 91-92). Bogotá: Manual Moderno.
- Torres, P., & Molina, P. (2012). Principios y práctica de la medicina geriátrica. En P. Torres, & P. Molina, *Principios y práctica de la medicina geriátrica* (págs. 40-42). España: Masson.
- Ward, A., Arrighi, H., Michels, S., & Cedarbaum, J. (2012). Alteración cognitiva leve: disparidad de las estimaciones de incidencia y prevalencia. *Alzheimers Dement*, 14-21.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ENSAYO FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES.docx (D30286155)
Submitted: 2017-08-29 23:50:00
Submitted By: liz08rosado@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Liz Rosado', with several horizontal lines drawn through it.