

Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao.

Luna-Solis, Ybeth; Vargas Murga, Horacio

Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 81, núm. 1, 2018

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058061008>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao.

Factors associated with cognitive and functional impairment suggestive of dementia in elderly adults from Lima Metropolitana and Callao

Ybeth Luna-Solis

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-

Hideyo Noguchi, Perú

Universidad Nacional Mayor de San Marcos., Perú

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v8i1.3269>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058061008>

Horacio Vargas Murga

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-

Hideyo Noguchi., Perú

Universidad Peruana Cayetano Heredia., Perú

Recepción: 27 Diciembre 2017

Aprobación: 24 Marzo 2018

RESUMEN:

Objetivo: Identificar los factores asociados con deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en adultos mayores residentes de Lima Metropolitana y Callao. **Material y Métodos:** Estudio analítico de base de datos secundario, realizado sobre un muestreo probabilístico de tres etapas en 1290 adultos de 60 a más años de edad. **Resultados:** El 17% de adultos mayores a quienes se administró el Mini-Mental Status Examination y el 14.7% mediante el Cuestionario de Pfeffer, presentaron deterioro cognitivo. Sin embargo, solo el 6.7% presentó deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia. Según el modelo multivariado final, ser adulto mayor de 75 años a más (OR=7,80; $p<0,001$), estar desempleado (OR=6,88; $p=0,026$), tener menos de 8 años de educación (OR=2,97; $p=0,003$) y haber presentado un episodio depresivo en el último año (OR=5,58; $p<0,001$), son factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia. Las dimensiones de autocuidado (OR=0,59; $p<0,001$) y funcionamiento ocupacional (OR=0,73; $p=0,001$) de la escala de calidad de vida de Mezzich, son factores protectores contra el desarrollo de dicho deterioro. **Conclusiones:** La existencia de varios factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia, genera la necesidad de elaborar y aplicar programas preventivo-promocionales para lograr estilos de vida saludable, mejorar la condición educativa y promocionar posibilidades de empleo para adultos mayores.

PALABRAS CLAVE: Deterioro cognoscitivo, deterioro funcional, adulto mayor, calidad de vida.

ABSTRACT:

Objectives: To identify factors associated with cognitive and functional impairment suggestive of dementia in elderly adults from Lima Metropolitana and Callao. **Material and Methods:** Secondary base analytical study, carried out in a three-phased probabilistic sample of 1290 elderly adults of 60 or more years of age. **Results:** 17% of the elderly adults, to whom the Mini-Mental Status Examination was administered, and 14.7% through the Pfeffer Questionnaire, presented cognitive impairment. However, only 6.7% presented cognitive and functional impairment suggestive of dementia. According to multivariate analysis, being an adult over 75 years of age (OR=7,80; $p<0,001$), unemployed (OR=6,88; $p=0,026$), having only primary or less than 8 years of education (OR=2,97; $p=0,003$), and having experienced a depressive episode in the last year (OR=5,58; $p<0,001$) are factors associated with cognitive and functional impairment quite suggestive of dementia. The dimensions of self-care (OR=0,59; $p<0,001$) and occupational functioning (OR=0,73; $p=0,001$), of the Mezzich's quality of life scale, are protective factors against the development of such impairment. **Conclusions:** The existence of certain risk factors for the development of cognitive and functional impairment suggestive of dementia, generates the need to elaborate and implement preventive-pr motional programs to achieve healthy lifestyles, improve the educational level, and promote the employability of older adults.

KEYWORDS: Cognitive impairment, functional impairment, elderly adult, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognoscitivo es una condición predominante en la población adulta mayor, que conlleva la mayoría de veces a una situación grave de discapacidad (1,2). Genera un incremento de la mortalidad en el adulto mayor, asociándose con una mayor utilización de los servicios de salud (2). Sin embargo, la percepción de una formación académica insuficiente para su intervención, por parte de los profesionales de salud, es lo frecuente (3,4).

El deterioro cognoscitivo se ha asociado clásicamente con el género femenino, la edad y el nivel de instrucción (5). Sin embargo, se describe también que el uso y abuso crónico de alcohol, genera un grave efecto sobre lo cognoscitivo, exacerbando incluso sus síntomas y un irreversible daño cerebral (6, 7).

La demencia es una patología compleja y frecuente en el adulto mayor, considerada un síndrome clínico, en el cual diversas áreas cognitivas presentan deficiencias, respecto al nivel cognitivo previo, logrando alterar el estado de funcionamiento de la persona, debido a la asociación de síntomas conductuales, emocionales o neuropsiquiátricos (8).

Existen diversos estudios a nivel mundial que desarrollan el tema; sin embargo, se encuentran circunscritos a sus realidades, haciendo imperioso tener datos nacionales útiles para el logro de una buena calidad de vida en el adulto mayor (5, 9,10,11), debido al impacto social que genera su presencia con mayor deterioro a nivel físico y mental (12). En contraparte, está pendiente el conocimiento sobre la prevalencia, alteraciones cognitivas, conductuales y neurobiológicas de los adultos mayores en condición de pre-demencia o sospecha de demencia (13).

La epidemiología, la historia natural y los factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia son importantes para la comprensión tanto del envejecimiento normal como de la misma demencia (5,11,14,15).

Diversos instrumentos evalúan las funciones cognitivas, siendo el más utilizado, el Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), que nos permite considerar la presencia de deterioro Cognitivo o no (16), pese a no ser un instrumento idóneo para pacientes con analfabetismos (17). Para identificar sospecha de demencia, se puede asociar con la Escala de Actividades Instrumentales de Pfeffer, que mide la capacidad funcional para realizar actividades de la vida diaria, medido a través de un familiar o el cuidador principal, que aclara la diferencia entre una tarea que nunca se ha realizado de aquel que la ha hecho y el grado de apoyo que requiere (18,19). Ambos test, usados conjuntamente, han mostrado una alta sensibilidad (95%) y especificidad (84%), que siendo utilizados de manera independiente (20).

En países desarrollados como Estados Unidos, la demencia por enfermedad de Alzheimer ocupa el primer lugar entre las demencias, siendo causa de muerte tanto en mujeres y hombres ≥ 65 años; en otros países como Taiwán, la demencia es un problema de salud subestimada en el adulto mayor. En los países occidentales, la prevalencia de demencia por Alzheimer en personas de 60 a 64 años es de 1 a 3%; mientras que, en > 85 años es de 35% (21).

En el Perú, Custodio et al., en el año 2005, encontraron una prevalencia de demencia de 6,85% en adultos de 65 años a más del Cercado de Lima (22); mientras que, el estudio epidemiológico en Lima Metropolitana del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN) del año 2012 obtuvo una prevalencia del deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia de 6,7% (20).

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar los factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico de diseño epidemiológico utilizando la base de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012 del INSM HD-HN.

Se incluyeron en el análisis 1290 adultos mayores de 60 a más años de edad. El muestreo fue de tipo probabilístico, trietápico, con selección sistemática. La muestra fue ponderada. Se excluyó a los adultos mayores sin nivel de instrucción, debido a que el Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), no es idóneo para pacientes con analfabetismo y requiriendo ajustes para evaluar dicha población (17).

Definición de variables e instrumentos.

Variables sociodemográficas, como edad (años), sexo (masculino y femenino), estado civil (Actualmente unido (conviviente, casado (a)), Alguna vez unido (separado(a), viudo(a), divorciado(a)) y Nunca unido (Soltero(a)), ocupación (Ocupado: desarrollo de algún trabajo hasta la semana previa a la entrevista y Desocupado: los que no desarrollaron ningún trabajo hasta la semana previa a la entrevista), nivel de instrucción (condición de instrucción (sin nivel de instrucción, inicial, primaria, secundaria, superior) y años de instrucción (>8 años y <8 años) y lengua materna (castellano, quechua, aymara u otra) (23). Mientras que, el nivel de pobreza según autopercepción de cobertura de necesidades básicas con ingresos familiares está conformado por familias pobres extremos, aquellos que no cubren ni las necesidades básicas de alimentación, familias pobres básicos, aquellos que cubren las necesidades de alimentación pero no otras básicas como salud, educación, vivienda, etc., familias no pobres básicos, aquellos que pueden cubrir sus necesidades básicas pero no otras necesidades como diversión, distracción, educación diferenciada y, familias no pobres, aquellos que logran cubrir sus necesidades básicas y otras necesidades como por ejemplo, la diversión (20).

Variables deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia, medido a través de la evaluación conjunta del MMSE de la versión validada en Chile, en el cual realizaron una aproximación psicométrica para los estudios epidemiológicos del INSM “HD-HN” (24) y, que presenta un rango de 0 a 30 puntos y la Escala de Actividades Instrumentales de Pfeffer, que como indicador de pérdida de habilidades instrumentales se usó el punto de corte 5 (20). Como tamizaje del funcionamiento y deterioro cognoscitivo sospechoso de demencia para el MMSE, se usó el punto de corte de 21 puntos y para el indicador de pérdida de habilidades instrumentales, el punto de corte 6 (20).

Variables de enfermedades físicas, relacionada a la Hipertensión y Diabetes, basado en el autoreporte del encuestado con información durante los 6 últimos meses, señalando si lo tiene o no (25).

Variables para trastornos mentales sobre depresión del último año, a seis meses y actual y nivel de gravedad y el Abuso/Dependencia de alcohol, medido mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), versión española de la CIE-10, elaborado por Sheehan et al., (26) y adaptada lingüísticamente en nuestro medio (25).

Variable de calidad de vida: medido mediante el Índice de Calidad de Vida de Mezzich, elaborado y validado por Mezzich et al., en una versión española (27) y adaptado en población peruana (28). Consta de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para evaluar este constructo, cuya medición va del 1 (malo) a 10 (excelente) puntos (20).

Análisis de los datos

Se utilizó el módulo de muestras complejas del programa SPSS versión 20. En todos los casos se estableció un nivel de significación de P valor < 0,005 para un nivel de confianza del 95%. Las variables utilizadas fueron recodificadas en la base de datos. Se empleó la estadística descriptiva realizando el análisis porcentual para las prevalencias referidas al deterioro cognitivo y las actividades instrumentales, para lo de calidad de vida se realizó medidas de centralización y dispersión. Se realizó el análisis bivariado buscando relación entre la variable dependiente, deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia y los factores sociodemográficos y clínicos, basado en la prueba chi cuadrado con aproximación al estadístico F, en caso de variables cualitativas; mientras que, para las variables cuantitativas, se procedió a realizar la prueba t de student para diferencia de medias. Luego, se realizó un análisis multivariado a través de una regresión logística usando el método “introducir”. En este análisis se estudió la relación entre la variable dependiente, deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia, y los factores que resultaron estadísticamente significativos en el análisis bivariado, organizados según: factores sociodemográficos, enfermedades físicas,

trastornos psiquiátricos y calidad de vida. Se analizó las fuerzas de asociación a través de dos tipos de odds ratio (ORs), el OR no ajustado, considerando solo el efecto de una variable con la variable dependiente; mientras que, en el OR ajustado se incluyeron todas las variables observándose el efecto en conjunto de todas ellas con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia.

Aspectos éticos

El trabajo inicial que generó la base de datos, cuenta con aprobación institucional y del Comité Institucional de Ética (CIE) del INSM HD-HN. En el estudio primario, los participantes firmaron un consentimiento informado aprobado por el CIE. Asimismo, el proyecto de investigación del presente artículo cuenta con el permiso para el uso de bases de datos y la aprobación del CIE del INSM HD-HN.

RESULTADOS

Se evaluó a 1290 adultos mayores sin analfabetismo de Lima Metropolitana y Callao, correspondiendo al 89% de la población total de adultos mayores ($n=1482$). En la tabla 1 se describen las variables investigadas en el presente trabajo, con excepción de la calidad de vida, que se muestra en la tabla 2, observándose los puntajes promedio de las áreas de la escala de calidad de vida de Mezzich medido en un rango de 1 a 10 puntos. El promedio de calidad de vida global resultó con un puntaje de 7,65, en los adultos mayores con deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia, siendo estadísticamente significativo, respecto a los adultos mayores sin el deterioro. Mientras que, la dimensión apoyo comunitario y de servicios, no presentó diferencia estadística significativa, en relación con los adultos sin deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia.

Tabla 1. Descripción del adulto mayor sin analfabetismo

Descripción del adulto mayor sin analfabetismo	n	DC y FSD* (Presente)		p
		n	%	
Sexo				
Masculino	485	28	6,5	0,815
Femenino	501	34	6,9	
Edad				
60-74 años	713	12	2,1	0,000
75 a más	273	50	18,1	
Estado civil				
Actualmente unido	590	22	4,7	0,011
Alguna vez unido	358	37	11,0	
Nunca unido	38	3	10,7	
Ocupación				
Desocupado	643	60	9,7	0,001
Ocupado	343	2	0,6	
Nivel de instrucción				
Sin nivel	10	0	-	<0,001
Inicial	1	0	-	
Primaria	404	45	12,5	
Secundaria	315	9	2,6	
Superior	256	8	3,5	
Años de instrucción				
Menos de 8 años	431	46	11,9	<0,001
Más de 8 años	555	16	3,1	
Lengua materna				
Castellano	808	50	6,3	0,394
Quechua	166	12	9,4	
Aymara u otro	12	0	-	
Nivel de Pobreza según NBI				
Pobres extremos	25	1	9,9	0,172
Pobres básicos	248	22	8,2	
No pobres básicos	518	34	7,7	
No pobres	194	5	2,6	
Enfermedades Médicas Físicas				
Hipertensión	38	2	7,3	0,895
Diabetes	26	3	19,3	0,037
Episodio depresivo (actual)				
No	954	53	5,9	<0,001
Si	28	8	31,3	
Episodio depresivo (últimos 6 meses)				
No	939	51	5,8	<0,001
Si	43	10	25,5	
Episodio depresivo (último año)				
No	928	49	5,7	<0,001
Si	54	12	22,0	
Episodio depresivo (nivel de gravedad)				
Ausente	928	49	5,7	<0,001
Leve	8	1	4,6	
Moderado	18	4	23,1	
Severo	28	7	25,8	
Abuso/Dependencia de alcohol				
No	965	61	6,8	0,341
Si	15	0	0	

*Deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia (excluyendo analfabetos)

Tabla 1.

Tabla 2. Deterioro Cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia según la calidad de vida de Mezzich en el adulto mayor sin analfabetismo.

Dimensiones	DC y FSD*				p**
	Ausente		Presente		
	Media	Error típico	Media	Error típico	
Bienestar físico	7,41	0,065	6,34	0,257	<0,001
Bienestar psicológico	7,93	0,058	7,08	0,233	<0,001
Autocuidado	8,37	0,048	6,47	0,257	<0,001
Funcionamiento ocupacional	8,17	0,056	5,87	0,309	<0,001
Funcionamiento Interpersonal	8,25	0,057	6,85	0,238	<0,001
Apoyo social-emocional	7,86	0,066	6,94	0,310	0,004
Apoyo comunitario y de servicios	6,56	0,089	6,28	0,278	0,341
Plenitud personal	7,91	0,055	6,91	0,284	0,001
Satisfacción espiritual	8,44	0,053	7,77	0,184	<0,001
Calidad de vida global	8,35	0,050	7,65	0,231	0,003

*Deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia (excluyendo analfabetos)

**Prueba t de diferencia de medias, significativo $P < 0,05$

Tabla 2.

En la tabla 3 se encontró a través del MMSE, que el 17% de los adultos mayores presentaban deterioro cognoscitivo. Mientras, según el Cuestionario de Pfeffer, se halló que el 14,7% de los adultos mayores presentaban pérdida de habilidades instrumentales. Sin embargo, al asociar las dos escalas, MMSE y Cuestionario Pfeffer, solo el 6,7% de los adultos mayores presentaban deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia.

Tabla 3. Prevalencias del deterioro cognoscitivo, pérdida de habilidades instrumentales y del deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor sin analfabetismo.

Deterioro en el adulto mayor	Muestra	Estimación	IC 95%	
	(Sin Ponderar)	%	Inferior	Superior
Deterioro Cognoscitivo *				
*MMSE (<=22)				
Ausente	1054	83,0	80,6	85,1
Presente	236	17,0	14,6	19,4
Actividades instrumentales indicativas de deterioro				
PFEFFER (>=6)				
Ausente	983	85,3	82,6	87,6
Presente	157	14,7	12,4	17,4
Deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia*				
*MMSE (<=21) y PFEFFER (>=6)				
Ausente	924	93,3	91,2	94,9
Presente	62	6,7	5,1	8,8

* Para todo grado de instrucción sin considerar personas con analfabetismo

* Excluyendo analfabetos

Tabla 3.

En la tabla 4 se muestran la relación entre deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia y todas las variables independientes en base al análisis bivariado, hallándose asociaciones significativas con: mayores de 75 años a más (OR=10,52), estar desocupado (OR=18,45), tiempo de instrucción menos de ocho años (OR=4,25), episodio depresivo actual (OR=7,23), en los últimos 6 meses (OR=5,58) y último año (OR=4,63), episodio depresivo moderado (OR=4,95) y severo (OR=5,72). Por otro lado, el episodio depresivo leve se asoció con menor presencia de deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia (OR=0,79). Al realizar el análisis multivariado con aquellos factores que resultaron significativos en el análisis bivariado OR >1 y p<0,05, se obtuvo la persistencia solo de algunos factores como ser mayor de 75 años, estar desocupado, menor de ocho años de instrucción y la presencia de episodio depresivo en el último año. Mientras que, en la tabla 5, al realizar el análisis de regresión logística de las dimensiones de la Escala de Calidad de Vida de Mezzich, se observó que las dimensiones de autocuidado (OR=0,59) y funcionamiento ocupacional (OR=0,66) en los adultos mayores sin analfabetismo presentaron menor asociación con deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia, siendo esto significativo (p<0,005).

Tabla 4. Relación entre Deterioro Cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia y los factores sociodemográficos y clínicos. (OR no ajustado, análisis bivariado) y según todos los factores asociados que tuvieron un OR > 1 y p>0,05. (OR ajustado, análisis multivariado)

Deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia	OR No Ajustado	IC 95%		P	OR Ajustado**	IC 95%		P
		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Edad								
60-74 años*	1	-	-		1	-	-	
75 a más	10,52	5,09	21,73	<0,001	7,80	3,33	18,29	<0,001
Ocupación								
Desocupado	18,45	4,42	76,96	<0,001	6,88	1,26	37,54	0,026
Ocupado*	1	-	-		1	-	-	
Años de Instrucción								
Menos de 8 años	4,25	2,18	8,27	<0,001	2,97	1,43	6,14	0,003
Más de 8 años*	1	-	-		1	-	-	
Diabetes								
No*	1	-	-					
Si	3,54	1,00	12,53	0,050				
Episodio depresivo (actual)								
No*	1	-	-					
Si	7,23	2,80	18,68	<0,001				
Episodio depresivo (últimos 6 meses)								
No*	1	-	-					
Si	5,58	2,43	12,79	<0,001				
Episodio depresivo (último año)								
No*	1	-	-		1	-	-	
Si	4,63	2,12	10,13	<0,001	5,58	2,47	12,63	<0,001
Episodio depresivo (nivel de gravedad)								
Ausente*	1	-	-					
Leve	0,79	0,09	6,88	0,001				
Moderado	4,95	1,28	19,13					
Severo	5,72	2,24	14,62					
Calidad de vida								
Autocuidado					0,59	0,45	0,76	<0,001
Funcionamiento ocupacional					0,73	0,61	0,88	0,001

*Categoría de referencia

**OR ajustado al resto de variables incluidas en el modelo.

Tabla 4.**Tabla 5.** Relación del deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia y la escala de calidad de vida de Mezzich en el adulto mayor sin analfabetismo.

Dimensiones	OR Ajustado*	IC 95%		P
		Inferior	Superior	
Bienestar físico	1,06	0,83	1,35	0,661
Bienestar psicológico	1,12	0,80	1,58	0,502
Autocuidado	0,59	0,46	0,76	<0,001
Funcionamiento ocupacional	0,66	0,55	0,79	<0,001
Funcionamiento Interpersonal	0,82	0,66	1,03	0,083
Apoyo social-emocional	1,05	0,83	1,31	0,697
Plenitud personal	0,97	0,75	1,24	0,784
Satisfacción espiritual	1,10	0,89	1,36	0,369
Calidad de vida global	0,99	0,76	1,31	0,992

*OR ajustado al resto de variables incluidas en el modelo.

Tabla 5.

DISCUSIÓN

La prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor, con el MMSE, fue de 17%; mientras que con el cuestionario de Pfeffer, fue de 14,7%. Ambos resultados se encuentran por debajo de la prevalencia hallada en adultos mayores afroamericanos en un estudio en Indianápolis, siendo de 23,4% (29). En otro estudio, se encontró que la prevalencia de deterioro cognitivo es más alta cuanto menor gravedad presenta, coincidiendo los porcentaje de nuestro estudio, con el deterioro moderado (15%) hallado por ellos (30).

Destacar que la dependencia en las áreas instrumentales de la vida diaria, según el cuestionario de Pfeffer, en el adulto mayor como preparación de una comida, capacidad para pasear por el vecindario solo y encontrar el camino, capacidad de comprar solo y capacidad de calentar agua, lo presentó alrededor del 4% de los adultos mayores del estudio.

En el modelo multivariado de nuestro estudio las dimensiones de la calidad de vida no se encontraron asociadas, con excepción de las dimensiones de autocuidado y funcionamiento ocupacional se muestran como factores de protección para no desarrollar deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia. Es obvio considerar que la responsabilidad en uno mismo, con la vigilancia continua sobre la satisfacción de nuestras necesidades, velando por nuestro cuidado, genera mayor protección de nuestras habilidades cognitivas y, de la misma manera estar en ocupación permanente, permite la utilización y estimulación continua de nuestras funciones cognitivas. Nuestro estudio, difiere con el Estrella et al., quienes sí hallaron asociación en los adultos mayores con deterioro cognitivo y menor calidad de vida (2).

En relación a los factores sociodemográficos, nuestro estudio coincide con el estudio de Mejía- Arango et al., que encontraron, en los adultos mayores de 75 años a más, asociación de estos factores con el deterioro cognitivo más dependencia funcional (11). Otro estudio epidemiológico de corte longitudinal en adultos mayores afroamericanos mayores de 65 años, encontró que la prevalencia fue de 23,4% y que aumentaba con la edad, convirtiéndose un factor asociado con demencia (29).

Sobre lo hallado en el nivel y años de instrucción, nuestro estudio coincide con un estudio de revisión de literatura científica, en el que las personas adultas mayores con bajo nivel educativo (≤ 10 años) presentaron doble riesgo para demencia en relación con aquellos que tenían más nivel educativo (1). En el estudio de Arjona-Villicaña et al., se halló en el análisis multivariado que, mayor edad, baja escolaridad, entre otros factores, se asociaron con deterioro cognitivo (9).

Las enfermedades médicas físicas se encuentran de manera frecuente en los adultos mayores, lo cual genera un aumento en la demanda de atención (23); sin embargo, no todas involucran un deterioro cognoscitivo, así, en nuestro estudio, alrededor del 20% de los adultos mayores con diabetes presentaron deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia y solo el 7,3% presentaron hipertensión. Sin embargo, en el análisis bivariado, se obtuvo asociación no significativa con un $p=0,05$. Este resultado difiere con un estudio de México, que encontró una mayor prevalencia de adultos mayores con diabetes que presentaron deterioro cognitivo, además de ser un factor asociado a éste (9). De la misma manera, Mejía- Arango et al., encontraron que la diabetes es un factor de riesgo para deterioro cognitivo más dependencia funcional (11).

En nuestro estudio el adulto mayor con episodio depresivo y de episodio reciente presentó una prevalencia alta, además de estar asociados con deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia. En relación, a los niveles de gravedad del episodio depresivo, en el análisis bivariado, son los estadios moderados y severos, los que se encuentran asociados a deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia, coincidiendo con el estudio de Valera et al., quienes encontraron asociación entre depresión y deterioro cognitivo, siendo más frecuente el deterioro cognitivo moderado (31); de la misma manera, coincidente con los estudio de Durán-Badillo et al., (10) y de Mejía-Arango et al., (11).

Sobre el abuso/dependencia de alcohol en el último año, nuestro estudio coincide con el estudio mexicano, que tampoco halló asociación con deterioro cognoscitivo en aquellos que tenían antecedentes de consumo (32). Según Panza et al., el consumo de alcohol leve a moderado puede asociarse con un menor riesgo de

demencia por Alzheimer; sin embargo, aún es controversial relacionado al deterioro cognitivo, síndromes de pre-demencia y demencia vascular (33).

En el modelo multivariado, los factores asociados al deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia, fueron: edad mayor a 75 años, estar desocupado, tener menos de 8 años de instrucción y haber cursado con episodio depresivo en el último año. No se encontró asociación con las variables sexo, estado civil, lengua materna, nivel de pobreza, diabetes, hipertensión, abuso/dependencia de alcohol, episodio depresivo actual, en los últimos 6 meses y nivel de gravedad ni con calidad de vida.

Sobre las limitaciones del estudio es importante mencionar que el constructo “deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia” ha sido formado con la asociación de dos instrumentos (20), siendo una de ellas el MMSE, que requiere ajustes para la evaluación de la población con analfabetismo (17,25), por lo que se les excluyó del estudio, desconociéndose las condiciones cognitivas de esta población específica. De la misma manera, en la base de datos original no se encuentra registrado otros factores de riesgo cardiovascular que pudieran asociarse con este deterioro.

Aunque la base de datos utilizada es del año 2012, la información obtenida es útil como punto comparativo para estudios futuros, considerando la no existencia de estudios en nuestro medio.

En conclusión, la existencia de determinados factores asociados genera la necesidad de elaborar y aplicar programas preventivos-promocionales para lograr estilos de vida saludables, mejorar la condición educativa y promocionar empleabilidad de adultos mayores en nuestro sistema laboral. La calidad de vida no fue un factor asociado al deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia; sin embargo, las dimensiones de autocuidado y funcionamiento ocupacional, son factores protectores para no desarrollar dicho deterioro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jen-Hau C, Kun-Pei L, Yen-Ching C. Risk factors for dementia. *J Formos Med Assoc.* 2009; 108 (10): 754-64.
2. Estrella A, González Pedraza A, Moreno Y. Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar.* 2008; 10 (4): 127-132.
3. Olavarría L, Mardones C, Delgado C, Slachevsky A. Percepción de conocimiento sobre las demencias en profesionales de la salud de Chile. *Rev Med Chile.* 2016; 144: 1365-1368.
4. Pathak K, Montgomery A. General practitioners' knowledge, practices and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging & Mental Health.* 2015; 19 (10): 912-20.
5. Mías CD, Sassi M, Masih ME, Querejeta A, Krawchik R. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol.* 2007; 44 (12): 733-738.
6. Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. *Am Fam Physician.* 2003; 67:1529-1532.
7. Zisseron RN, Oslin DW. Alcoholism and at-risk drinking in the older population. *Geriatrics Times.* 2003; 5:5.
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Cataluña: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Citado el 01 de diciembre del 2017) Disponible en: [http:// www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)
9. Arjona-Villicaña RD, Esperón-Hernández RI, Herrera-Correa GM, Albertos-Alpuche NE. Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores. Estudio basado en población. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52 (4): 416-21.
10. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vásquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria.* 2013; 10 (2): 36-42.
11. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Rev Salud Pública de México.* 2007; 49: S475-S481.
12. Ribot V, Leyva Y, Moncada C, Alfonso R. Calidad de vida y demencia. *Rev Arch Med Camagüey.* 2016;20 (1): 77-86.

13. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, BendeZú L. Deterioro cognitive leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An Fac med.* 2012; 73 (4): 321-30.
14. Patterson C, Feightner J, García A, MacKnight C. General risk factors for dementia: A systematic evidence review. *Alzheimers Dement.* 2007; 3(4):341-7. doi: 10.1016/j.jalz.2007.07.001.
15. Ruelas MA, Salgado VN. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Rev Chil Salud pública.* 2009; 13(2):90-99.
16. Custodio N, Lira D. Adaptación peruana del Mini Mental State Examination (MMSE). *Anales de la Facultad de Medicina.* 2014; 75 (1): 69.
17. Robles YI. Adaptación del Mini-Mental State Examination. Tesis de Magister. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003. 161 pp.
18. Montero S, Pelegrín MA. Revisión de las escalas de valoración de las capacidades funcionales en la enfermedad de Alzheimer. *Fisioterapia.* 2010; 32 (3): 131-138.
19. Alerta Mayor. Escalas de Valoración Geriátrica. Buenos Aires: Caminos de Convivencia para el Dialogo y la Paz Social Asociación Civil; 2005.
20. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012: Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2013;29(S1):1-393.
21. Wei X, Lan T, Hui-Fu W, Teng J, Meng-Shan T, Lin T, et al. Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2015;86(12):1299-306. doi:10.1136/jnnp-2015-310548
22. Custodio N, García A, Montesinos R, Escobar J, BendeZú L. Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *An Fac Med.* 2008; 69 (4): 233-8.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 11 de Julio Día Mundial de la Población. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015.
24. Instituto Nacional de Salud Mental. Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Base de datos de instrumentos de evaluación de salud mental y psiquiatría. *Anales de Salud mental.* 2008; 24 supl 1: 1-130.
25. Instituto Nacional de Salud Mental. Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2002; 18(1-2):1-200.
26. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.
27. Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188:301-305.
28. Robles Y, Saavedra J, Mezzich J, Sanz Y, Padilla M, Mejía O. Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi; 2013. p. 1-25.
29. Unverzagt FW, Gao S, Baiyewu O, Ogunniyi AO, Gureje O, Perkins A, et al. Prevalence of cognitive impairment: data from the Indianapolis study of health and aging. *Neurology.* 2001; 57:123-127.
30. León-Arcilla F, Milián-Suazo N, Camacho-Calderón RE, Arévalo-Cedano M, Escartín-Chavéz M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 47 (3): 277-284.
31. Valera L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev Soc Per Med Inter.* 2004; 17 (2): 37-42.
32. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública de México.* 2007; 49 (supl 4): 467-74.
33. Panza F, Frisardi V, Seripa D, Logroscino G, Santamato A, Imbimbo B, et al. Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: harmful or neuroprotective? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(12):1218-38. doi: 10.1002/gps.3772.