

Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años

Mild cognitive decline in the elderly older than 85 years

Teresa Fonte Sevillano^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6243-7262>

Damián Jorge Santos Hedman² <https://orcid.org/0000-0002-6363-0558>

¹Universidad de Ciencias Médicas. Facultad Ciencias Médicas “Calixto García”. La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. tfontesev@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las quejas sobre la función cognitiva han aumentado en la población más envejecida del municipio Habana del Este, provincia La Habana, donde se desconoce la frecuencia y causas de este incremento.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años o más.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal en personas mayores de un área de salud durante el período 2019-2020. El universo estuvo conformado por 51 personas de 85 años o más. Se tomó una muestra de 47, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se les aplicó un modelo de recogida de información anónimo, pruebas neuropsicológicas y exámenes complementarios con el propósito de elevar la precisión del diagnóstico. Los datos fueron validados estadísticamente mediante el chi cuadrado, la prueba exacta de Fisher, la regresión de Poisson y estadígrafo de Woolf.

Resultados: La prevalencia de deterioro cognitivo leve en personas mayores de 80 años o más fue de 74,5 %, encontrándose significativamente influenciada por el género femenino (OR 6,67; IC 95 % 1,09-52,01). Un mayor nivel educacional fue asociado con menor riesgo de deterioro cognitivo leve (OR 10,13; IC 95 % 1,83-63,53).

Conclusiones: En la población estudiada, el deterioro cognitivo leve constituye un problema de salud. El mayor nivel educacional mostró su efecto protector, se identificó asociación entre el género femenino y el declinar cognitivo.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve; persona mayor; factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Complaints about cognitive function have increased in the eldest population from *Habana del Este* municipality, Havana province, where the frequency and causes of such increase are unknown.

Objective: To determine the prevalence and risk factors of mild cognitive impairment in elderly older than 85 years.

Methods: A descriptive and cross-sectional study was conducted in the elderly from a health area from 2019 to 2020. Fifty one persons aged over 85 made up the universe. Forty seven subjects who met the inclusion and exclusion criteria made the sample. An anonymous information collection model, neuropsychological tests and complementary examinations were applied to them in order to rise the diagnosis precision. Data were statistically validated using chi square, Fisher's exact test, Poisson regression and Woolf statistician.

Results: The prevalence of mild cognitive impairment in persons older than 80 years was 74.5%. Women accounted the higher number (OR 6.67, 95% CI 1.09-52.01). Higher educational level was associated with lower risk of mild cognitive impairment (OR 10.13, 95% CI 1.83-63.53).

Conclusions: In the studied population, mild cognitive impairment constitutes a health problem. The higher educational level showed protective effect, an association between female gender and cognitive decline was identified.

Keywords: Mild cognitive impairment; elderly; risk factors.

Recibido: 12/10/2019

Aprobado: 08/01/2020

Introducción

Las quejas sobre la función cognitiva han aumentado en la población más envejecida del municipio Habana del Este, provincia La Habana, donde se desconoce la frecuencia y causas de este incremento.

Actualmente nuestro país se encuentra ubicado entre los tres países más envejecidos de América Latina, junto con Argentina y Uruguay, con una expectativa de vida de 78 años como promedio y se cree debe convertirse en el primero más envejecido de la región para el año 2025.^(1,2,3)

La edad es el factor de riesgo más importante para el declinar cognitivo.⁽⁴⁾ Las alteraciones cognitivas relacionadas con la edad incluyen en su definición un síndrome clínico que agrupa una amplia variedad de condiciones que van desde el estado normal hasta manifestaciones prodrómicas de diferentes tipos de demencia.⁽⁵⁾ Por otra parte cuando se presentan cambios que no son propios del proceso de envejecimiento, debe sospecharse el inicio de una demencia o una alteración previa a esta, denominada deterioro cognitivo leve (DCL).⁽⁶⁾

El DCL se define como una alteración de la memoria, superior a la esperada para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario, por lo que no puede aplicársele el diagnóstico de demencia. Por otra parte, se deberá constatar que la declaración de las alteraciones de memoria fueron obtenidas de un informador fiable o por su objetivación en exploraciones diferentes.⁽⁷⁾

Se ha propuesto varios criterios para el diagnóstico de esta enfermedad, pero los del *International Working Group on Mild Cognitive Impairment*, publicados en 2001, son los más utilizados: problemas de memoria, particularmente si son corroborados por un informante; déficit de memoria objetivado mediante evaluación neuropsicológica (1,5 desviaciones estándar por debajo de lo esperado para edad y escolaridad); preservación de la función cognitiva general; conservación de las actividades de la vida diaria; y, ausencia de demencia.⁽⁸⁾ Algunos investigadores no consideran la preservación de las actividades de la vida diaria como un criterio diagnóstico.⁽⁹⁾

La prevalencia global de DCL se calcula de 17,1 a 22,3 % entre los mayores de 65 años, siendo de 25 % a 45,3 % en aquellos con 85 años o más, y su presencia incrementa hasta 6 veces el riesgo de progresión a demencia.^(10,11,12)

Los trabajos realizados en Cuba con respecto al DCL han mostrado cifras de prevalencia de 7,76 a 16,5 % en edades superiores a los 65 años y 40 % en las personas de 85 años o más. Presentándose 28 670 casos nuevos de demencia al año con enormes consecuencias personales, sociales y económicas.^(13,14,15)

Para poder establecer estrategias de prevención, con el fin de mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, el proceso de investigación científica permitirá dar respuestas a la siguiente pregunta: ¿cuál será la magnitud y los principales factores de riesgo de deterioro cognitivo leve en adultos de 85 años o más residentes en un área de salud del municipio Habana del Este, durante el periodo 2019-2020?

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo de deterioro cognitivo leve en personas de 85 años o más en el área y momento señalados.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en personas de 85 años o más, pertenecientes al área de salud del Policlínico “Camilo Cienfuegos”, Habana del Este, en el período comprendido desde el primero de febrero de 2019 al primero de febrero 2020.

El universo de estudio estuvo conformado por 51 personas de 85 años o más que residían en el área señalada, durante el periodo mencionado. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta a todos los pacientes de ambos sexos que tuvieran 85 años o más. Excluyéndose aquellos con algún tipo de enfermedad neurodegenerativa, demencia y/o trastorno psiquiátrico. La muestra quedó conformada por 47 personas de 85 años o más.

Las principales variables estudiadas fueron: edad, género, escolaridad, hábitos tóxicos, antecedentes personales de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular, depresión, historia familiar de demencia en uno o más miembros de primer grado y DCL.

A cada paciente se le llenó una planilla de recolección de datos generales y preguntas según las variables a investigar (anexo).

Para detectar las personas con trastornos cognitivos se les realizó un examen físico completo y se aplicaron los siguientes test neuropsicológicos: Test mini-mental de Folstein, cuestionario de Pfeiffer, escala de depresión geriátrica de Yesavage, test del informador y el índice de Barthel.⁽¹⁶⁾ Todo esto se realizó en un ámbito de privacidad.

Con el propósito de elevar la precisión del diagnóstico, se le realizaron a los participantes los siguientes exámenes en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”: tomografía axial computadorizada, hemograma, dosificación de vitamina B-12, ácido fólico y pruebas de función tiroidea.

Para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve se utilizaron los criterios de Petersen porque aportan una valoración general del Deterioro cognitivo leve.⁽⁸⁾

La información obtenida se llevó a una base de datos mediante la aplicación Microsoft Excel 2007. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas (porcentajes) y para las proporciones la prueba Chi cuadrado así como la Prueba exacta de Fisher en caso necesario.

A las variables seleccionadas se les estimaron e interpretaron los Odds Ratio (OR) puntuales y se calcularon los intervalos de confianza correspondientes a cada uno, a través del estadígrafo de Woolf.

A todos los participantes se les pidió su consentimiento informado para ser parte de la investigación.

Resultados

De las 47 personas mayores estudiadas 35 presentaron DCL, lo que representó 74,5 % del total de casos. La frecuencia de DCL para el grupo etáreo de 85-89 años fue de 57,4 %, mientras que para los grupos de 90-94 años y 95 años o más fue de 12,8 % y 4,3 % respectivamente, mostrando un descenso evidente a medida que se incrementa la edad. Aun así, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el DCL y los grupos etáreos estudiados ($p > 0,05$) (tabla 1).

Tabla 1 - Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años o más según grupos etáreos

Grupos etáreos	n	Deterioro cognitivo leve		Significación <i>P</i>
		Nº	%	
85-89	35	27	57,4	0,383
90-94	10	6	12,8	
95 o más	2	2	4,3	
Total	47	35	74,5	-

El DCL se encontró con una frecuencia de 42,6 % en el género femenino; en el sexo masculino fue de 31,9 %, lo cual fue estadísticamente significativo para (p) menor que 0,05 (tabla 2).

Tabla 2 - Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años o más según género

Género	n	Deterioro Cognitivo Leve		Significación (p)
		Nº	%	
Femenino	22	20	42,6	0,015
Masculino	25	15	31,9	
total	47	35	74,5	-

Existió una mayor frecuencia de DCL en aquellas personas que tuvieron un nivel de escolaridad bajo. En los iletrados y los que cursaron estudios primarios su presentación fue de 21,3 %; y 36,2 % respectivamente, para un total de 57,5 %. En los que alcanzaron un nivel medio o superior se registraron valores de 12,8 % y 4,3 % respectivamente para (p) menor que 0,05 (tabla 3).

Tabla 3 - Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años o más según escolaridad

Escolaridad	n	Deterioro cognitivo leve		Significación (p)
		Nº	%	
Analfabeto	10	10	21,3	0,010
Primaria	20	17	36,2	
Medio	13	6	12,8	
Superior	4	2	4,3	
Total	47	35	74,5	-

La hipertensión arterial estuvo presente en la mayoría de los casos con DCL (46,8 %), seguida del hábito de fumar (34,0 %) y la cardiopatía isquémica (21,3 %). Sin embargo, la relación entre los antecedentes personales y el DCL no fue significativa desde el punto de vista estadístico ($p > 0,05$) (tabla 4).

Tabla 4 - Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años o más según antecedentes personales

Antecedentes personales	n	Deterioro cognitivo leve		Significación (p)
		Nº	%	
Hipertensión arterial	32	22	46,8	0,189
Hábito de fumar	20	16	34,0	0,454
Cardiopatía Isquémica	14	10	21,3	0,756
Diabetes mellitus	12	9	19,1	0,961
Enfermedad cerebro vascular	9	9	19,1	0,961
Demencia en familiares de primera línea	7	7	14,9	0,093
Depresión	7	6	12,8	0,459
Ingestión de bebidas alcohólicas	5	4	8,5	0,764
Total de casos	47	35	74,5	-----

Se identificó la posible asociación entre los diferentes factores de riesgo y la presencia de DCL a partir del análisis de regresión logística múltiple. En la tabla se incluyeron las variables que se comportaron como factores de riesgo (límite inferior del Intervalo de Confianza por encima de 1) y ofrecieron significación estadística menor para $(p) \leq 0,05$.

Al incluir las variables en el modelo, el género presentó un OR de 6,67 siendo alrededor de 7 veces más probable que una persona mayor desarrolle DCL si pertenece al género femenino. Un mayor nivel educacional mostró su efecto protector (OR 10,13; IC 95 % 1,83-63,53). Para ambos casos, se duda de la calidad de la estimación por lo amplio del intervalo de confianza.

Tabla 5 - Resultados de la regresión logística múltiple

Variabes	Significación (p)	Odds Ratio (OR)	Intervalos de Confianza (95%)
Género(H vs M)	0,015	6,67	1,09-52,01
Escolaridad	0,010	10,13	1,83-63,53

Discusión

El diagnóstico temprano en las demencias aboga por los efectos potenciales de su prevención mediante el control de los factores de riesgo modificables y la adopción de estilos de vida saludables. A pesar de haber logrado el objetivo de la investigación, se consideró que el número de personas mayores evaluadas fue insuficiente para generalizar los resultados, por lo que se hace necesario estudios longitudinales para confirmar estos hallazgos.

Tanto en el ámbito internacional como en el nacional los autores reportaron tasas inferiores a la encontrada en el estudio actualmente discutido, en el cual 74,5 % de las personas mayores estudiadas se diagnosticó como DCL.

En el estudio *Gómez de Caso*, la prevalencia de DCL fue de 45 % en personas mayores de 85 años.⁽¹⁰⁾ Similares resultados fueron encontrados por *Petersen*⁽¹¹⁾ y el estudio *Deriva*.⁽¹²⁾ En Colombia dicha prevalencia fue de 9,7 %.⁽¹⁷⁾ Por su parte, *Ward* y otros analizaron estudios conducidos en Europa, Norte América, Asia, Australia y África encontrando diferencias en la prevalencia de DCL según la definición que se usara para describir el mismo y los grupos poblacionales evaluados; en términos generales se encontraba entre 4,9 % y 26,4 %.⁽¹⁸⁾

En Cuba los doctores *Monteagudo* y *Gómez Viera* realizaron un estudio para evaluar el estado cognitivo de adultos mayores, informando una frecuencia de deterioro cognitivo de 23,8 % en personas de 80 años o más.⁽¹⁴⁾

Otro estudio realizado en nuestro país, por los doctores *Gómez Viera* y *Bonnin Rodríguez* reporta una frecuencia de deterioro cognitivo de 33,3 % en el grupo etáreo de 85 a 89 años.⁽¹³⁾

La variabilidad de estos resultados pudiera estar influenciada, entre otros factores, por el rango de edades estudiadas, el tipo de población y área de residencia seleccionada, la metodología utilizada así como la falta de unificación de los criterios y guías para el diagnóstico de DCL. La mayoría de los estudios revisados por los autores coinciden en afirmar un incremento de la prevalencia de DCL paralelo a la edad.^(10,11,12) Un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de DCL de 19,2 % para el grupo de 65 a 74 años; 27,6 % para los de 75 a 84 años y 38 % para mayores de 85 años.⁽¹⁹⁾

Sin embargo, al analizar los resultados del presente estudio se observó un descenso evidente en la frecuencia de DCL a medida que se incrementa la edad en los mayores de 85 años. Resultados semejantes fueron descritos por *Gómez* y otros, donde el mayor porcentaje de personas con deterioro cognitivo (33,3 %) correspondió a los pacientes con edades de 85-89 años, mientras en el grupo de 90 años o más disminuyó a 7,5 %.⁽¹³⁾

Se consideraron como posibles causas, el aumento de la mortalidad a medida que se incrementa la edad con la consiguiente pérdida de casos, las dificultades existentes a la hora de determinar qué características forman parte del envejecimiento cognitivo normal o por el contrario constituyen los primeros síntomas de DCL, la elevada frecuencia con que suelen ser explicadas las quejas de memoria en las personas mayores por las familias como parte del envejecimiento normal y los subdiagnósticos generados por la aparición de ansiedad y depresión en sujetos de edad muy avanzada.

Al igual que en otros estudios las féminas presentaron tasas de DCL significativamente más elevadas que los hombres. Considerándose estos resultados como consecuencia del mayor número de mujeres que sobrepasan los 65 años de edad y otros factores que afectan con mayor proporción a la población femenina como son el bajo nivel de escolaridad, la disminución de los estrógenos a edades avanzadas, la mayor predisposición de depresión, entre otras.^(10,14,20,21)

En cambio, en Colombia y Arabia Saudita se encontró un predominio de DCL en hombres ($p \leq 0,05$) frente a las mujeres. Resultados atribuidos a las poblaciones seleccionadas, la edad y el área de residencia estudiada (urbana o rural).^(17,22)

Diferentes investigaciones han detectado asociaciones positivas entre el envejecimiento cognitivo y el nivel educativo, resultado semejante al nuestro, concluyendo que la calidad y la duración de la escolarización influyen de manera directa en el funcionamiento cognitivo global y en la reserva cognitiva.^(10,17,22,23,24) Por otra parte, el bajo nivel de escolaridad se

asocia frecuentemente con otras condiciones sociales adversas como el nivel socioeconómico, nutrición, coeficiente de inteligencia, ocupación, salud y estilos de vida desfavorables.^(25,26)

La hipertensión arterial, el hábito de fumar, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus y enfermedad cerebro vascular, se relacionan por múltiples mecanismos que pueden explicar su asociación con el declinar cognitivo. Estos incluyen: el daño vascular, la inflamación (citocinas), la resistencia periférica a la insulina y la hiperinsulinemia.^(13,14,25,26,27,28)

Sin embargo, en nuestro estudio no se evidenciaron asociaciones significativas ($p \leq 0,05$) entre el DCL y estas variables. Estos resultados pueden ser consecuencia de las características de nuestro sistema nacional de salud pública, donde se prioriza, entre otros, el Programa de atención al adulto mayor, asistencia social y discapacidad; lo que permite un mayor y mejor control, así como una disminución del riesgo con mejor salud cardiovascular (detección precoz y tratamiento oportuno de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes y enfermedad cerebro vascular).

En cuanto a los antecedentes de demencia en familiares de primera línea, *Fong* y otros encontraron una alta prevalencia de pacientes con trastornos cognitivos en aquellos ancianos que tenían antecedentes familiares de primer grado de consanguinidad.⁽²⁹⁾ En la actual investigación quizás no se encontró asociación significativa por el grupo etéreo de estudio, los cuales desconocían las enfermedades padecidas por sus familiares o simplemente estos no fueron diagnosticados como tal.

Varios estudios mostraron resultados similares con el nuestro donde no se encontró asociación entre depresión y la probabilidad de DCL.^(28,30) La depresión es un síntoma inicial o coexistente en 40-50 % de los pacientes con demencia; sin embargo, su efecto como factor de riesgo para el DCL es más discutido.⁽²⁵⁾

En la bibliografía revisada solo se encontró un estudio que relacionara el DCL con el consumo de alcohol, coincidiendo con los resultados de esta investigación, donde el consumo de alcohol no se asoció con el deterioro cognitivo.⁽²⁹⁾

La mayoría de los estudios revisados revelaron una fuerte asociación entre el género y el DCL, el sexo femenino fue un factor de riesgo de DCL estadísticamente significativo, especialmente en aquellas con un menor nivel educativo y/o desventajas sociales como lograr un mejor nivel socioeconómico.^(10,14,20,21) En el presente estudio se detectó un mayor nivel educacional como factor protector para desarrollar DCL, lo cual coincide con los resultados de diversos autores.^(10,17,22,23,24,25,26)

En la población estudiada, el DCL constituye un problema de salud. El mayor nivel educacional mostró su efecto protector, identificándose una fuerte asociación entre el género femenino y el declinar cognitivo.

Referencias bibliográficas

1. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015. Agregar salud a los años. Organización Mundial de la Salud, 2015[acceso: 10/12/2019]. Disponible en: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
2. Anuario Estadístico 2016. Población media y densidad de población según grupo de edad y provincia. 2016[acceso: 20/12/2019]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/cuadro2>
3. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015. Cambios demográficos y epidemiológicos. El envejecimiento de la población. Organización Mundial de la Salud, 2015[acceso: 20/12/2019]. Disponible en: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
4. Zamora MM, Castro EF, Ávila JA, Manrique BS, López RR, Sosa AL, *et al.* The association between social support and cognitive function in Mexican adults aged 50 and older. Arch Gerontol Geriatr. 2017[acceso: 20/12/2019];68:113-18. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
5. Whitley E, Deary IJ, Ritchie SJ, Batty GD, Kumari M, Benzeval M. Variations in cognitive abilities across the life course: cross-sectional evidence from Understand in Society: The UK Household Longitudinal Study. Intelligence. 2016[acceso: 20/12/2019]; 59:39-50. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.intell.2016.07.001>
6. Llanes BC. Geriatria. Temas para enfermería. Demografía y epidemiología del envejecimiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017. 434 p 17-24.
7. Borrás BC, Viña RJ. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016[acceso: 01/12/2019];51:3-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
8. Petersen R, Stevens J, Ganguli M, Tangalos E, Cummings J, DeKosky S. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of

- Neurology. Neurology. 2001[acceso: 20/12/2019];56:1133-42. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
9. Albert M, DeKosky S, Phelps C. The diagnosis of Mild cognitive impairment: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association work groups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer Dement*. 2011[acceso: 20/12/2019];7:257-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
10. Vega A. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo adquirido. Estudio Gómez de Caso. *Neurología*. 2016[acceso: 20/12/2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>
11. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2016;(22):404-18.
12. Rodríguez S, Mora S, Patino A, García G, Escribano H, García O, *et al*. Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurol*. 2011[acceso: 20/12/2019];11-147. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2377-11-1479>
13. Gómez VN, Bonnin RBM, Gómez MI, Yáñez FB, Gonzáles ZA. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med*. 2003[acceso: 20/12/2019];42(1):12-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/medsu103.htm
14. Torres MM, Gómez VN. Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores de 60 años, en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución. *Rev Cubana Med*. 2009[acceso: 20/12/2019];48(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
15. González JL, Gómez VN, González GJL. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa. *Rev Neurol*. 2006[acceso: 20/12/2019];36:619-24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
16. Martín LI. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el adulto mayor. *Semfyc*. 2019[acceso: 11/01/2020];16(3). Disponible en: <http://www.AMF-semFYC.com>
17. Arboleda HE, Aguirre AD, Muñoz C, Pineda AC, Lopera F. Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Rev Neurol*. 2008[acceso: 20/12/2019];46(12):709-4. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista>
18. Ward A, Arrighi HM, Michels S, Cedarbaum JM. Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimer's Dement*. 2012; 8:14-21.
19. N Custodio, E Herrera, D Lira. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An. Fac. med*. 2012[acceso: 20/12/2019];73(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>

20. Llibre RJ, Valhuerdi CA, López MA, Noriega FL, Porto ÁR, *et al.* Cuba's Aging and Alzheimer Longitudinal Study. MEDICC Review. 2017[acceso: 20/12/2019];19(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
21. León A, Milán F, Camacho C. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev med Mex. 2009[acceso: 20/12/2019];47(3):277-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
22. Muath A, Abdullah A, Loay B. Prevalence of Mild Cognitive Impairment and Dementia in Saudi Arabia: A Community-Based Study. Dement Geriatr Cogn Disord. 2018[acceso: 20/12/2019];Extra(8):98-103. Disponible en: <http://www.karger.com/Services/OpenAccessLicense>
23. Cancino LR. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Copyright. 2016,34(3):183-89.
24. Benavides C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev Mex Anest. 2017[acceso: 20/12/2019];40(2):107-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
25. Llibre RJ, Gutiérrez HR. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública. 2014;40(3).
26. Jesada S, Teabpaluck S, Suchat A, Somsak T, Suprawita S. Prevalence and factors associated with memory disturbance and dementia after acute ischemic stroke. Neurology International. 2018;10:7761.
27. Mellon L. Cognitive impairment six months after ischaemic stroke: a profile from the ASPIRE-S study. BMC Neurol. 2015;15:31.
28. Mejía A, Miguel J, Villa A, Ruíz A, Miguel G. Deterioro cognitivo y factores de riesgo asociados en adultos mayores en México. Sal pub Méx. 2007[acceso: 20/12/2019];49;475-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
29. Adela FE, Collejo Y, Poll R, Lam SJ, Guzmán N. Evaluación psicológica en adultos mayores con factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. MEDISAN. 2013[acceso: 20/12/2019];17(12):9118-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
30. Duran B, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfer muniv. 2013[acceso: 20/12/2019];10(2):36-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Teresa Fonte Sevillano: Elaboró el instrumento de medición, realizó procesamiento estadístico y análisis de los resultados. Revisó y aprobó la versión final del documento.

Damián Jorge Santos Hedman: Seleccionó la muestra del estudio. Revisó y aprobó la versión final del documento.

Anexo

Modelo de recolección del dato primario

1. Edad_____ años cumplidos.

2. Escolaridad:

Analfabeto: -----, (si no cursó estudios)

Primaria-----, (si cursó estudios primarios, terminados o no)

Secundaria básica -----, (si cursó estudios de secundaria básica)

Medio-----, (si cursó estudios preuniversitario, técnico medio)

Superior-----, (Si cursó estudios universitarios)

3. Género:

Femenino: -----

Masculino: -----

4. Antecedentes patológicos personales: (si o no)

Hipertensión arterial: -----

Cardiopatía isquémica: -----

Diabetes Mellitus: ----

Enfermedad cerebro vascular: -----

Enfermedad depresiva: -----

Antecedentes de demencia en familiares de primera línea: -----

5. Hábitos tóxicos: (si o no)

Hábito de fumar: -----

Alcohólico: ----- (cantidad aproximada de ml que ingiere diariamente-----)