



Actualización de envejecimiento poblacional, demencia y depresión en el anciano.

Update on population aging, dementia and depression in the elderly.

Elisbeth Pérez Montes de Oca^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4224-6039>

Adriana Yllodo Cristo² <https://orcid.org/0000-0002-1490-0216>

Damián Valladares Reyes³ <https://orcid.org/0000-0002-5635-8082>

Alicia Morales Díaz⁴ <https://orcid.org/0000-0001-7719-9415>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas “Victoria de Girón”. La Habana. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”. La Habana. Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hospital Militar Central “Dr. Carlos Juan Finlay”. La Habana, Cuba.

⁴Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas “Victoria de Girón”. Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País García”. La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: elisbethpmdeoca99@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional se refiere al aumento de la proporción de personas mayores de 65 años en relación con la población total de un país o región.

Objetivo: Actualizar información sobre el envejecimiento poblacional con énfasis en la demencia y la depresión en el anciano.

Métodos: Se realizó una revisión de artículos publicados acerca del envejecimiento poblacional, la demencia y la depresión en el anciano; se incluyeron un total de 22 artículos.

Desarrollo: Los grandes síndromes geriátricos son un conjunto de afecciones médicas comunes que afectan a los adultos mayores. Constituyen un conjunto de síntomas y signos que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores. Se incluyen el síndrome de fragilidad, el síndrome de caídas, el síndrome de inmovilidad y el síndrome de delirium. Se caracterizan por la presencia de múltiples factores de riesgo, como la edad avanzada, la presencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia y la disminución de la reserva funcional del cuerpo

Conclusiones: Hoy día en Cuba existe predominio de la población que va hacia la senescencia acompañado de un alto índice de demencia senil. Estos pacientes en su mayoría presentan afección de su normal desenvolvimiento en la sociedad y en la familia. Por tanto, el cuidado y mantenimiento de la calidad de vida de personas que la sufren, constituye uno de los objetivos sanitarios y retos sociales más importantes en la actualidad.

Palabras clave: Anciano; Demencia; Enfermedad de Alzheimer; Envejecimiento; Memoria

ABSTRACT

Introduction: Population aging refers to the increase in the proportion of people over 65 years of age in relation to the total population of a country or region.

Objective: Update information on population aging with emphasis on dementia and depression in the elderly.

Methods: A review of published articles on population aging, dementia and depression in the elderly was carried out; A total of 22 articles were included.

Development: Major geriatric syndromes are a set of common medical conditions that affect older adults. They constitute a set of symptoms and signs that can have a significant impact on the quality of life of older adults. They include frailty syndrome, falls syndrome, immobility syndrome, and delirium syndrome. They

are characterized by the presence of multiple risk factors, such as advanced age, the presence of chronic diseases, polypharmacy, and a decrease in the body's functional reserve.

Conclusions: Today in Cuba there is a predominance of the population that is going towards senescence accompanied by a high rate of senile dementia.

These patients mostly present problems in their normal development in society and in the family. Therefore, the care and maintenance of the quality of life of people who suffer from it constitutes one of the most important health objectives and social challenges today.

Keywords: Elderly; Dementia; Alzheimer Disease; Aging; Memory

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional se refiere al aumento de la proporción de personas mayores de 65 años en relación con la población total de un país o región. Este fenómeno se debe a una combinación de factores, como la disminución de la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza de vida y la migración.^{1,2}

Se estima que entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, y pasará del 12 % al 22 %. Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones. En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Las subregiones de Centroamérica y el Caribe cuentan con países que experimentan un rápido envejecimiento poblacional.²

Mientras que Cuba, Jamaica y Puerto Rico iniciaron el proceso de envejecimiento demográfico más temprano, entre 1950 y 1960, otro grupo de países lo empezó después de la década de 1990 y un tercer grupo recién alcanzó el umbral del 7 % de personas mayores en su población en las décadas de 2010 y 2020. Entretanto, llama la atención el acelerado proceso registrado en Costa Rica, Cuba y Puerto Rico. Los dos primeros presentaron una trayectoria más lenta al inicio y alcanzaron el 28 % de población mayor en la década de 2020. Costa Rica destaca con un rápido crecimiento de la población mayor, que en menos de 70 años pasa a representar del 7 % al 35 % de la población total.²

En Cuba en el año 2019 el 20,8 % de la población tenía o había sobrepasado la sexta década de vida. Al cierre del 2022 este indicador se situó en 22,3 %, prácticamente dos puntos porcentuales más en apenas tres años, de acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Hoy el número de personas con 60 años y más en Cuba asciende a 2 478 087. La última proyección de población realizada por la ONEI estima que para el año 2050, la población de personas mayores alcanzará la cifra de 3 343 520 personas, lo que representaría un grado de envejecimiento del 35,9 %.^{3,4}

El envejecimiento poblacional tiene importantes consecuencias para la salud pública, se incluye un mayor riesgo de enfermedades crónicas, discapacidad, dependencia y problemas de salud mental. Esto puede tener implicaciones significativas para los sistemas de atención médica y la economía en general.⁵

El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan la dependencia. La depresión y la demencia son las enfermedades neuropsiquiátricas de mayor prevalencia en el anciano. Su prevalencia varía según la localidad y la herramienta utilizada para el diagnóstico. Un estudio en población de adultos mayores (n=17 000) utilizando los criterios CIE-10 reportó prevalencias de depresión de 2,3 % en Puerto Rico, 13,8 % en República Dominicana, 4,9 % en Cuba y 0,5% en Nigeria. Cabe recalcar que las cifras son menores cuando se utilizan instrumentos diagnósticos, como los del CIE 10 o los de DSM-V en comparación con instrumentos de tamizaje, como la escala de Yesavage o el Euro-dep. En Ecuador la prevalencia de depresión es de 39 % según una encuesta realizada. Se estima que la incidencia de casos nuevos de esta entidad por año es de aproximadamente 15 %. Influyen en el aumento anual de estas entidades factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social (soledad) e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros.^{4,5}

Se hace necesaria una revisión actualizada del tema al estar estas entidades poco estudiadas en los últimos años. Por tanto, se plantea como objetivo de este trabajo actualizar información sobre el envejecimiento poblacional, la demencia y la depresión en el anciano.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de artículos publicados en las bases de datos PubMed, SciELO, Scopus, y en Google, acerca del envejecimiento poblacional, la demencia y la depresión en el anciano. Se emplearon los descriptores: “Anciano”, “Demencia” y “Envejecimiento” en idioma inglés y español, y se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR.

La búsqueda de la información se centró en artículos publicados en los últimos diez años. Los criterios de selección fueron: revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos, guías de práctica clínica y revisiones bibliográficas. Se excluyó todo artículo no mostrara el texto completo.

Se revisaron un total de 45 artículos seleccionados mediante la revisión del resumen. De las publicaciones más pertinentes con el objeto de estudio, se realizó una lectura del texto completo y se incluyeron 30 artículos. De ellos se contó con un 73,3 % de actualización en los últimos 5 años.

DESARROLLO

Síndromes geriátricos y valoración geriátrica integral

En un artículo de revisión se afirma que las personas envejecen como han vivido y llegan a la vejez marcadas por un importante bagaje de acontecimientos vitales. Envejecer no es otra cosa que cambiar, acumular saberes y experiencias que requieren desplegar procesos de adaptación y desarrollo a nivel personal y social. Se considera el envejecimiento activo como un proceso dinámico y no como un estado. Se está de acuerdo con lo mencionado con anterioridad y coincide con el criterio de otros autores.^{5,6}

Los grandes síndromes geriátricos son un conjunto de afecciones médicas comunes que afectan a los adultos mayores. Estos síndromes no se consideran enfermedades en sí mismas, sino que son un conjunto de síntomas y signos que se presentan juntos y que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores. Parten de los cuatro grandes síndromes: inestabilidad, incontinencia, inmovilidad y déficit intelectual. Estos incluyen, entre otros, el síndrome de fragilidad, el síndrome de caídas, el síndrome de inmovilidad y el síndrome de delirium. Se caracterizan por la presencia de múltiples

factores de riesgo, como la edad avanzada, la presencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia y la disminución de la reserva funcional del cuerpo.^{7,8}

Se considera importante destacar que estos síndromes pueden solaparse y coexistir en un mismo paciente, y que su tratamiento suele implicar un enfoque multidisciplinario que aborda tanto los aspectos médicos como los sociales y psicológicos del paciente. El reconocimiento temprano y la intervención adecuada en estos síndromes pueden ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.⁹

Si en el paciente joven con frecuencia el médico se enfrenta a una sola enfermedad, en el adulto mayor la regla es que coexista más de una noxa. La evaluación de la salud del adulto mayor se realiza a través de una Valoración Geriátrica Integral (VGI). Se complementa a partir de instrumentos de evaluación biomédica, funcional y social. Según lo interpretado por los autores la VGI ayuda a los profesionales de la salud a identificar problemas y necesidades específicas del paciente y a desarrollar planes de tratamiento adecuados.¹⁰

Entre los principales instrumentos de evaluación geriátrica podemos mencionar: índice de Barthel: evalúa la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria, como vestirse, bañarse y comer.¹¹ Se utiliza comúnmente para evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores y puede ayudar a identificar las necesidades de atención a largo plazo. La Escala de Depresión Geriátrica que se usa para evaluar la presencia y la gravedad de los síntomas depresivos en los adultos mayores. También se cuenta con Mini-Mental State Examination (MMSE) utilizado para evaluar la función cognitiva de los adultos mayores.¹² Se enfoca en áreas como la memoria, la atención y el lenguaje y puede ayudar a identificar problemas cognitivos como la demencia. El Índice de Comorbilidad de Charlson es usado para evaluar la presencia y la gravedad de varias enfermedades crónicas en los adultos mayores.¹³ Además se trabaja con la Escala de Valoración de la Fragilidad para evaluar la fragilidad de los adultos mayores, que se define como una disminución en la reserva fisiológica que aumenta el riesgo de discapacidad y mortalidad. Es imprescindible que los profesionales de la salud utilicen instrumentos de evaluación adecuados y los apliquen de manera correcta para obtener resultados precisos y útiles.¹⁴ La VGI y los instrumentos que la conforman son la herramienta que va a permitir al médico enunciar los síndromes que pueda tener el paciente.

Síndrome demencial

Las demencias constituyen un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales (memoria, orientación, razonamiento, juicio), producido por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro, con suficiente gravedad para que afecte el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia. Son la cuarta causa de años de vida con discapacidad. Los síntomas pueden incluir pérdida de memoria, dificultad para realizar tareas cotidianas, desorientación en tiempo y espacio, cambios en el comportamiento y personalidad, y problemas de comunicación.¹⁵

La etiología de las demencias puede variar dependiendo del tipo de demencia; los tipos más comunes de demencia son:

1. Enfermedad de Alzheimer: como menciona Garre-Olmo¹³, es el tipo más común de demencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a alrededor del 60-70 % de todas las personas con demencia, seguida de la demencia vascular y de otras demencias neurodegenerativas, como la demencia por cuerpos de Lewy, el complejo demencia-Parkinson y la demencia frontotemporal. Ha sido denominada “la epidemia del siglo”, por lo que se encuentra entre las seis afecciones incluidas por la OMS como una prioridad en relación con la salud mental y constituye uno de los grandes síndromes geriátricos. Es, además, la causa más común de trastornos cognitivos en el anciano. En países desarrollados la enfermedad de Alzheimer constituye la tercera enfermedad en costo social y económico, después de las enfermedades cardíacas y las oncoproliferativas y se comporta como la cuarta causa de muerte. Otros subtipos de demencias presentan frecuencias inferiores al 1%, y se dispone de indicadores epidemiológicos poco robustos. Todos los estudios sobre la incidencia de demencia coinciden en mostrar que se trata de una patología que aumenta con la edad y que presenta un patrón de crecimiento exponencial a partir de los 65 años.¹⁴
2. Demencia vascular: se produce por una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro y puede ser causada por una enfermedad cardiovascular o accidente cerebrovascular.
3. Demencia con cuerpos de Lewy: se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy en el cerebro, que son depósitos anormales de proteínas. Según la Asociación de la Enfermedad de Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy representa entre el 5% y el 10% de todos los casos de demencia.

4. Demencia frontotemporal: Es un tipo de demencia que afecta las áreas del cerebro que controlan el comportamiento, la personalidad y el lenguaje. Según Cruzado¹⁵, el primer subtipo, denominado demencia frontotemporal variante conductual (DFTvc) es el más frecuente y, debido a sus variadas formas de presentación, puede ser confundido con cuadros psiquiátricos primarios como depresión, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, psicosis de inicio tardío, trastornos de control de impulsos y otras patologías. Coincidimos en su totalidad con su análisis.

5. Demencia mixta: Se refiere a una combinación de diferentes tipos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.¹⁶

La enfermedad demencial es multifactorial; dentro de los elementos etiológicos y fisiopatogénicos se plantea la existencia de múltiples factores de riesgo que generan alteraciones en la homeostasis celular, los cuales alteran la plasticidad sináptica y provocan daño mitocondrial. Este proceso produce una serie de eventos como la desorganización de proteínas citoesqueléticas y alteración de la síntesis y función de la ubiquitina, así como desregulación de segundos mensajeros con disminución de las funciones y alteración del procesamiento de información de los neurotransmisores, de este modo se puede afectar la síntesis de los mismos. Además, se muestra un aumento de la disponibilidad intracelular del calcio que estimula quinasas y proteasas con un ascenso de la actividad de proteinquinasas A y C, y las fosforilaciones anormales de proteínas citoesqueléticas.¹⁶

Además, existen varios tipos de demencias menos comunes, algunos de ellos son: demencia por cuerpos de inclusión, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia por cuerpos de neurona del motor, demencia por enfermedad de Huntington. Cada tipo de demencia tiene sus propias características y necesidades de tratamiento específicas, por lo que es importante buscar atención médica adecuada para establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.^{17,18}

Existen varios factores de riesgo conocidos que pueden contribuir al desarrollo de las demencias. Entre ellos se encuentran: edad avanzada, historial familiar, enfermedades crónicas, lesiones cerebrales, estilo de vida poco saludable (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, falta de actividad física, dieta poco saludable).¹⁹

En términos de comorbilidad y pluripatología, las demencias a menudo se asocian con otras enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular, la diabetes y la depresión. Además, las personas con demencia a menudo tienen múltiples afecciones médicas al mismo tiempo, lo que se conoce como pluripatología. Esto puede complicar el tratamiento de la demencia y aumentar el riesgo de hospitalización y muerte. Por tanto, es importante que las personas con demencia reciban atención médica integral y coordinada que aborde tanto la demencia como cualquier otra afección médica que puedan tener.²⁰

Los criterios diagnósticos de las demencias varían dependiendo del tipo, pero hay algunos criterios que se utilizan para el diagnóstico de la demencia en general. Estos incluyen: deterioro cognitivo, funcionamiento diario afectado, duración del deterioro y exclusión de otras causas. Además de estos criterios generales, existen criterios específicos para el diagnóstico de los diferentes tipos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy. Estos criterios a menudo incluyen pruebas neuropsicológicas, evaluaciones de imagenología cerebral y análisis de biomarcadores. Es importante destacar que el diagnóstico de la demencia es un proceso complejo que requiere una evaluación completa por un profesional de la salud capacitado. El diagnóstico temprano y preciso de la demencia puede ser beneficioso para el tratamiento y la gestión de la enfermedad.²¹

Es interesante destacar que en investigaciones recientes se ha acumulado importante evidencia epidemiológica que relaciona las alteraciones de la marcha y los trastornos cognitivos. Estas interrelaciones entre los patrones de marcha deficiente, enfermedad cerebral de los pequeños vasos y el deterioro cognitivos en los procesos neurodegenerativos que se observan en el envejecimiento, son altamente complejas y no se comprenden del todo bien. A modo de síntesis se puede plantear que la presencia de una marcha patológica sobre todo las de tipo de nivel superior, pueden deberse a patologías superpuesta (enfermedades neurodegenerativas y lesiones isquémicas de sustancia blanca), constituye un factor de riesgo fuertemente relacionado con la demencia en general, y su semiología puede ser variada en dependencia del tipo de demencia (cortical o subcortical), sin olvidar al margen de las evidencias actuales las particularidades de cada paciente.²²

Las conductas geriátricas específicas son comportamientos que pueden presentarse en personas con demencia y que pueden ser difíciles de manejar para los cuidadores y familiares. Las más comunes son la agitación, delirios, alucinaciones, agresión, desinhibición sexual y apatía.²³

Estas conductas no son una parte inevitable de la demencia y pueden ser tratadas y manejadas de manera efectiva. Los enfoques de tratamiento pueden incluir terapia ocupacional, terapia conductual y farmacoterapia. También es importante que los cuidadores y familiares reciban apoyo y capacitación para manejar estas conductas de manera efectiva y segura.²⁴

El pronóstico de las demencias varía dependiendo del tipo de demencia y de la edad y estado de salud general de la persona afectada. En general, las demencias son enfermedades progresivas que empeoran con el tiempo y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de la persona afectada y de sus cuidadores y familiares.²⁴

La enfermedad de Alzheimer suele progresar lentamente a lo largo de varios años. La esperanza de vida después del diagnóstico es de tres a nueve años. La demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy tienden a progresar más rápidamente. Cabe destacar que el pronóstico de las demencias puede ser influenciado por diversos factores, como la edad de la persona, el estado de salud general, la presencia de otras enfermedades y la respuesta a los tratamientos. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y a retrasar la progresión de la enfermedad.²⁵

Síndrome depresivo

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a personas de todas las edades, incluidos los adultos mayores. Sin embargo, en estos puede ser más difícil de detectar y tratar debido a factores como las condiciones médicas crónicas, el aislamiento social y la discapacidad física.²⁶

Los principales síntomas de la depresión en los adultos mayores son la tristeza persistente, ansiedad o sensación de vacío. Pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras; fatiga, cansancio, falta de energía, dificultad para dormir o dormir demasiado. Además, pueden presentar cambios en el apetito o

pérdida de peso involuntaria, así como dificultad para concentrarse o tomar decisiones. También sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. El diagnóstico de la depresión debe ser realizado por un profesional de la salud mental capacitado y que el tratamiento adecuado puede mejorar significativamente la calidad de vida de las personas afectadas.²⁶

La depresión en los adultos mayores puede ser causada por una variedad de factores, como la pérdida de seres queridos, la jubilación, la discapacidad y las enfermedades crónicas. Además, algunos medicamentos utilizados para tratar otras afecciones médicas también pueden contribuir a la depresión.²⁷

Calderón²⁷, encontró que la prevalencia varía según la localidad, país y la herramienta utilizada para el diagnóstico. De la exposición de los factores de riesgo se desprende que la familia, la sociedad y el estado deben emprender acciones específicas para paliar especialmente los factores modificables como el apoyo social y la mejora de la calidad de vida de los ancianos. Se considera que esta medida debe ser aplicada en todas las áreas de salud especialmente en atención primaria.

Cabe resaltar la importancia de que los adultos mayores que experimentan síntomas de depresión busquen atención médica y psicológica adecuada. El tratamiento puede incluir terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y medicamentos antidepresivos. Además, deben beneficiarse de la participación en actividades sociales y programas de apoyo para combatir el aislamiento y mejorar su calidad de vida.

Otras de las complicaciones que necesitan atención especial en este segmento poblacional son la desnutrición y las complicaciones de la inmovilidad. En su estudio Belaunde²⁹, corrobora que el 61,3 % (IC: 45,2-77,4) de los pacientes con úlcera por presión padecía de la mal nutrición y el 51,6 % (IC: 39,3-68,5) tenía demencia. Estudios similares reafirman esta hipótesis, estrechamente relacionada con la presencia de síndrome de fragilidad y discapacidad.^{28,30}

Tanto el síndrome demencial como el síndrome depresivo se presentan en el anciano con relativa frecuencia. Muchas veces coexisten y se solapan. Y a la vez imprescindible hacer un diagnóstico diferencial entre ambos. La atención de ambos síndromes debe seguir los principios de integralidad, trabajo en equipo, atención por niveles y seguimiento en el tiempo.

CONCLUSIONES

El envejecimiento poblacional es un fenómeno importante que tiene un impacto significativo en la salud pública y la economía en todo el mundo. Es imprescindible que los gobiernos y las organizaciones de salud pública trabajen para abordar las necesidades de la población envejecida y desarrollen políticas y programas que satisfagan las necesidades de esta población en constante crecimiento.

Hoy día en Cuba existe predominio de la población que va hacia la senescencia acompañado de un alto índice de demencia senil. Estos pacientes en su mayoría presentan afección de su normal desenvolvimiento en la sociedad y en la familia. Por tanto, el cuidado y mantenimiento de la calidad de vida de personas que la sufren, constituye uno de los objetivos sanitarios y retos sociales más importantes en la actualidad. En la población geriátrica constituyen un problema actual de salud la demencia y la depresión. Se considera imprescindible brindar apoyo social y mejorar la calidad de vida de los ancianos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Abdelnour C. Demencia con cuerpos de Lewy. Revista Kranion[Internet] 2021[citado 4 may 2023];16:[aprox.3p.]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20220202070901id_/https://www.kranion.es/files/kranion_21_16_2_072-075.pdf
2. Duque Fernández LM, Ornelas Contreras M, Benavides Pando EV. Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación. Psicología y salud [Internet] 2020 [citado 4 may 2023];30(1):[aprox.13p.]. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2617/4498>

3. González F, Urrutia H, Fuel H, Díaz Sardi M, Gutierrez A. Diferenciación clínica del déficit cognitivo del CADASIL con respecto a otras demencias vasculares. Rev. Chil Neuropsicol[Internet] 2018 [citado 4 may 2023];13(1):[aprox.5 p.].Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7299831>
4. Sotolongo Arró O, Rodríguez Blanco L. Prevalence of the dementia syndrome and Alzheimer's disease in patients from "Pedro Fonseca"polyclinic. Rev cubana Med Gen Integr[Internet]2012[citado 4 may 2023];28(4):[aprox.8 p.]694-702.Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2012/cmi124l.pdf>
5. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gaceta Médica Espirituana [Internet] 2015 [citado 4 may 2023] ;17(3):[aprox.10 p].Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2015/gme153y.pdf>
6. Martínez González BM, Hernández Falcón N, Díaz Camellón DJ, Arencibia Márquez F, Morejón Milera A. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. Rev.Med.Electrón [Internet] 2020 [citado 4 may 2023] ; 42(4):[aprox.12 p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v42n4/1684-1824-rme-42-04-2066.pdf>
7. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Miró Jimenez Y. Prevalencia de discapacidad en adultos mayores hospitalizados. Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García"[Internet]2019 [citado 4 may 2023];7(3):[aprox.8 p]. Disponible en:<https://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/download/48/24>
8. Rosales Martínez GM, Perera Lombillo CR, Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Valdés Rodríguez D, Pérez Montes de oca E. Factores asociados al deterioro cognitivo en consulta externa de Medicina interna. Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García" [Internet] 2023 [citado 4 may 2023]; 11(2):[aprox. 12p].Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1113/890>
9. Belaunde Clausell A, Castillo Miranda J, Aleaga Castro E, Piloto Cruz A. Readmisión precoz en pacientes con insuficiencia cardíaca. Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García" [Internet] 2021[citado 4 may 2023] ;9(1):[aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/598>
10. Castillo Miranda J, Belaunde Clausell A, Aleaga Castro E. Mortalidad precoz en pacientes con insuficiencia cardíaca egresados de un servicio de Medicina Interna. Rev.Cuban de Cardiol. [Internet] 2020 [citado 4 may 2023] ;26(2):[aprox. 5p].Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7507523.pdf>

11. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Valladares Reyes D, Marcheco Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad. Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García" [Internet] 2022 [citado 4 may 2023];10(1):[aprox. 13p]. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/837>
12. Limón Mendizabal MR. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula abierta [Internet] 2018 [citado 4 may 2023];47(1):[aprox. 10p]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292831>
13. Garre Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Rev. Neurol [Internet] 2018 [citado 4 may 2023];66:[aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.svnps.org/documentos/enfermedad-de-alzheimer.pdf>
14. González Martínez P, Oltra Cucarella J, Sitges Maciá E, Bonete López B. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. Rev. Neurol [Internet] 2021 [citado 4 may 2023]; 72:[aprox. 10p]. Disponible en: <https://www.svnps.org/wp-content/uploads/2021/06/bz080288.pdf>
15. Cruzado L, Custodio N, Montesinos R, Lanata S. Demencia frontotemporal - variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios. Rev. Neuropsiquiatr [Internet] 2021 [citado 4 may 2023];84(3):[aprox. 11p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v84n3/0034-8597-rnp-84-03-183.pdf>
16. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, *et al.* Prevención, intervención y atención de la demencia. The Lancet [Internet] 2020 [citado 4 may 2023];396:[aprox. 22p]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30367-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30367-6.pdf)
17. Custodio N, Herrera Pérez E, Lira D, Montesinos Ro, Mar M, Guevara-Silva E, *et al.* Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia Rev. Neuropsiquiatr [Internet] 2014 [citado 4 may 2023] ; 77(4):[aprox. 12p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400004&lng=es.
18. Nuñez Alanís JP. Carga de la enfermedad y mortalidad por Alzheimer y otras demencias en Costa Rica 1990-2019. [Tesis]. Costa Rica: UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA; 2021 [citado 4 may 2023]. 140 p. Disponible en: <http://13.87.204.143/xmlui/handle/123456789/7050>
19. Hernández Contreras KA, Martínez Díaz JA, Hernández Aguilar ME, Herrera Covarrubias D, Rojas Durán F, Aranda Abreu GE. Mechanisms of association between Alzheimer's disease and diabetes

- mellitus: The insulin paradox. ArchNeurocién [Internet] 2020 [citado 4 may 2023] ; 25(4):[aprox. 9p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane204e.pdf>
20. Crespo Cuevas AM, Vilas Rolán D, López Cancio E. Marcadores ultrasonográficos asociados a deterioro cognitivo leve y demencia.[Tesis doctoral].España: Universidad Autónoma de Barcelona ;2021 [citado 4 may 2023].112 p.Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2021/hdl_10803_671722/amcc1de1.pdf
21. National Institute of Mental Health.[Internet]. Rockville Pike, Bethesda, Maryland.[citado 4 may 2023]. Older Adults and Depression;[aprox. 12 p.].Disponible en: <https://www.apa.org/depression-guideline/older-adults-and-depression.pdf>
22. Martínez Chile A, Santos Martínez AM, Esteban Garcés EJ, Belaunde Clausell A. Alteraciones de la marcha en el trastorno cognitivo vascular y la demencia de tipo Alzheimer. Arch Univ “Gen Calixto García”[Internet] 2023 [citado 4 may 2023] ; 11(2):[aprox. 18 p.].Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1108/900>
23. Drożak P, Skrobas U, Drożak M. Cannabidiol in the treatment and prevention of Alzheimer’s disease – a comprehensive overview of in vitro and in vivo studies. J EducHealth Sport [Internet] 2022 [citado 4 may 2023] ;12(9):[aprox. 11 p.].Disponible en: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/39922>
- 24.Choreño Parra JA, De la Rosa Arredondo T, Guadarrama Ortiz P. Diagnostic approach of the patients with cognitive deterioration in the first level of care. Med Int Mex [Internet]2020 [citado 4 may 2023] ;36(6):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim206i.pdf>
- 25.Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L, Ojeda Hernández NM, Cardoso Lunar NA, Cascudo Barral N, González Moro AM, et al. Capítulo 61. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral.[Internet].4.ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022 [citado 4 may 2023] Disponible en:bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoi_vol2_4taed/mgi_tomoi_vol2_4taed_capitulo61.pdf
- 26.Romero Cabrera ÁJ. Capítulo 11.Fallo mental II Demencia. En: Romero Cabrera ÁJ Asistencia clínica al adulto mayor. [Internet]. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012 [citado 4 may 2023]. Disponible en:www.bvs.sld.cu/libros/asistencia_clinica_adulto_mayor/cap11.pdf

27. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet] 2018 [citado 4 may 2023] ;29(3):[aprox. 9 p.].Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es
28. Martínez Pérez T, González Aragón C, Castellón León G, González Aguiar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida:¿ éxito o dificultad?. Revista Finlay[Internet]. 2018 [citado 4 may 2023];8(1):59-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342018000100007&script=sci_arttext
29. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Consuegra Ivars G. Pressure ulcer in frail hospitalized elderly people. Arch Univ “Gen Calixto García”[Internet] 2021 [citado 4 may 2023] ;9(3):[aprox. 10 p.].Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/794>
30. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Valladares Reyes D. Valoración nutricional en ancianos discapacitados. Medimay [Internet] 2022 [citado 4 may 2023] ;29(3):[aprox. 8 p.].Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2174>

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

EPM: conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

AYC: conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

DVR: conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

AMD: conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.