



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO Y
FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD N° 2 DE
CUENCA – ECUADOR. 2024 - 2025**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JUAN FERNANDO LUCERO PESÁNTEZ

DIANA ALEXANDRA RAMÓN ARÉVALO

DIRECTOR: MD. MAURICIO EUGENIO PATIÑO PATIÑO, ESP

CUENCA – ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES
ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD N° 2 DE CUENCA - ECUADOR. 2024 -2025**
**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JUAN FERNANDO LUCERO PESÁNTEZ

DIANA ALEXANDRA RAMÓN ARÉVALO

DIRECTOR: MD. MAURICIO EUGENIO PATIÑO PATIÑO, ESP

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Juan Fernando Lucero Pesántez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107206385**. Declaro ser el autor de la obra: **“Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca - Ecuador. 2024 -2025”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **19 de mayo de 2026**



F:

Juan Fernando Lucero Pesantez

C.I. 0107206385



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Diana Alexandra Ramón Arévalo portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107137317**. Declaro ser el autor de la obra: “**Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca - Ecuador. 2024 -2025**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **19 de mayo de 2026**



**Diana Alexandra
Ramón Arevalo**



F:

Diana Alexandra Ramón Arévalo

C.I. 0107137317

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Md. Mauricio Eugenio Patiño Patiño, Esp

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: **"Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca - Ecuador. 2024 -2025"**, realizado por: **Juan Fernando Lucero Pesántez y Diana Alexandra Ramón Arévalo**, con documentos de identidad: **0107206385 – 0107137317 respectivamente**, previo a la obtención del título de **Médico** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 19 de mayo de 2026



Firmado electrónicamente por:
MAURICIO
EUGENIO
PATINO
PATINO

MAURICIO EUGENIO PATIÑO PATIÑO

0104627195

DIRECTOR

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, porque sin Él nada de esto sería posible. Gracias por ser la luz en mi vida, por guiarme siempre por el camino del bien y hacerme creer en mí misma, demostrando que todos los sueños se pueden hacer realidad.

A mis padres, Cesar Ramón y Sandra Arévalo, por estar a mi lado en cada paso durante mi vida universitaria. Gracias por el apoyo para persistir y no dejarme rendir, así mismo, gracias por su apoyo incondicional y por levantarme cuando sentí que ya no podía más. Son mi fuente de inspiración, y este triunfo lo comparto orgullosamente con ustedes. Gracias por forjarme con valores y hacer de mí una persona de bien.

A mi hermana, Sofía Ramón, por estar a mi lado día a día, por ayudarme a ignorar los malos comentarios y decirme “tu si puedes”. Gracias por alentarme en los días malos y gracias infinitas por tu apoyo incondicional; sé que siempre estarás para mí en las buenas y en las malas.

A mi hermano, Sebastián Ramón y mi hermana de corazón Nuvia Espinoza, gracias por siempre creer en mí, gracias por acompañarme en este camino tan largo y darme la fuerza para seguir adelante.

Finalmente, a mi amigo y compañero de tesis, Juan Lucero, gracias por tu amistad durante estos 5 años. Gracias por siempre apoyarme, tenerme paciencia y explicarme cuando no entendía algo, así mismo, por siempre alentarme a ser mejor cada día. Has estado en mis momentos de felicidad y tristeza, y me alegra compartir contigo este último proyecto universitario. Creo firmemente que la universidad deja amigos de corazón, y tú eres uno de ellos.

Diana Alexandra Ramón Arévalo

AGRADECIMIENTO

En primera instancia quiero agradecer a Dios, por haberme brindado fortaleza, sabiduría y la guía necesaria para alcanzar este anhelado objetivo.

Agradezco a mis padres, Nataly y Fernando, por su apoyo incondicional y el impulso que me brindaron en cada etapa para seguir adelante en mis estudios. Por los consejos que me brindaron para no rendirme en el camino. Gracias por enseñarme el valor de la dedicación, la disciplina y la perseverancia, y ser mi mayor inspiración.

A mi hermana, Ana Paula, por ser mi compañera de vida, mi apoyo incondicional y por siempre creer en mí. Agradezco tu aliento y tu apoyo en los momentos buenos, pero, sobre todo, por siempre estar a mi lado en los momentos difíciles. Gracias por los consejos que siempre me brindaste en cada paso de este camino.

A mi tutor de tesis Dr. Mauricio Patiño por su tiempo, su guía y conocimiento para culminar exitosamente este proyecto.

Diana Ramón, amiga y compañera, gracias por los 5 años de amistad y compañía durante esta etapa universitaria. Gracias por siempre estar en los buenos y malos momentos, por tu paciencia, por los consejos y por la alegría que me brindaste cada día, sin tu compañía, este viaje no hubiera sido igual. Me siento afortunado de haber compartido contigo este arduo camino, y sé que nuestra amistad perdurará más allá de las aulas.

Juan Fernando Lucero Pesántez

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, que fue la guía en este camino tan arduo, que me ayudó a no rendirme y a seguir en la lucha por mis sueños.

A mis padres y hermana, que fueron el pilar fundamental durante todos estos años, y que, sin importar nada, me alentaron y creyeron en mí desde el inicio.

Finalmente, a mi abuelito, Bolívar Arévalo, que sé que desde el cielo está muy orgulloso de mí, el cual fue mi motivación más grande y en el cual siempre encontré un refugio. Sé que en donde sea que estés, siempre me iluminas y guías mis pasos.

Diana Alexandra Ramón Arévalo

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres Nataly y Fernando y a mi hermana Ana Paula, que son el pilar fundamental en mi vida, y que si su apoyo este objetivo no hubiera sido posible. Este no es un logro solo mío, sino de todos ustedes. De igual manera, este proyecto está dedicado a toda mi familia, a mis primos y tíos, que siempre me apoyaron y confiaron en mí.

De manera especial se lo dedico a mi abuela Ana María Iza, quien desde mucho antes de entrar en la carrera, siempre me alentó en cumplir mis sueños y metas, y aunque no logró estar presente en el cumplimiento de los mismos, sé que estaría muy orgullosa de mi.

Juan Fernando Lucero Pesántez

Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos
en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca - Ecuador. 2024 -2025

Juan Fernando Lucero Pesántez, Diana Alexandra Ramón Arévalo, Mauricio Eugenio
Patiño Patiño

Universidad Católica de Cuenca, juan.lucero.85@est.ucacue.edu.ec,
diana.ramon.17@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

El propósito de la investigación se basó en estimar la prevalencia del deterioro cognitivo en la población adulta mayor atendida en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca, Ecuador, así como los factores a los cuales se asocian durante el periodo 2024-2025, utilizando el Mini-Mental State Examination. Se basó en un diseño observacional, correlacional y de cohorte transversal, con un enfoque cuantitativo. La muestra incluyó 685 adultos mayores, evaluados mediante el MMSE y un cuestionario sociodemográfico para analizar características asociadas al deterioro cognitivo. Los resultados indicaron que el 46,28% de los participantes presentaron deterioro cognitivo, el 18,99% sospecha patológica y el 9,78% demencia. La prevalencia fue mayor en las edades comprendidas de entre 75 a 84 años, con predominio en hombres con demencia y en mujeres con deterioro cognitivo leve. Factores como baja escolaridad, ocupaciones elementales, hipertensión arterial, diabetes mellitus y depresión mostraron una asociación significativa con el deterioro cognitivo. El consumo de alcohol también tuvo relación, mientras que el tabaquismo y el índice de masa corporal no presentaron asociaciones significativas. Se concluye que el deterioro cognitivo en las personas mayores representa un problema de salud importante. Su asociación con factores modificables enfatiza la necesidad de estrategias de promoción y prevención, además de la integración de un equipo multidisciplinario para su manejo oportuno.

Palabras clave: disfunción cognitiva, deterioro mental, anciano, comorbilidades asociadas

Prevalence of Cognitive Impairment and Associated Factors in Older Adults Treated at Health Center No. 2 in Cuenca, Ecuador, 2024–2025

ABSTRACT

This research aimed to estimate the prevalence of cognitive impairment among older adults treated at Health Center No. 2 in Cuenca, Ecuador, and to identify factors associated with it during the 2024–2025 period, using the Mini-Mental State Examination (MMSE). It was based on an observational, correlational, and cross-sectional study design, with a quantitative approach. The sample included 685 older adults, evaluated using the MMSE and a sociodemographic questionnaire to analyze characteristics associated with cognitive impairment. The results indicated that 46.28% of the participants presented cognitive impairment, 18.99% had suspected pathological cognitive impairment, and 9.78% presented dementia. The prevalence was higher among individuals aged between 75 and 84 years, with a predominance of dementia in men and with mild cognitive impairment in women. Factors such as low educational level, elementary occupations, hypertension, diabetes mellitus, and depression showed a significant association with cognitive impairment. Alcohol consumption was also associated with cognitive impairment, while smoking and body mass index did not present significant associations. It is concluded that cognitive impairment in older adults represents an important health problem. Its association with modifiable factors emphasizes the need for health promotion and prevention strategies, in addition to the integration of a multidisciplinary team for its timely management.

Keywords: cognitive dysfunction, cognitive impairment, older adult, associated comorbidities

ÍNDICE

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD	1
DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD	2
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	3
AGRADECIMIENTO.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
DEDICATORIA	6
DEDICATORIA	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
ÍNDICE	9
INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	2
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA	5
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	53
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	72
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	73

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo es un trastorno determinado por el decremento de las funciones corticales superiores, entre las que destacan: memoria, atención, juicio, lenguaje. (1) Además, se incluye el aprendizaje, abstracción y la inhibición del comportamiento adecuado. (2) Actualmente el término preciso es Trastorno Neurocognitivo Menor, mientras que, el Mayor hace referencia a la demencia. En el deterioro cognitivo la autonomía del paciente se encuentra conservada, en cuanto a sus actividades cotidianas, lo cual permite que el adulto mayor preserve su independencia, a diferencia del estado de demencia, en el cual el paciente pierde la capacidad funcional de cuidarse a sí mismo. (3)

El deterioro cognitivo destaca por una elevada prevalencia, la que aumenta paralelamente a la edad. (4) Aproximadamente se considera que el 6 % de la población mundial presenta esta alteración, la que puede aumentar desde un 4.5 % entre la sexta década de vida hasta un 7 % por encima de los 80 años. (5) El crecimiento de la población adulta mayor incrementa con el pasar de los años, estimándose un crecimiento del 56% para el 2035, mientras que para el 2050 se prevé que este grupo etario se triplique, representando el 22 % de la población mundial. (6) Mientras que, en América latina se evidencia una prevalencia cercana al 17 % de adultos mayores a los 60 años para el año 2030, por lo que esta patología representa una problemática significativa a tomar en cuenta dentro de la salud pública. (2)

Se estima que entre el 60 % al 80 % de los pacientes con dicha afección padecen de la enfermedad de Alzheimer, siendo esta patología la principal causa de deterioro cognitivo. (7) Un estudio realizado en Chile determinó que los principales factores de riesgo en la población adulta mayor para el desarrollo de esta entidad son: Edad entre 65 y los 75 años, padecer depresión, hipertensión arterial y el bajo nivel de educación y cultural, siendo este último el más importante. (8) Otro estudio realizado en China demostró que el género femenino y la zona de vivienda rural son factores determinantes para la aparición de deterioro cognitivo, además de otros factores como el alcoholismo, el tabaquismo, la diabetes, las alteraciones lipídicas, entre otros. (9) Para sustentar el diagnóstico de deterioro cognitivo se utilizan diversas herramientas neurocognitivas que valoran cuantitativamente el grado de disminución de las funciones mentales superiores, entre las que destacan por su importancia clínica el test de MOCA y MMSE. (3)

El manejo del Trastorno Neurocognitivo Menor es multidisciplinar. El tratamiento no farmacológico, se basa en mejorar el estilo de vida, ejercicio físico, dieta, hábitos; estimulación electrofisiológica y terapias cognitivas. (4) Estudios realizados en los últimos años han brindado resultados esperanzadores en nuevas terapias como la intervención por medio de realidad virtual y la musicoterapia. (10,11) Actualmente no se ha determinado evidencia significativa acerca del tratamiento farmacológico para el deterioro cognitivo. Sin embargo, es fundamental tratar la enfermedad de base que produce el Trastorno Neurocognitivo Menor, como la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, alteraciones cerebrovasculares, entre otros. (5)

FUNDAMENTO TEÓRICO

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo, actualmente definido como trastorno neurocognitivo menor, corresponde a una entidad médica caracterizada por una disminución de las funciones cerebrales superiores. (1, 2, 16) El envejecimiento corresponde a un proceso fisiológico y natural del ser humano en el que se espera cierto grado de disminución de las funciones cognitivas, sin embargo, en el deterioro cognitivo la disminución neurocognitiva es mayor a la esperada. A diferencia de la demencia, el adulto mayor con deterioro cognitivo aún posee la capacidad de cuidar de sí mismo. (3, 16) Presenta una prevalencia del 6 % a nivel mundial, la misma que varía de un 4.5 % a un 7 % entre la sexta década de vida y por arriba de los 80 años respectivamente. Sin embargo, estas cifras van en aumento debido al crecimiento exponencial previsto de los adultos mayores para los próximos años. (5) El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyado en herramientas avaladas que miden el grado de función cognitiva de manera objetiva como el test de MOCA y el Mini mental test. Además, es importante tomar en consideración las comorbilidades del paciente, pues la principal causa de deterioro cognitivo es la enfermedad de Alzheimer, seguido de la demencia vascular, frontotemporal y por cuerpos de lewy. (3) Actualmente no existe un tratamiento específico para el deterioro cognitivo, el manejo va encaminado a tratar la causa subyacente. La terapia no farmacológica abarca distintas disciplinas, desde cambios en el estilo de vida hasta terapia electrofisiológica. (4,5)

Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores

Factores sociodemográficos

En cuanto a los factores sociodemográficos, el sexo femenino demostró un mayor riesgo y prevalencia. Un estudio realizado en Colombia demostró un OR de 1.41 con respecto al género masculino, mientras que otro estudio realizado en Chile calculó un OR de 1.11. Por otro lado, una investigación realizada en Cuba evidenció una prevalencia significativamente mayor en el sexo femenino. (8,13,16) El riesgo incrementa de acuerdo a la edad, dos estudios demostraron mayor presencia y riesgo a partir de los 80 años de edad con respecto a aquellos entre 60 y 65 años. (8,16) Una investigación elaborada en Chile demostró que un nivel básico de educación es uno de los factores más importantes, con 33 veces más de riesgo que aquellos con un nivel superior de educación. (8)

De acuerdo con el estado civil, estudios demuestran que el riesgo y la prevalencia son mayores en adultos mayores en unión libre, divorciados y separados a comparación de los solteros. (13,16) Por último, la prevalencia resulta superior en adultos mayores provenientes de zonas rurales que aquellos provenientes del área urbana. (16)

Factores patológicos

La asociación entre la tensión arterial elevada y la diabetes con el deterioro cognitivo se explica debido a que causan alteraciones en los pequeños vasos cerebrales, produciendo así daño cerebral microscópico y a su vez, demencia. (17) Así mismo, provoca alteraciones en la circulación y en el endotelio cerebral, y desacoplamiento neurovascular, lo que altera el flujo sanguíneo cerebral. La HTA provoca inflamación neurológica mediante la afectación de la barrera hematoencefálica. Además, esta se asocia a alteraciones en la sustancia blanca. (18) Dentro de los análisis realizados se evidenció que la PAS >130 mmHg hasta los 60 años de edad se relaciona con mayor riesgo de alteraciones cognitivas. (19)

La diabetes y el tabaquismo se asocia con un alto riesgo de demencia alrededor del 30% principalmente cuando son diagnosticados en la edad media. Existe una neurodegeneración la cual acelera el proceso patológico, la cual se asocia a una modificación en la regulación del flujo sanguíneo cerebral (FSC) asociada a la edad, alteración endotelial, inflamación sistémica, sin embargo, el mecanismo principal no está definido. (20) Se plantea la relación de magnesio plasmático bajo en la diabetes y un

aumento del riesgo de desarrollar demencia, mientras que el tabaquismo presenta un papel menos relevante como factor asociado. (21)

El consumo excesivo de alcohol tiene una relación con patologías cardiovasculares y diabetes, los cuales son factores asociados a la demencia. Ingerir aproximadamente 16 tragos o más cada semana eleva la probabilidad de desarrollar demencia en pacientes que presentan deterioro cognitivo. La ingesta de alcohol y sus efectos sobre esta patología están determinados por el alelo apolipoproteína ε4 (APOE ε4). (21)

La enfermedad renal crónica representa un factor de riesgo fundamental para desencadenar deterioro cognitivo, debido a que presenta una filtración glomerular disminuida y albúmina. En personas que padecen afectación renal también se presentan alteraciones cerebrovasculares la cual puede ser el factor determinante para esta relación, también se relaciona con disminución de eliminación de metabolitos urémicos, depresión o polifarmacia. En estos casos se ha observado que el trasplante renal puede mejorar las funciones mentales superiores. (17)

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la prevalencia del deterioro cognitivo y factores de riesgo asociados en adultos mayores atendidos en el centro de salud N° 2 de Cuenca-Ecuador. 2024-2025 mediante el MMSE.

Objetivos Específicos

- Definir las características sociales y demográficas de la muestra de acuerdo a la edad, sexo, estado civil, estrato social, escolaridad, ocupación, etnia, procedencia y residencia.
- Evaluar la frecuencia del deterioro cognitivo, ya sea leve o grave, en adultos mayores que reciben atención en el centro de salud N°2 de Cuenca.
- Identificar los factores de riesgo, como la situación nutricional, el tabaquismo, el alcoholismo y las comorbilidades, que contribuyen al deterioro cognitivo en la población adulta mayor.

- Analizar la relación entre el deterioro cognitivo y las características sociodemográficas, así como los factores de riesgo, en los adultos mayores atendidos en el centro de salud N°2 de Cuenca.

METODOLOGÍA

Se efectuará un estudio observacional, correlacional, de cohorte transversal, con enfoque cuantitativo.

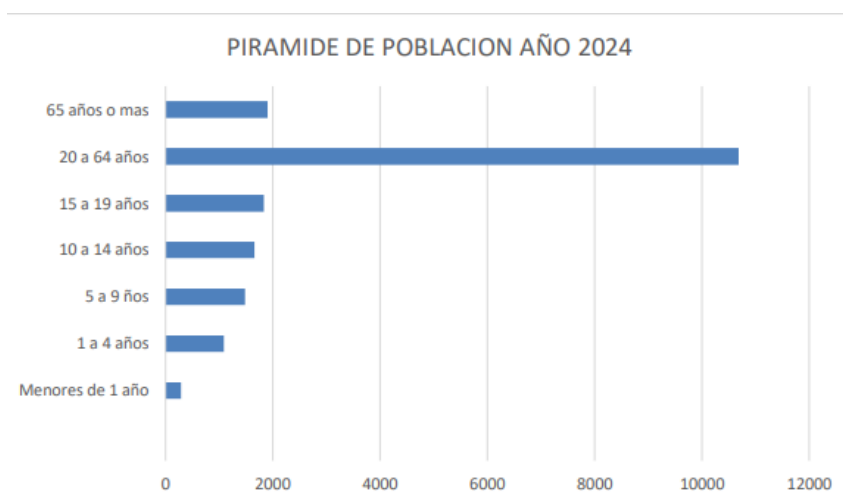
Área de estudio

Distrito de salud 01D04, Zona 6, Ecuador

Universo y muestra

El universo de 1907 incluye la población de adultos mayores a los 65 años, atendidos en el Centro de Salud No 2 de Cuenca Ecuador y la muestra computada con un porcentaje de confianza del 95% y límite del 3% de error, es de 685 individuos.

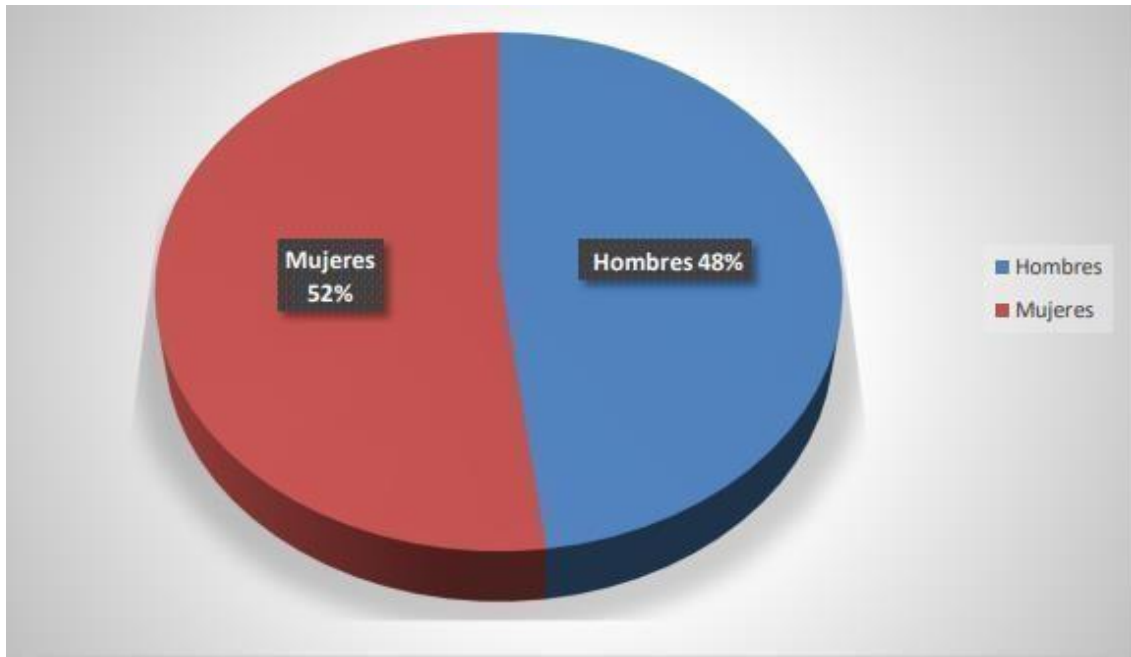
Tabla 1.- Población de adultos mayores atendidos en el centro de salud N 2 de cuenca-Ecuador en el año 2024.



Fuente: RDACAA 2.0.5 y PRAS.

Elaborado por: ELOY PAREDES R.

Gráfico 1. Población perteneciente al Centro de Salud No 2 de Cuenca-Ecuador según el sexo.



Fuente: RDACAA 2.0.5 y PRAS.

Elaborado por: ELOY PAREDES R.

Muestreo

El diseño muestral es de tipo probabilístico aleatorio simple, en el cual los participantes serán seleccionados en la reunión de adultos mayores realizadas cada mes en el centro de salud y los adultos que no se encuentren serán identificados mediante la realización de visitas domiciliarias, con el respaldo de la información de la historia clínica.

Proceso de consentimiento informado

Para implementar adecuadamente el consentimiento informado, el investigador primero debe presentarse formalmente al participante. Luego, debe explicar de manera clara y comprensible el propósito de la investigación, discutiendo los riesgos, beneficios y otras opciones disponibles. Es crucial proporcionar una información detallada sobre el procedimiento, incluyendo la naturaleza del estudio, posibles efectos secundarios, riesgos, beneficios esperados y cualquier otra información relevante. Además, se debe asegurar que el participante tenga la oportunidad de hacer preguntas para aclarar cualquier duda relacionada con el estudio o el procedimiento.

Criterios de inclusión

Se incluirán personas adultas mayores de 65 años de edad pertenecientes al Centro de Salud No 2 de Cuenca-Ecuador, durante el periodo de estudio y que estén dispuestos a

participar de manera voluntaria en la presente investigación, firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluirán a los adultos mayores con condiciones médicas graves o terminales que impidan su participación activa en la investigación, o aquellos adultos mayores que no puedan completar el cuestionario debido a barreras lingüísticas o comunicativas sin un informante confiable.

Variable dependiente

Nivel de deterioro cognitivo.

Variable independiente

Sexo, edad, estrato social, estado civil, estado nutricional, ocupación, raza, procedencia, residencia, escolaridad, tabaquismo, alcoholismo y enfermedades asociadas.

Métodos, técnicas e instrumentos de recopilación de datos

Métodos

Estudio observacional.

Técnica

Ejecución de una entrevista estructurada.

Instrumento

Mini-Mental State Examination (MMSE) – (Anexo 1)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

El Mini mental Test, también conocido como el Mini-Mental State Examination (MMSE) o Test de Folstein, es una herramienta breve y estructurada utilizada en la evaluación cognitiva de pacientes. Fue desarrollado por Marshall Folstein y colaboradores en 1975. Generalmente el MMSE es usado en ambientes clínicos para detectar deterioro cognitivo, así como para seguir la progresión de enfermedades como la demencia, incluido el Alzheimer (12).

El test se compone de 30 puntos y evalúa varias áreas cognitivas, tales como la orientación temporoespacial, la memoria a corto plazo, la atención, el cálculo, la capacidad de lenguaje y las habilidades visuoespaciales. Las preguntas se basan en recordar una lista

de palabras, contar hacia atrás desde 100 restando de siete en siete, nombrar objetos comunes, seguir instrucciones escritas y copiar un dibujo simple (12).

El MMSE es sencillo de analizar y tiene una duración aproximada de 10 minutos en completarse. Los puntajes se interpretan de acuerdo a una escala, considerando normal un puntaje de 24-30, deterioro cognitivo leve de 18- 23 y deterioro cognitivo grave inferior a los 18 puntos. No obstante, aunque el MMSE es útil para la detección y el seguimiento de alteraciones cognitivas, presenta limitaciones, como el nivel de instrucción académica del paciente, su estado socioeconómico e idioma. Sin embargo, no es tan útil para detectar deterioro cognitivo leve o las alteraciones en los estadios tempranos de demencia. A pesar de estas limitaciones, el MMSE sigue siendo una herramienta ampliamente utilizada y reconocida en el entorno clínico para la valoración inicial de la función cognitiva y para monitorear cambios a lo largo del tiempo (12).

Validación del cuestionario Mini-Mental State Examination

Un estudio realizado en Jamaica y publicado en el año 2020, con el objetivo de examinar la fiabilidad del MMSE en 2943 adultos mayores a los 60 años de edad, para evaluar la función cognitiva, determinó un alfa de Cronbach de 0.742, siendo así un instrumento confiable. Por otro lado, un estudio realizado en Estados Unidos, publicado en el año 2020, en el que se estudiaron a 72 pacientes internados por trauma craneoencefálico, con el objetivo de evaluar la fiabilidad del MMSE a comparación del MMSE modificado, determinó un índice de alfa de Cronbach de 0.748 de MMSE al momento del ingreso de los pacientes (36).

Validación del formulario de recopilación de datos sociodemográficos y comorbilidades asociadas

En el formulario de recolección de datos sociodemográficos y comorbilidades, la sección de ocupación se divide en varios grupos. El grupo 0 incluye a personas con ocupaciones militares, como miembros del ejército, la marina, la aeronáutica y otros servicios auxiliares, sin que se exija un nivel educativo específico. En el grupo 1 se encuentran directores y gerentes, responsables de formular políticas gubernamentales, supervisar su aplicación o coordinar actividades en empresas u organizaciones, sin requerir un nivel educativo determinado. El grupo 2 está compuesto por profesionales científicos e intelectuales, quienes necesitan contar con educación superior completa y experiencia en áreas como ciencias físicas, biológicas, sociales o humanidades. El grupo 3 abarca a

técnicos y profesionales de nivel medio, quienes requieren conocimientos técnicos y experiencia en diversas disciplinas, generalmente con educación superior no universitaria. En el grupo 4 se incluyen personas del personal de apoyo administrativo, quienes necesitan educación secundaria y experiencia para gestionar y organizar información de manera eficiente. El grupo 5 está formado por trabajadores de servicios y vendedores, que requieren educación secundaria para ofrecer servicios personales, de seguridad o comercio de productos en negocios y mercados. El grupo 6 incluye a agricultores y trabajadores del sector agropecuario, forestal y pesquero, quienes necesitan conocimientos prácticos en agricultura, cría de animales, pesca o manejo de bosques, con un nivel educativo mínimo de secundaria. En el grupo 7 se agrupan oficiales, operarios y artesanos, quienes aplican sus habilidades en minería, construcción y artes mecánicas, utilizando herramientas y maquinaria para facilitar su labor. Este grupo también requiere educación secundaria. El grupo 8 se refiere a operadores de instalaciones, máquinas y ensambladores, quienes supervisan y manejan grandes equipos industriales automatizados, y para ello se requiere experiencia previa y educación secundaria. Finalmente, el grupo 9 comprende las ocupaciones elementales, trabajos no calificados que implican tareas simples y rutinarias, a menudo de carácter físico, realizadas con herramientas manuales. Estos trabajos suelen estar ocupados por personas con educación primaria o inferior.

Medidas Antropométricas

La evaluación nutricional se realizará mediante la medición de parámetros antropométricos fundamentales: talla en M2, peso en Kg y el cálculo del índice de masa corporal (IMC). El peso será registrado con la mínima vestimenta necesaria para respetar la privacidad de los pacientes, utilizando una balanza calibrada y colocada sobre una superficie nivelada. Se utilizará una balanza para adultos modelo xiaomi mi body composition Scale 2 con capacidad máxima de 150kg. Durante la medición, el paciente se posicionará de pie sobre la balanza, distribuyendo el peso uniformemente entre ambos pies, con la cabeza erguida y la mirada hacia el frente.

La talla se tomará utilizando un fijado tallímetro de pared 200 cm marca unbranded, en una superficie sólida y plana. Se aplicará la técnica del plano de Frankfort, donde el sujeto permanecerá de pie, con los pies descubiertos y los talones juntos, apoyando la parte superior de la espalda en la pared. Las manos se colocarán bajo la mandíbula, descendiendo una escuadra sobre el vértex para presionar suavemente sobre la cabeza del

paciente. Para calcular el índice de masa corporal (IMC), se utilizará la fórmula de Quetelet: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m)}^2$. Se proporcionan criterios específicos para interpretar el IMC en adultos mayores, que incluyen rangos para delgadez, normalidad, sobrepeso y diferentes grados de obesidad. Teniendo en cuenta que los cortes de referencia en el adulto mayores es delgadez menor a 23 kg/mt², normal de 23.0-27,9 kg/mt², sobrepeso 28- 31,9 kg/mt² y obesidad se considera a partir de 32 kg/mt².

Tabulación y análisis

Los datos serán tabulados utilizando el software SPSS versión 21, se analizará la frecuencia y el porcentaje de las variables de edad, raza, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, estrato social, residencia, procedencia. estado nutricional. tabaquismo, alcoholismo y comorbilidades asociadas, representados a través de tablas y gráficos. Además, se analizarán las medidas de tendencia central en variables cuantitativas como la edad.

Además, se explorará la asociación entre las variables sociodemográficas, comorbilidades asociadas, tabaquismo, alcoholismo y situación nutricional con el deterioro cognitivo en la población de estudio utilizando un intervalo de confianza del 95% y el test de chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia establecido en $p < 0.05$ para aceptar o rechazar la hipótesis nula.

Técnica

Se completarán los cuestionarios correspondientes durante encuentros periódicos con el consentimiento informado del participante, conducidos por un investigador. Además, se realizará la medición antropométrica. La visita al centro de salud se considera fundamental para obtener información sobre los determinantes de salud del individuo.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla No. 1 Edades en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025. Medidas de tendencia central.

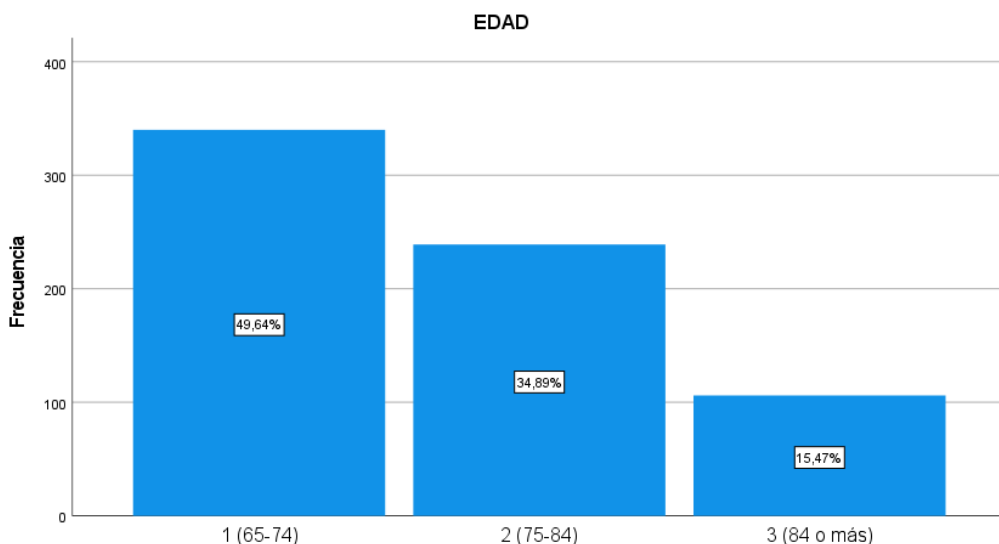
EDAD	
Media	75,33
Mediana	75,00
Moda	65

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: La media de edad de los adultos mayores, al igual que la mediana, corresponde a 75 años de edad, mientras que la moda corresponde a 65 años de edad.

Gráfico No. 1 Grupos etarios en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

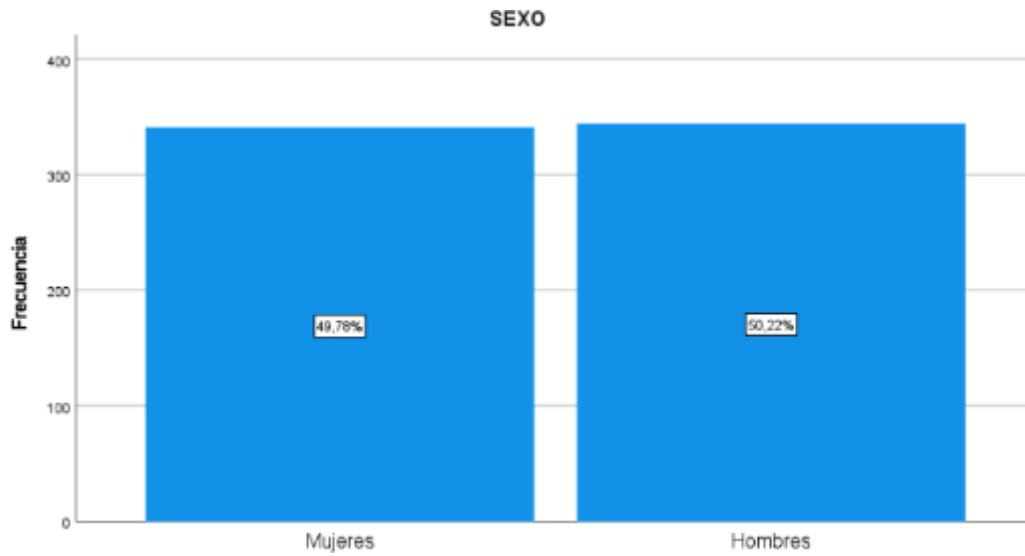


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores de entre 65 y 74 años de edad corresponden al grupo etario con mayor frecuencia dentro del estudio, abarcando el 49,64% de los participantes, seguido por los adultos mayores de entre 75 y 84 años los cuales corresponden al 34,89%. Por último se encuentran los adultos mayores de 85 años o más que representan el 15,47%.

Gráfico No. 2 Distribución del sexo en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

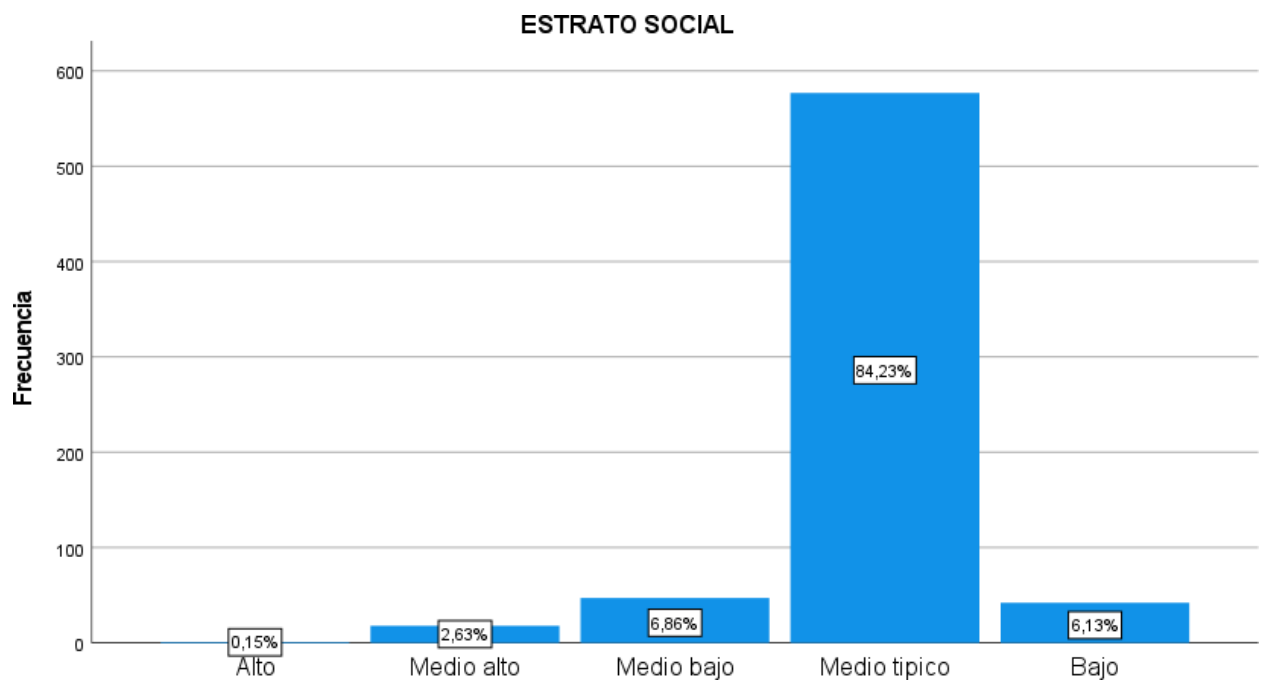


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Dentro del estudio, el sexo masculino sobresalió sobre el femenino, con un 50,22% comparado con un 49,78% respectivamente.

Gráfico No. 3 Estrato social en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

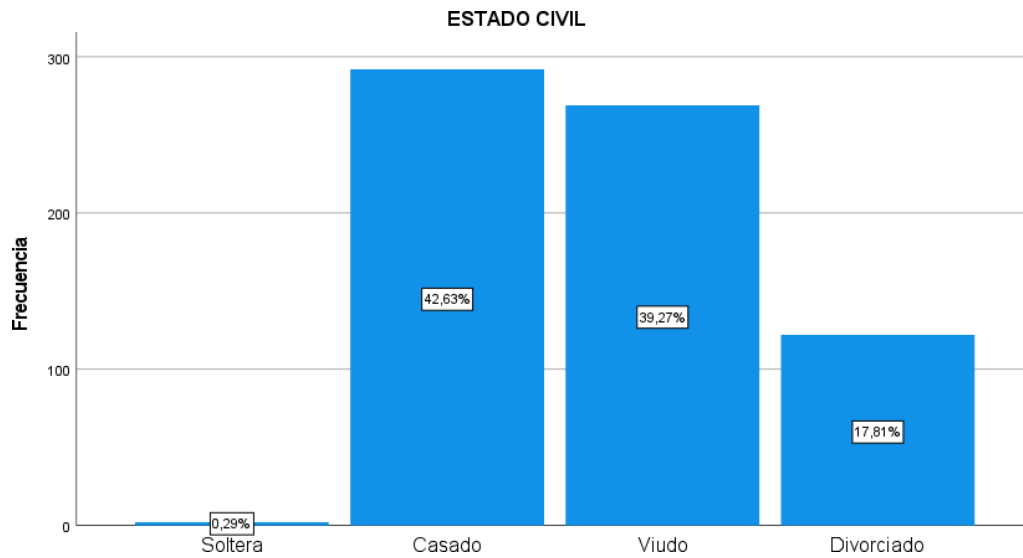


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: La clase social de los adultos mayores con mayor frecuencia dentro de la investigación es el Medio típico, representando un 84,23%, seguido del Medio bajo con un 6,86%, Bajo con un 6,13%, Medio alto con un 2,63% y Alto con un 0,15% de la población de estudio.

Gráfico No.4 Estado civil en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

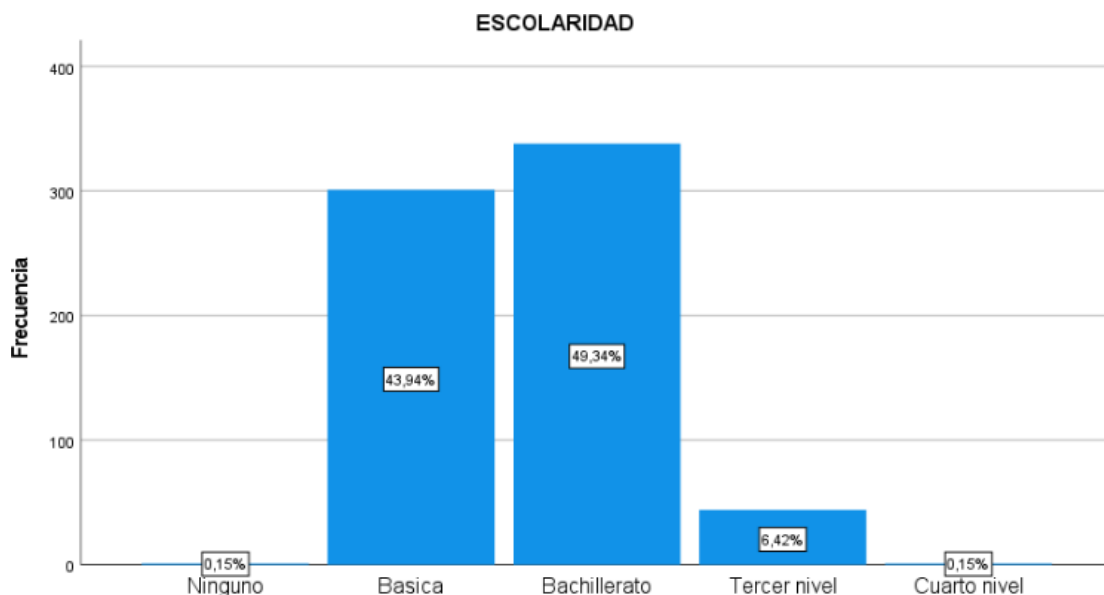


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: El estado civil de los adultos mayores con mayor frecuencia dentro del estudio es el casado, representando un 42,63%, seguido por el estado viudo con un 39,27 %, divorciado con un 17,81% y por el último el estado soltero con 0,29%.

Gráfico No. 5 Grado de escolaridad en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

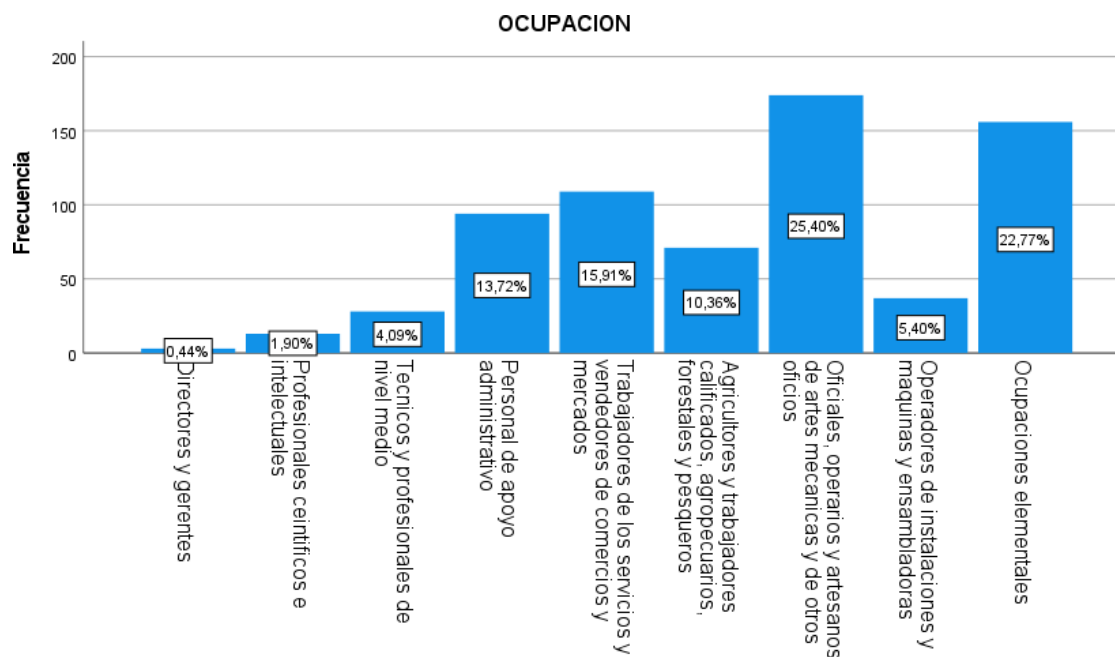


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: El nivel de escolaridad con mayor frecuencia en los adultos mayores estudiados fue el bachillerato, representando el 49,34%, seguido del nivel básico con un 43,94 %, estudios de tercer nivel con 6,42%, y por último el cuarto nivel y ningún tipo de estudios, ambos con 0,15%.

Gráfico No. 6 Grupos ocupacionales en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025.

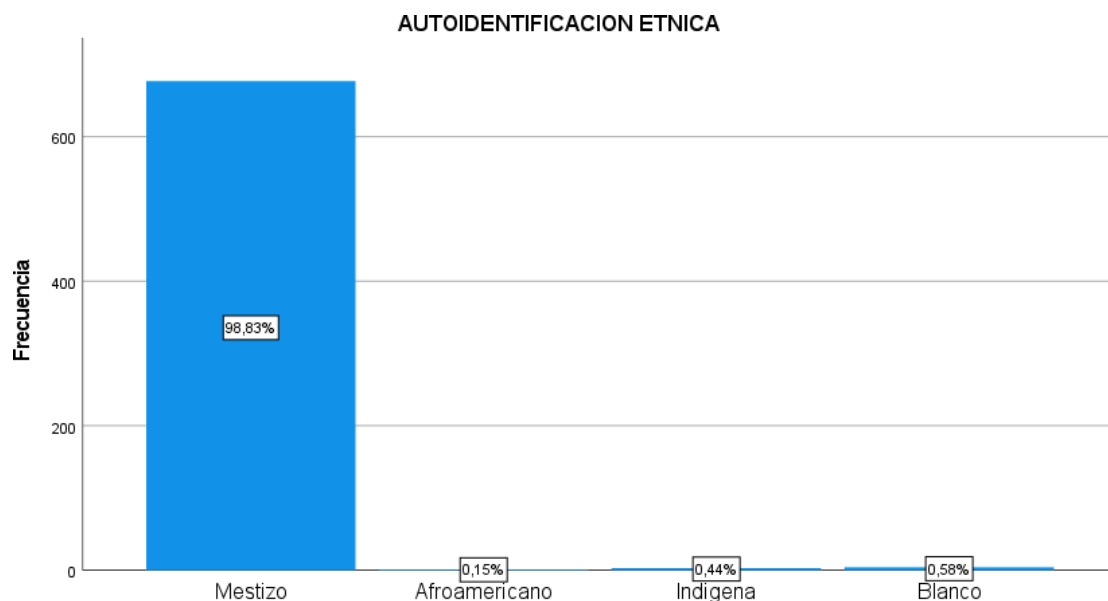


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: El grupo ocupacional con mayor prevalencia en los adultos mayores fue el gran grupo 7, correspondiente a los oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas con un 25,40%, seguido por el gran grupo 9 con un 22,77%, gran grupo 5 con un 15,91% , gran grupo 4 con un 13,72%, gran grupo 6 con un 10,36%, gran grupo 8 con un 5,40%, gran grupo 3 con un 4,09%, gran grupo 2 con un 1,90% y el gran grupo 1 con un 0,44%.

Gráfico No. 7 Autoidentificación étnica en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

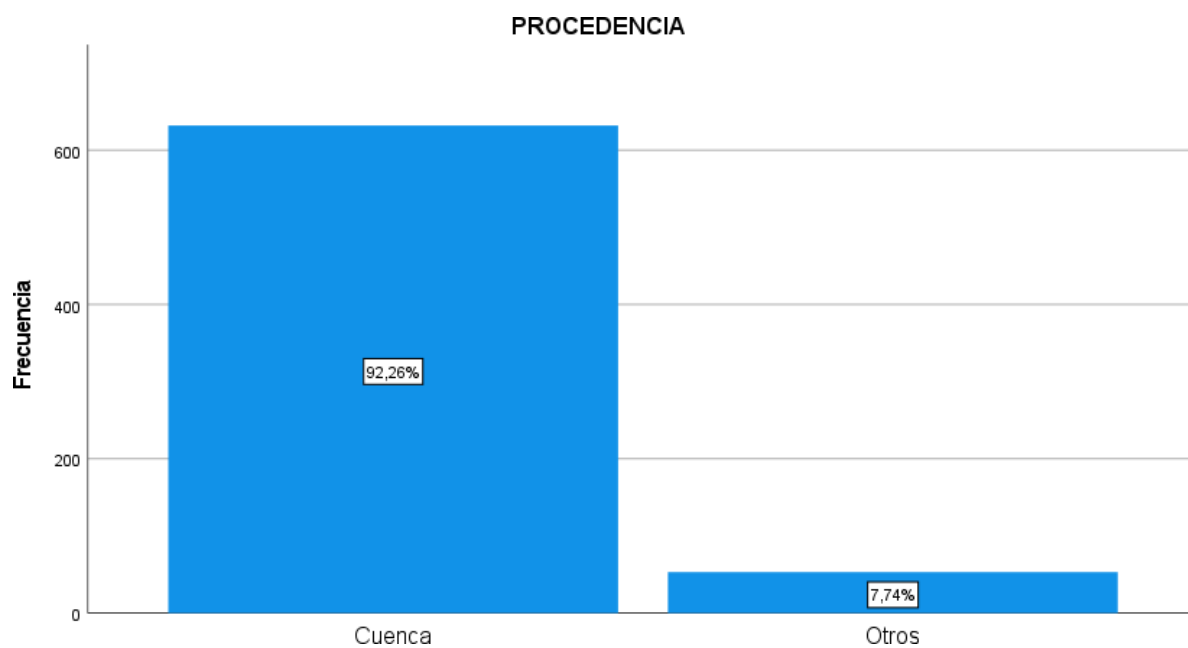


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: La etnia con mayor frecuencia en los adultos mayores evaluados fue la Mestiza con un 98,83% de la población de estudio. Con una frecuencia marcadamente menor se encuentra la etnia blanca con un 0,58%, indígena con un 0,44% y afroamericano con un 0,15%.

Gráfico No.8 Procedencia de los pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025



Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Cuenca fue el lugar de procedencia que predominó en los adultos mayores de estudio con un 92,26%, mientras que el 7,74% restante presentan una procedencia diferente.

Gráfico No. 9 Residencia de los pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025



Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: El 100% de la población evaluada reside en Cuenca.

Tabla No. 2 Peso de los pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025. Medidas de tendencia central.

PESO	
Media	64,41
Mediana	65,00
Moda	60

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En cuanto al peso, la media fue de 64,41 Kg, la mediana fue de 65 kg y la moda fue de 60 kg.

Tabla No. 3 Talla de los pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025. Medidas de tendencia central.

TALLA	
Media	1,6332
Mediana	1,6400
Moda	1,60

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En cuanto a la talla, la media fue de 1,63 m, la mediana fue de 1,64 m y la moda de 1,60 m.

Tabla No. 4 IMC en personas atendidas en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025. Medidas de tendencia central.

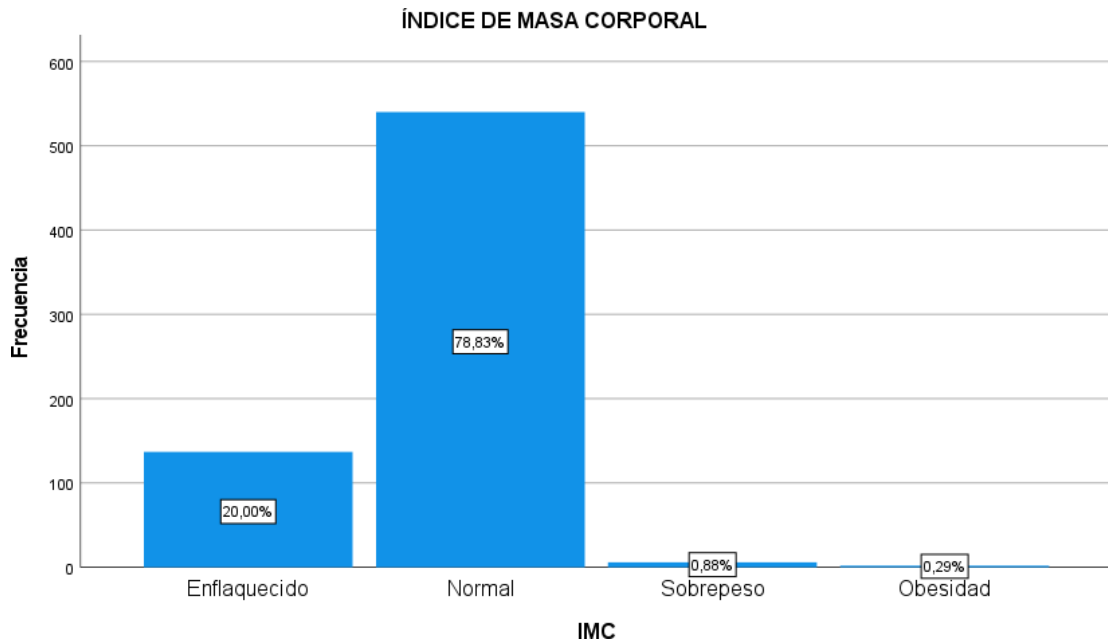
IMC calculada	
Media	Grupo 2 (Normal)
Mediana	Grupo 2 (Normal)
Moda	Grupo 2 (Normal)

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: La media, mediana y moda del índice de masa corporal corresponde al grupo 2, es decir, un IMC normal, en el cual se encuentran valores de 23.0 a 27.9 kg/mt².

Gráfico No. 10 IMC en personas atendidas en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

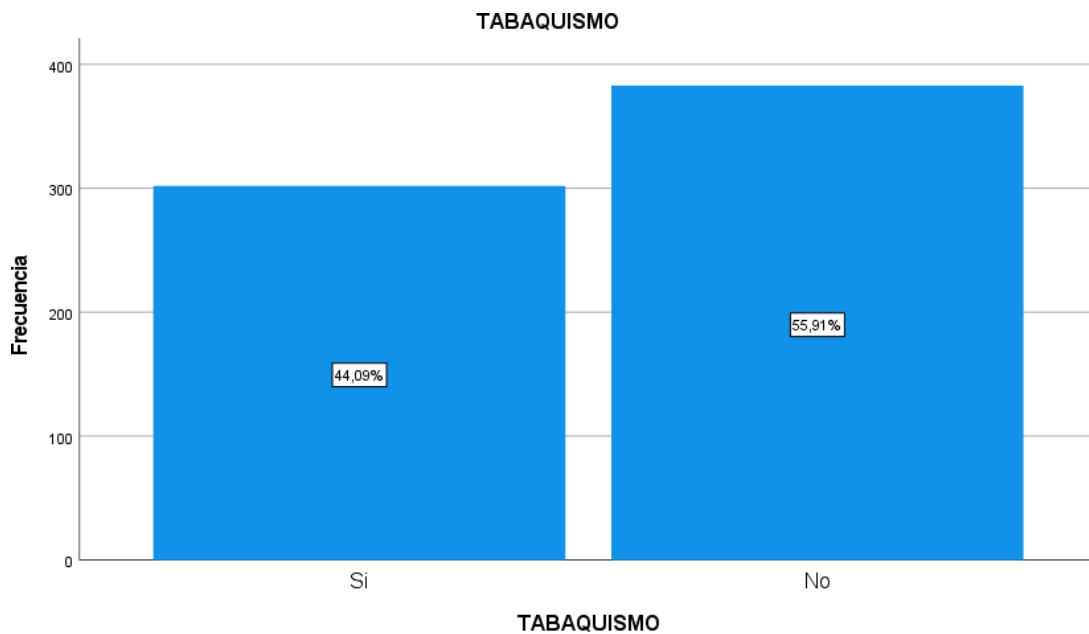


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores con un IMC normal corresponden al grupo predominante dentro del estudio, abarcando el 78,83% de los participantes, seguido por aquellos que se encuentran dentro del grupo de IMC enflaquecido, representando el 20,00%, a continuación, se encuentra el grupo de IMC con sobrepeso, que representa el 0,88%, y finalmente, se encuentra el IMC con obesidad, el cual representa el 0,29% del estudio.

Gráfico No. 11 Consumo de tabaco en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

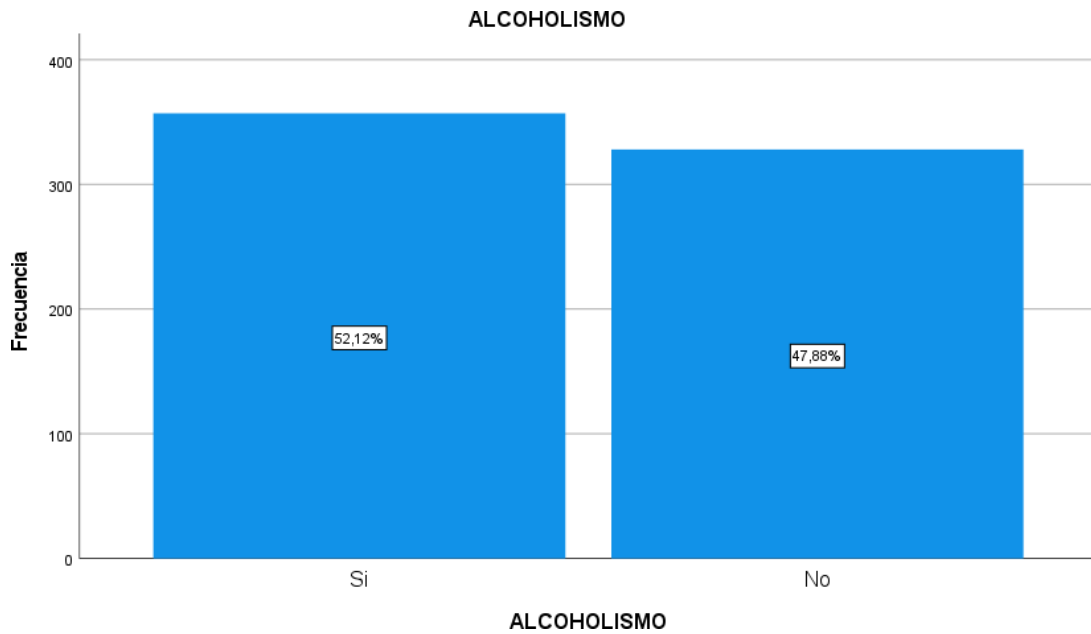


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes que no consumen tabaco, representando el 55,91%, por otro lado, los participantes que consumen tabaco representan el 44,09% de los participantes.

Gráfico No. 12 Consumo de alcohol en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025



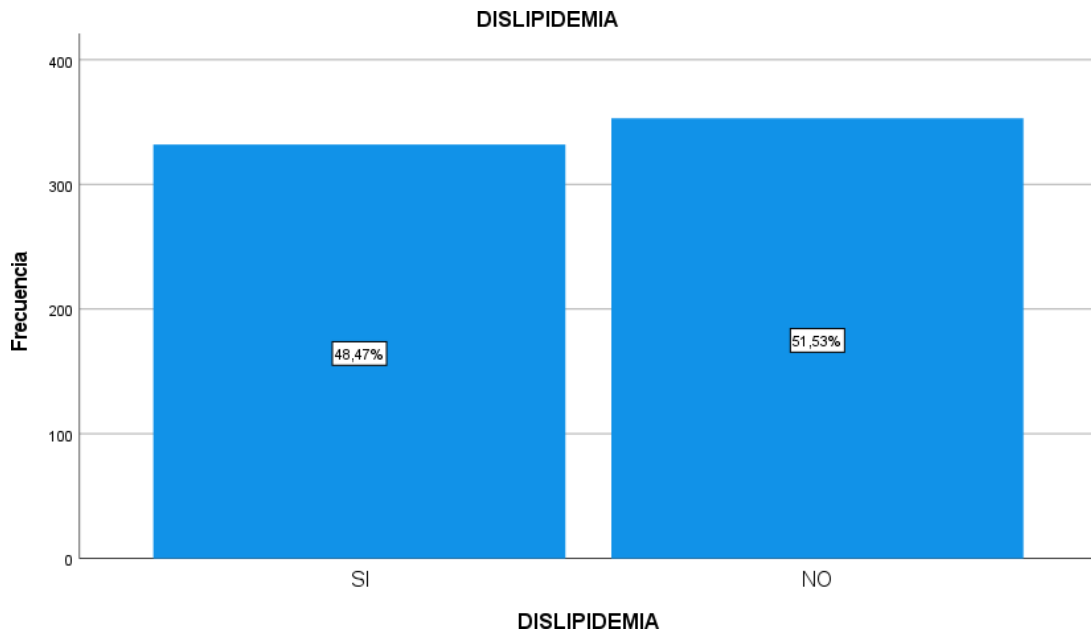
Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes que consumen alcohol, representando el 52,12%, por otro lado, los participantes que consumen no alcohol representan el 47,88 % de los participantes.

COMORBILIDADES

Gráfico No. 13 Dislipidemia en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

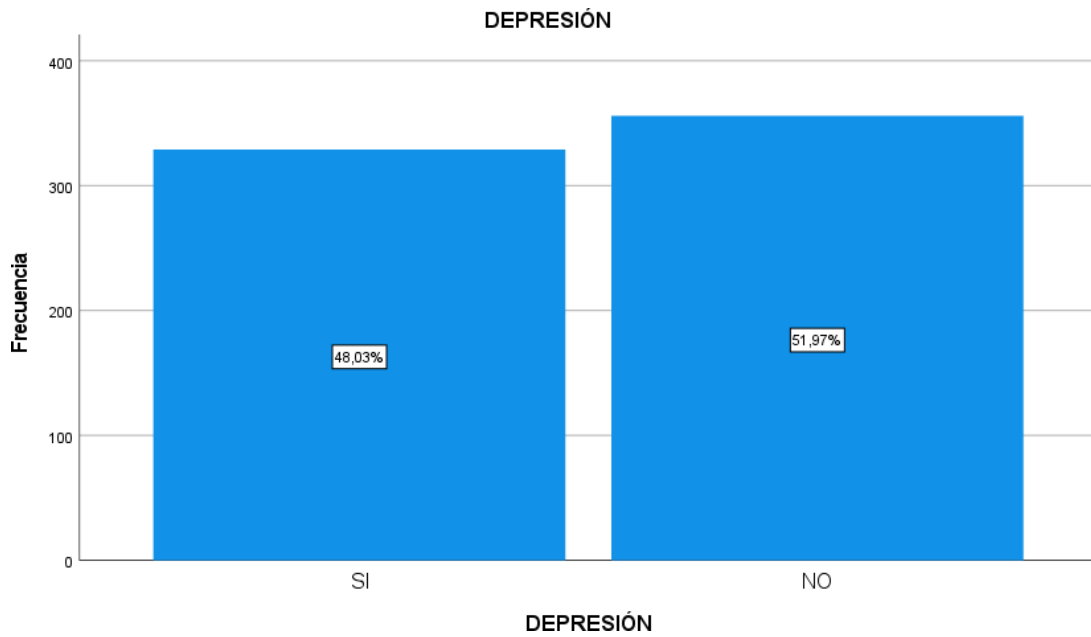


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes que no presentan dislipidemia, representando el 51,53% de los participantes, por otro lado, los participantes que sí presentan dislipidemia representan el 48,47% de los participantes.

Gráfico No. 14 Depresión en personas atendidas en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

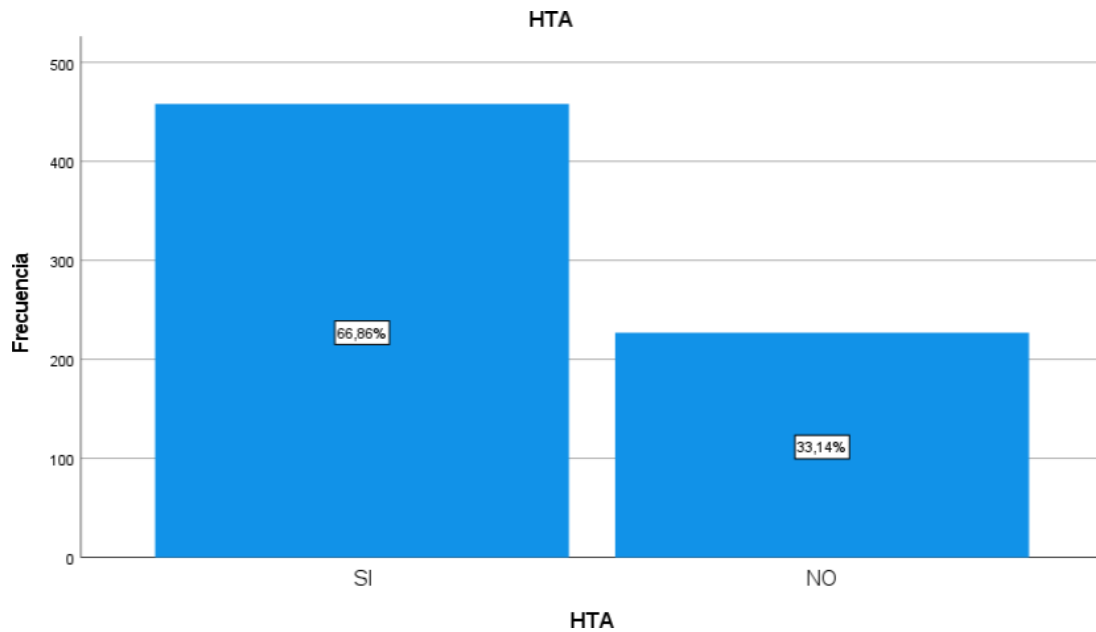


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes que no presentan depresión, representando el 51,97% de los participantes, por otro lado, los participantes que refieren depresión representan el 48,03% de los participantes.

Gráfico No. 15 Hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

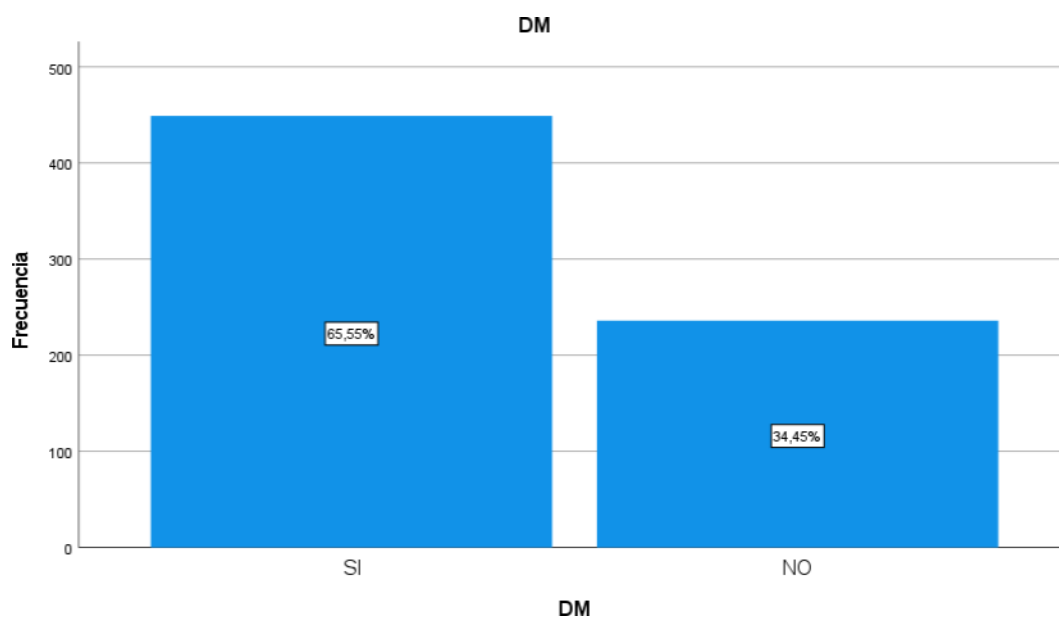


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes que presentan hipertensión arterial, representando el 66,86% de los participantes, por otro lado, los participantes que no presentan hipertensión arterial representan el 33,14% de los participantes.

Gráfico No. 16 Diabetes mellitus en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

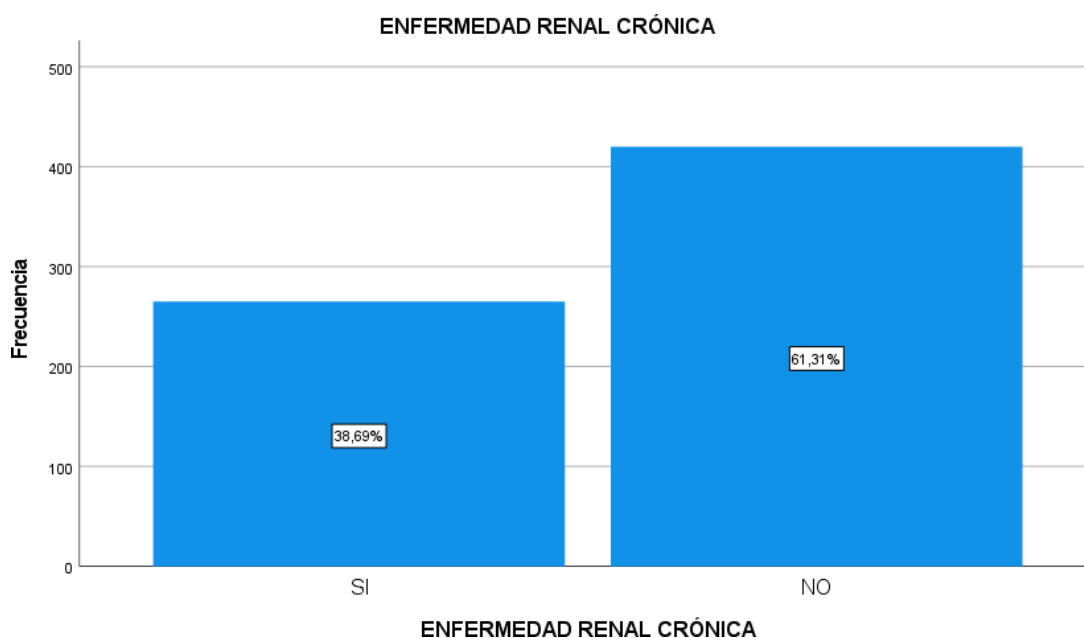


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes que presentan diabetes mellitus, representando el 65,55% de los participantes, por otro lado, los participantes que no refieren diabetes mellitus representan el 34,45% de los participantes.

Gráfico No. 17 Enfermedad renal crónica en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

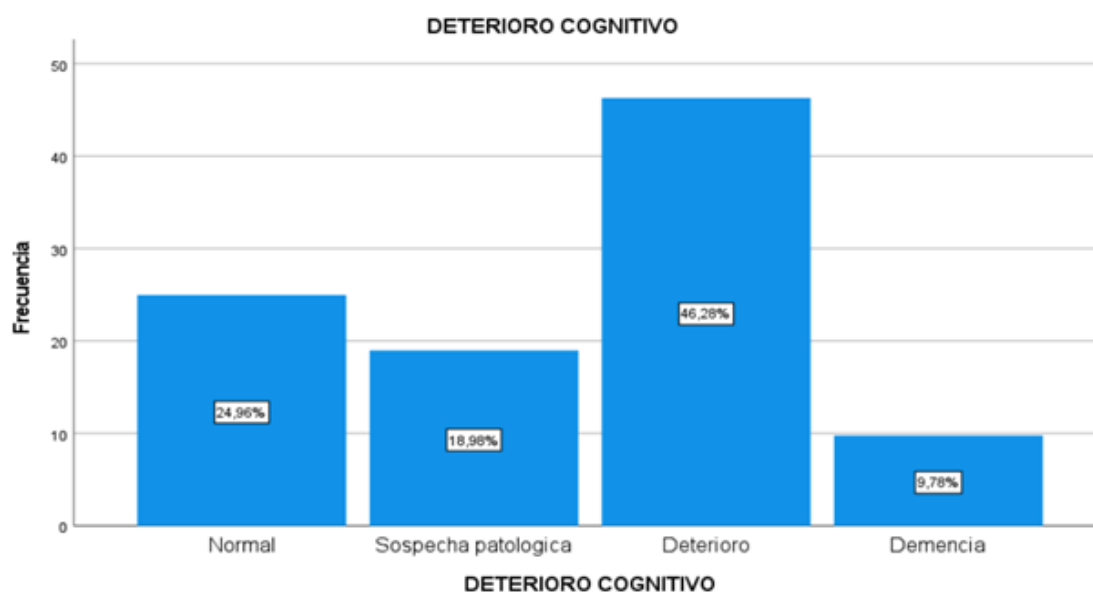


Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes que no presentan enfermedad renal crónica, representando el 61,31% de los participantes, por otro lado, los participantes que refieren depresión representan el 38,69% de los participantes.

Gráfico No. 18 Deterioro cognitivo en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025



Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores que predominan en esta variable de estudio son aquellos participantes con deterioro cognitivo, representando el 46,28% de los participantes, seguido de aquellos participantes con un estado cognitivo normal con el 24,96%, los participantes con sospecha patológica con el 18,99% y, finalmente aquellos participantes con demencia que representan el 9,78%.

DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES ASOCIADOS

Tabla No. 5 Descripción del deterioro cognitivo según la edad en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

		DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de cramer
		Normal	Sospecha patologica	Deterioro	Demencia	Total		
EDAD	1 (65-74)	134	95	109	2	340	< 0,001	0,409
		78,4%	73,1%	34,4%	3,0%	49,6%		
	2 (75-84)	32	28	153	26	239		
	18,7%	21,5%	48,3%	38,8%	34,9%			
	3 (85 o más)	5	7	55	39	106		
		2,9%	5,4%	17,4%	58,2%	15,5%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación a la edad, la mayor prevalencia de deterioro cognitivo se encuentra representado por el grupo de edad de entre 75 y 84 años de edad, mientras que la menor prevalencia lo ocupan aquellas personas con una edad entre 85 años o más. Los pacientes con demencia, la mayor prevalencia está representada por aquellas personas con una edad de 85 años o más, mientras que la menor prevalencia lo ocupa el grupo de edad comprendido entre 65 y 74 años. La relación entre la edad y el deterioro cognitivo presenta un valor de P de chi cuadrado de Pearson menor al 0,001 y una V de Cramer de 0,409, demostrando una clara asociación con una potencia media entre ambas variables.

Tabla No. 6 Descripción del deterioro cognitivo según el sexo en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

		SEXO Y DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
SEXO		DETERIORO COGNITIVO				Total		
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia			
Mujeres		77	73	159	32	341	0,286	0,074
		45,0%	56,2%	50,2%	47,8%	49,8%		
Hombres		94	57	158	35	344		
		55,0%	43,8%	49,8%	52,2%	50,2%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En los pacientes con deterioro cognitivo, el sexo femenino representa la mayor prevalencia con un 50,2%, mientras que el sexo masculino representa un 49,8%, existiendo así una relación prácticamente 1:1. En los pacientes con demencia, el sexo masculino demostró mayor prevalencia con un 52,2%, y el sexo femenino la menor prevalencia con un 47,8%. La relación entre el sexo y el deterioro cognitivo presenta un valor de P de chi cuadrado de Pearson de 0,286 con una V de Cramer de 0,074, demostrando que no existe una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla No. 7 Descripción del deterioro cognitivo según el estrato social en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

ESTRATO SOCIAL Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total		
ESTRATO	Alto	0	1	0	0	1	0,03	0,12
		0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,1%		
Medio alto	9	2	7	0	18			
	5,3%	1,5%	2,2%	0,0%	2,6%			
Medio bajo	16	10	19	2	47			
	9,4%	7,7%	6,0%	3,0%	6,9%			
Medio típico	140	115	260	62	577			
	81,9%	88,5%	82,0%	92,5%	84,2%			
Bajo	6	2	31	3	42			
	3,5%	1,5%	9,8%	4,5%	6,1%			
Total	171	130	317	67	685			
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: El estrato social con mayor prevalencia en los pacientes con deterioro cognitivo es el medio típico con un 82%, y la menor prevalencia la representa el estrato social alto con el 0%. En los pacientes con demencia, el estrato social con mayor prevalencia es el medio típico con un 92,5%, mientras que la menor prevalencia la ocupan el estrato social alto y medio alto, ambos con 0%. La relación entre el estrato social y el deterioro cognitivo arrojó un valor de P de chi cuadrado de Pearson de 0,03 con una V de Cramer de 0,12, demostrando una asociación de baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 8 Descripción del deterioro cognitivo según el estado civil en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

ESTADO CIVIL Y DETERIORO COGNITIVO

		DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de cramer
		Normal	Sospecha patologica	Deterioro	Demencia	Total		
ESTADO	Soltera	1	1	0	0	2	< 0,001	0,23
		0,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,3%		
Casado		89	73	126	4	292		
		52,0%	56,2%	39,7%	6,0%	42,6%		
Viudo		41	32	135	61	269		
		24,0%	24,6%	42,6%	91,0%	39,3%		
Divorciado		40	24	56	2	122		
		23,4%	18,5%	17,7%	3,0%	17,8%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación al estado civil, la mayoría de personas con deterioro cognitivo son viudos con un 42,6%, mientras que la menor prevalencia la representa el estado civil soltero con un 0%. En los pacientes con demencia, la mayor prevalencia está representada por el estado civil viudo con el 91 %, mientras que la menor prevalencia está representada por el estado civil soltero con 0%. La relación entre el estado civil y el deterioro cognitivo presenta un P de chi cuadrado de Pearson menor a 0,001 con una V de Cramer de 0,23, demostrando una clara asociación con una baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 9 Descripción del deterioro cognitivo según el nivel de escolaridad en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

ESCOLARIDAD Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO				Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de cramer
		Normal	Sospecha patologica	Deterioro	Demencia			
ESCOLARIDAD	Ninguno	0	0	1	0	1	< 0,001	0,232
		0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%		
Basica	42	36	164	59	301			
	24,6%	27,7%	51,7%	88,1%	43,9%			
Bachillerato	110	79	141	8	338			
	64,3%	60,8%	44,5%	11,9%	49,3%			
Tercer nivel	18	15	11	0	44			
	10,5%	11,5%	3,5%	0,0%	6,4%			
Cuarto nivel	1	0	0	0	1			
	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%			
Total	171	130	317	67	685			
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: Los adultos mayores con un nivel de escolaridad básico representan la mayor prevalencia en los pacientes con deterioro cognitivo con un 51,7%, mientras que los pacientes con un cuarto nivel de escolaridad representan la menor prevalencia con un 0%. En los pacientes con demencia, la mayor prevalencia la representa el nivel de escolaridad básico con 88,1%, mientras que la menor prevalencia está representada por el tercer y cuarto nivel de escolaridad, así como con ningún nivel de escolaridad, todos con un 0%. La asociación entre escolaridad y deterioro cognitivo demostró un P de chi cuadrado de Pearson menor al 0,001 con una V de Cramer de 0,232, demostrando una clara asociación con una baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 10 Descripción del deterioro cognitivo según la ocupación en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

		OCUPACIÓN Y DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
		DETERIORO COGNITIVO						
OCUPACION		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total		
Directores y gerentes		3	0	0	0	3	< 0,001	0,216
		1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%		
Profesionales científicos e intelectuales		7	1	5	0	13		
		4,1%	0,8%	1,6%	0,0%	1,9%		
Técnicos y profesionales de nivel medio		14	8	6	0	28		
		8,2%	6,2%	1,9%	0,0%	4,1%		
Personal de apoyo administrativo		28	25	40	1	94		
		16,4%	19,2%	12,6%	1,5%	13,7%		
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados		35	22	44	8	109		
		20,5%	16,9%	13,9%	11,9%	15,9%		
Agricultores y trabajadores calificados, agropecuarios, forestales y pesqueros		18	16	35	2	71		
		10,5%	12,3%	11,0%	3,0%	10,4%		
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios		31	35	85	23	174		
		18,1%	26,9%	26,8%	34,3%	25,4%		
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladoras		15	4	17	1	37		
		8,8%	3,1%	5,4%	1,5%	5,4%		
Ocupaciones elementales		20	19	85	32	156		
		11,7%	14,6%	26,8%	47,8%	22,8%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: El gran grupo 7 (Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios) y 9 (Ocupaciones elementales), representan la mayor prevalencia dentro de la variable deterioro cognitivo, con el 26,8% del mismo, cada uno, mientras que el grupo con menor prevalencia fue el gran grupo 1 (directores y gerentes). El gran grupo 9 (Ocupaciones elementales), representa la mayor prevalencia con un 47,8% de los adultos mayores con demencia, mientras que la menor prevalencia la representa el gran grupo 1 (directores y gerentes), gran grupo 2 (Profesionales científicos e intelectuales) y gran grupo 3 (Técnicos y profesionales de nivel medio), todos con el 0%. La relación entre la ocupación y el deterioro cognitivo arrojó un P de chi cuadrado de Pearson menor a 0,001

con una V de Cramer de 0,216, demostrando que existe una asociación significativa de baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 11 Descripción del deterioro cognitivo según la autoidentificación étnica en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

AUTOIDENTIFICACION ETNICA Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de cramer
		Normal	Sospecha patologica	Deterioro	Demencia	Total		
AUTOIDENTIFICACION ETNICA	Mestizo	167	129	314	67	677	0,169	0,079
		97,7%	99,2%	99,1%	100,0%	98,8%		
	Afroamericano	1	0	0	0	1		
		0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%		
	Indigena	0	0	3	0	3		
		0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,4%		
	Blanco	3	1	0	0	4		
1,8%		0,8%	0,0%	0,0%	0,6%			
Total	171	130	317	67	685			
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: La autoidentificación étnica mestiza representa la mayor prevalencia en personas mayores con deterioro cognitivo con un 99,1%, mientras que la menor prevalencia la representa la etnia afroamericana y blanca, ambas con 0%. En los adultos mayores con demencia, la etnia mestiza representa la totalidad de prevalencia con el 100%. La relación entre la autoidentificación étnica y el deterioro cognitivo presenta un P de chi cuadrado de Pearson de 0,169 con una V de Cramer de 0,079, demostrando que no existe una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla No. 12 Descripción del deterioro cognitivo según la procedencia en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

PROCEDENCIA Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total		
PROCEDENCIA	Cuenca	151	120	295	66	632	0,053	0,106
		88,3%	92,3%	93,1%	98,5%	92,3%		
	Otros	20	10	22	1	53		
		11,7%	7,7%	6,9%	1,5%	7,7%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación a la procedencia, la mayor prevalencia de deterioro cognitivo se encuentra en aquellos procedentes de la ciudad de Cuenca con el 93,1%, mientras que los procedentes de otros lugares representan el 6,9%. En los pacientes con demencia, la mayor prevalencia está dada por los pacientes procedentes de la ciudad de Cuenca con el 98,5%, mientras que el 1,5% restante está dado por pacientes procedentes de otros lugares. La relación entre la procedencia y el deterioro cognitivo arrojó un P de chi cuadrado de Pearson de 0,053 con una V de Cramer de 0,106, demostrando que no existe una relación significativa entre ambas variables.

Tabla No. 13 Descripción del deterioro cognitivo según el IMC corporal en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

IMC Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO					Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total		
IMCI	Enflaquecido	30	21	73	13	137	0,493	0,064
		17,5%	16,2%	23,0%	19,4%	20,0%		
	Normal	137	107	242	54	540		
		80,1%	82,3%	76,3%	80,6%	78,8%		
	Sobrepeso	3	2	1	0	6		
		1,8%	1,5%	0,3%	0,0%	0,9%		
	Obesidad	1	0	1	0	2		
		0,6%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación al IMC, en las personas con deterioro cognitivo, predomina el grupo con IMC normal, que representa el 76,3%, seguido del grupo enflaquecido con un 23% y, los grupos de sobrepeso y obesidad representan el 0,3% respectivamente. En la variable demencia, las personas con un IMC normal representan el 80,6%, seguido del grupo enflaquecido con el 19,4% y, finalmente el sobrepeso y obesidad representan el 0%. La relación entre el índice de masa corporal y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de 0,493 con una V de Cramer de 0,064, demostrando una asociación insignificante entre ambas variables.

Tabla No. 14 Descripción del deterioro cognitivo según el tabaquismo corporal en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

		TABAQUISMO Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO								
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer		
TABAQUISMO	Si	74 43,3%	48 36,9%	148 46,7%	32 47,8%	302 44,1%	0,263	0,076		
	No	97 56,7%	82 63,1%	169 53,3%	35 52,2%	383 55,9%				
Total		171 100,0%	130 100,0%	317 100,0%	67 100,0%	685 100,0%				

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación al consumo de tabaco, dentro del deterioro cognitivo, las personas que no consumen tabaco tienen una mayor prevalencia, representando el 53,3%, mientras que, las personas que sí consumen tabaco representan el 46,7%. En la variable demencia, el grupo predominante son las personas que no consumen tabaco con el 52,2%, mientras que, las personas que sí consumen tabaco representan el 47,8%. La relación entre el tabaquismo y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de 0,263 con una V de Cramer de 0,076, demostrando una asociación insignificante entre ambas variables.

Tabla No. 15 Descripción del deterioro cognitivo según el alcoholismo en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

ALCOHOLISMO Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO						
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
ALCOHOLISMO	Si	63	56	209	29	357	<,001	0,261
		36,8%	43,1%	65,9%	43,3%	52,1%		
	No	108	74	108	38	328		
		63,2%	56,9%	34,1%	56,7%	47,9%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación al consumo de alcohol, dentro del deterioro cognitivo, las personas que consumen alcohol tienen una mayor prevalencia, representando el 65,9%, mientras que, las personas que no consumen alcohol representan el 34,1%. En la variable demencia, el grupo predominante son las personas que no consumen alcohol con el 56,7%, mientras que, las personas que sí consumen alcohol representan el 43,3%. La relación entre el alcoholismo y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de <, 001 con una V de Cramer de 0,261, demostrando una asociación de baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 16 Descripción del deterioro cognitivo según la dislipidemia en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

DISLIPIDEMIA Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO						
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
DISLIPIDEMIA	SI	75	58	158	41	332	0,078	0,100
		43,9%	44,6%	49,8%	61,2%	48,5%		
	NO	96	72	159	26	353		
		56,1%	55,4%	50,2%	38,8%	51,5%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación a la dislipidemia, dentro del deterioro cognitivo, las personas que no tienen dislipidemia tienen una mayor prevalencia, representando 50,2%, mientras que, las personas que si tienen dislipidemia representan el 49,8%, no obstante, se puede

decir que entre estos dos grupos existe una relación 1:1. En la variable demencia, el grupo predominante son aquellas personas que, si tienen dislipidemia con el 61,2%, mientras que, las personas que no tienen dislipidemia representan el 38,8%. La relación entre la dislipidemia y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de 0,078 con una V de Cramer de 0,100, demostrando una asociación de baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 17 Descripción del deterioro cognitivo según la depresión en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

		DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO						
		DETERIORO COGNITIVO						
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
DEPRESIÓN	SI	54	55	182	38	329	<,001	0,221
		31,6%	42,3%	57,4%	56,7%	48,0%		
NO	117	75	135	29	356			
		68,4%	57,7%	42,6%	43,3%	52,0%		
Total	171	130	317	67	685			
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación a la depresión, dentro del deterioro cognitivo, las personas que si tienen depresión tienen una mayor prevalencia, representando el 57,4%, mientras que, las personas que no tienen depresión representan el 42,6%. En la variable demencia, el grupo predominante son aquellas personas que, si tienen depresión con el 56,7%, mientras que, las personas que no tienen depresión representan el 43,3%. La relación entre la dislipidemia y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de <,001 y con una V de Cramer de 0,221, demostrando una asociación de baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 18 Relación del deterioro cognitivo según la hipertensión arterial en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO				Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia			
HTA	SI	92	73	240	53	458	<,001	0,228
		53,8%	56,2%	75,7%	79,1%	66,9%		
	NO	79	57	77	14	227		
		46,2%	43,8%	24,3%	20,9%	33,1%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación a la HTA, dentro del deterioro cognitivo, las personas que si tienen HTA tienen una mayor prevalencia, representando el 75,7%, mientras que, las personas que no tienen HTA representan el 24,3%. En la variable demencia, el grupo predominante son aquellas personas que, si tienen HTA con el 79,1%, mientras que, las personas que no tienen HTA representan el 20,9%. La relación entre la hipertensión arterial y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de <,001 y con una V de Cramer de 0,221, demostrando una asociación de baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 19 Descripción del deterioro cognitivo según la diabetes mellitus en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

DIABETES MELLITUS Y DETERIORO COGNITIVO								
		DETERIORO COGNITIVO				Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia			
DM	SI	90	85	231	43	449	<,001	0,172
		52,6%	65,4%	72,9%	64,2%	65,5%		
	NO	81	45	86	24	236		
		47,4%	34,6%	27,1%	35,8%	34,5%		
Total		171	130	317	67	685		
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación a la DM, dentro del deterioro cognitivo, las personas que sí tienen DM tienen una mayor prevalencia, representando el 72,9%, mientras que, las personas que no tienen DM representan el 27,1%. En la variable demencia, el grupo predominante son aquellas personas que, si tienen DM con el 64,2%, mientras que, las personas que no tienen DM representan el 35,8%. La relación entre la DM y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de $<, 001$ y con una V de Cramer de 0,172, demostrando una asociación de baja potencia entre ambas variables.

Tabla No. 20 Descripción del deterioro cognitivo según la enfermedad renal crónica en pacientes del Centro de Salud N° 2 de Cuenca – Ecuador 2024-2025

		DETERIORO COGNITIVO								
		Normal	Sospecha patológica	Deterioro	Demencia	Total	Chi-cuadrado de Pearson	V de Cramer		
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	SI	53 31,0%	32 24,6%	143 45,1%	37 55,2%	265 38,7%	<,001	0,203		
	NO	118 69,0%	98 75,4%	174 54,9%	30 44,8%	420 61,3%				
Total		171 100,0%	130 100,0%	317 100,0%	67 100,0%	685 100,0%				

Fuente: Base de datos de la investigación.

Realizado por: Lucero J, Ramón D.

Interpretación: En relación a la enfermedad renal crónica, dentro del deterioro cognitivo, las personas que no tienen enfermedad renal crónica tienen una mayor prevalencia, representando el 54,9%, mientras que las personas que si tienen enfermedad renal crónica representan el 45,1%. En la variable demencia, el grupo predominante son aquellas personas que, si tienen enfermedad renal crónica con el 55,2%, mientras que, las personas que no tienen enfermedad renal crónica representan el 44,8%. La relación entre la enfermedad renal crónica y el deterioro cognitivo presenta un P de Chi cuadrado de Pearson de $<, 001$ y con una V de Cramer de 0,203, demostrando una asociación de baja potencia entre ambas variables.

DISCUSIÓN

En cuanto a los datos sociodemográficos, la investigación demostró que la media de edad de los adultos mayores fue de 75 años, con un predominio del grupo etario de 65-74 años (49,64%), seguido por el grupo de 75-84 años (34,89%). Comparando con estudios

previos, Pais et al. (37), encontraron que el grupo de 65 a 74 años representaba el 47,2% de la población adulta mayor, una proporción similar a la hallada en este estudio. Además, Creese et al. (38), informaron que la población de 75-84 años constituía el 33%, lo que también refuerza la consistencia de estos hallazgos.

En cuanto al sexo, en esta investigación se observó una distribución equitativa con una ligera diferencia del 50,22% en hombres y un 49,78% en mujeres. Sin embargo, Picó-Monllor (39), reportó un predominio femenino del 56,8% en su estudio. Esta diferencia podría explicarse por la mayor esperanza de vida representada en la población femenina en comparación con los hombres, lo que ha sido ampliamente documentado en la literatura. Además, el acceso a servicios de salud y factores culturales podrían haber influido en la proporción de género dentro de la muestra de cada estudio.

Respecto al estado civil, la mayoría de las personas mayores están casados (42,63%), seguidos de viudos (39,27%) y divorciados (17,81%). Esto se asemeja a los resultados de García-Ribas et al. (40), quienes refieren que el 45% de los adultos mayores estaban casados y el 38% eran viudos, lo que reafirma la tendencia observada en esta investigación. En cuanto al nivel educativo, se evidencia una predominancia en el nivel bachillerato (49,34%), seguido de la educación básica (43,94%). Esto contrasta con los hallazgos de Picó-Monllor (39), donde encontró que el 55% de los adultos mayores en su estudio solo tenían educación básica. Esta diferencia puede deberse a las variaciones en la disponibilidad de educación en las distintas regiones y a la importancia histórica que han tenido las políticas educativas en cada país.

En relación al estrato social, el 84,23% de los encuestados pertenecen a la clase media típica, seguido de la clase media baja (6,86%). No obstante, estudios previos como el de Sabbagh et al. (41), reportaron que el 78% de los adultos mayores pertenecían a la clase media típica, lo que indica una diferencia notoria en comparación a los resultados de estudio. Esto podría atribuirse a condiciones geográficas que permiten la distinción entre los hallazgos de ambos resultados.

Por último, en lo que respecta a la etnia, esta muestra está compuesta mayoritariamente por individuos mestizos (98,83%), lo cual es consistente con la composición demográfica reportada en otros estudios de poblaciones similares por García-Ribas et al. (40), donde el mestizaje también predominaba en más del 95% de la población analizada.

En cuanto al deterioro cognitivo, los resultados de esta investigación muestran que el 46,28% de los adultos mayores presentan esta condición, mientras que el 9,78% han sido diagnosticados con demencia. En comparación con estudios previos, López et al. (42), estimaron que a nivel mundial el deterioro cognitivo afecta aproximadamente al 6% de la población, con una prevalencia creciente con la edad, desde un 4,5% en la sexta década de vida hasta un 7% en adultos mayores de 80 años. Estas cifras son extremadamente menores a las encontradas en esta investigación, lo que podría atribuirse a diferencias metodológicas en la evaluación del deterioro cognitivo como el total de población utilizada.

No obstante, los investigadores Pais et al. (37), reportaron que la prevalencia del deterioro cognitivo osciló entre el 5,1% y el 41%, con una mediana del 19%, estos resultados son comparables con los del presente estudio respaldando los hallazgos obtenidos. Por su parte, los autores Bai et al. (43), en un metaanálisis que incluyó 66 estudios y 242.804 participantes, determinaron que la prevalencia del deterioro cognitivo leve fue del 15,56%. Estas cifras son inferiores a las encontradas en esta investigación, lo que podría explicarse por factores como la mayor expectativa de vida en ciertas poblaciones o diferencias en los niveles educativos y condiciones socioeconómicas. Del mismo modo, Creese et al. (38), identificaron una prevalencia del 17% en adultos mayores de 60 años, cifra inferior a la de esta investigación. Sin embargo, se ha documentado que la prevalencia del deterioro cognitivo tiende a aumentar con el envejecimiento de la población.

Dentro de esta investigación los factores de riesgo más relevantes son el estado nutricional, el consumo de tabaco, el alcoholismo y las comorbilidades. Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Picó-Monllor (39), quien determinó que la edad entre 65 y 75 años, la depresión y la hipertensión arterial son factores determinantes de riesgo en adultos mayores. Asimismo, Rojas-Zepeda et al. (44), identificaron el alcoholismo, el tabaquismo y la diabetes como factores determinantes en la aparición del deterioro cognitivo.

En términos sociodemográficos, el sexo femenino ha sido identificado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo. Estos hallazgos son respaldados por Picó-Monllor (39), quienes reportaron un OR de 1.41 en Colombia, mientras que García-Ribas et al. (40) en

Chile calcularon un OR de 1.11, y Sabbagh et al. (41), encontraron una prevalencia significativamente mayor en mujeres en Cuba.

Con respecto a la edad, Picó-Monllor (39), concuerdan con los hallazgos obtenidos, dado que el riesgo de deterioro cognitivo se eleva a partir de los 80 años. Además, García-Ribas et al. (40), reportaron un mayor riesgo en adultos mayores divorciados y separados. Finalmente, estudios como el de González et al. (45) y Ganguli et al. (46), han encontrado que la presión arterial sistólica elevada y los valores altos de HbA1c tienen una gran relación con el deterioro cognitivo, lo que concuerda con la alta prevalencia de hipertensión y diabetes en nuestra muestra.

La longevidad se ha identificado como un factor predisponente en el deterioro de las funciones cognitivas, con una mayor prevalencia en el grupo etario de 75 a 84 años, mientras que, en los pacientes con demencia, aquellos de 85 años o más presentan mayor prevalencia. Este resultado concuerda con la investigación de Lee et al. (47), donde la edad mostró una correlación significativa con la función cognitiva ($F=20,98$, $p<0,001$, R^2 ajustado= $47,0$), reafirmando la relación entre el envejecimiento y el deterioro cognitivo. Además, la V de Cramer de 0,409 del presente estudio sugiere una asociación moderada, en línea con estudios previos que destacan la edad como un predictor clave del deterioro cognitivo.

El análisis de la variable sexo evidenció una relación casi equitativa en el deterioro cognitivo (50,2% mujeres vs. 49,8% hombres), pero en los casos de demencia, el sexo masculino presentó una mayor prevalencia (52,2%). Sin embargo, esta asociación no fue significativa ($p=0,286$). Levine et al. (48), encontraron que, aunque las mujeres tienen un mejor desempeño basal en cognición global y memoria, presentan descensos más rápidos en función ejecutiva ($p<0,01$), lo que podría influir en el desarrollo de deterioro cognitivo.

El estrato social también presentó una relación con el deterioro cognitivo, con una mayor prevalencia en el nivel medio típico (82%). No obstante, la V de Cramer de 0,12 indica una asociación débil. Similarmente, Wöbbeking-Sánchez et al. (49), hallaron una relación inversa entre nivel educativo y deterioro cognitivo ($p<0,05$), sugiriendo que factores económicos y educativos pueden influir en la reserva cognitiva.

La escolaridad también resultó ser un factor clave. Se observó una clara asociación entre menor nivel educativo y deterioro cognitivo ($p < 0,001$, $V = 0,232$). Estos resultados son congruentes con Wöbbing-Sánchez et al. (49), quienes identificaron diferencias significativas en las pruebas cognitivas entre individuos con distintos niveles educativos.

La ocupación demostró una relación relevante con el deterioro cognitivo ($p < 0,001$, $V = 0,216$), con mayor prevalencia en ocupaciones elementales. Respecto a los factores de riesgo, se observó una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes con HTA (75,7%) y DM (72,9%), con asociaciones significativas ($p < 0,001$, $V = 0,221$ y $0,172$, respectivamente). Li et al. (50), identificaron que la presión arterial elevada acelera el deterioro cognitivo y aumenta la probabilidad de demencia. Así mismo, Jacobson et al. (51), encontraron que los niveles elevados de HbA1c y la hipoglucemia grave afectan la eficiencia cognitiva, lo que coincide con los hallazgos de esta investigación.

El consumo de alcohol mostró una asociación significativa ($p < 0,001$, $V = 0,261$), con mayor prevalencia en consumidores (65,9%) para el deterioro de las funciones cognitivas en las personas mayores, tal y como establecen los autores Zhang et al. (Zhang et al., 2020), en su investigación encontraron que el consumo bajo a moderado de alcohol se asoció con la pérdida de las funciones cognitivas (52).

La enfermedad renal crónica también mostró una relación relevante con el deterioro cognitivo ($p < 0,001$, $V = 0,203$). Aggarwal et al. (53), documentaron que el deterioro de la función renal se correlaciona con puntuaciones cognitivas más bajas, reforzando la relación observada en la investigación en curso. Finalmente, la depresión presentó una fuerte asociación con el deterioro cognitivo ($p < 0,001$, $V = 0,221$). Yu et al. (54), encontraron que la soledad y la depresión se correlacionan con el deterioro cognitivo, lo que coincide con los hallazgos y resalta la importancia del bienestar emocional en la salud cognitiva de los adultos mayores.

Los alcances del estudio permitieron la identificación del deterioro cognitivo y sus factores de riesgo en adultos mayores mediante el Mini-Mental State Examination. Se analizaron variables como edad, escolaridad, ocupación, hipertensión y diabetes, evidenciando su relación con el deterioro cognitivo. Los hallazgos aportan información relevante para la planificación de estrategias preventivas y manejo clínico en atención primaria. Además, se resalta la influencia del nivel educativo en la reserva cognitiva, lo

que sugiere el abordaje de intervenciones centralizadas en la estimulación cognitiva y en la reducción de factores de riesgo modificables.

Por otro lado, las restricciones del estudio incluyen su diseño transversal, el cual dificulta establecer una relación causal entre los factores de riesgo y el declive cognitivo. El uso exclusivo del MMSE podría subestimar casos leves, por lo que se recomienda complementar con pruebas neuropsicológicas. Además, la muestra se limita a una sola región, lo que restringe la generalización de los resultados. Se recomienda ampliar la población de estudio y realizar investigaciones longitudinales para evaluar la evolución del deterioro cognitivo en diferentes contextos y su asociación con variables ambientales, socioculturales y clínicas a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

Los adultos mayores evaluados en el estudio presentan una distribución etaria concentrada en aquellos de 65 a 74 años, seguido por el grupo de 75 a 84 años. Predomina el sexo masculino, y principalmente los encuestados pertenecen a la clase social media típica. En cuanto al estado civil, el grupo con mayor representación es el de casados, seguido por viudos y divorciados. El nivel educativo predominante es el bachillerato, seguido del nivel básico. La mayoría de los participantes se identifican como mestizos y residen en la ciudad de Cuenca. La ocupación más frecuente se encuentra en actividades artesanales y operativas.

La afectación de las funciones cognitivas es una condición presente en casi la mitad de las personas mayores, con una proporción significativa en estado de sospecha patológica. Mientras que el estado cognitivo normal es menos frecuente, la demencia representa una proporción menor de la muestra. Esto sugiere que una parte relevante de la población atendida en el Centro de Salud N°2 presenta algún grado de afectación en sus funciones cognitivas.

El estado nutricional muestra que gran cantidad de adultos mayores presentan un índice de masa corporal normal, aunque un porcentaje relevante se encuentra en condición de enflaquecimiento. El consumo de tabaco no es predominante en la muestra, aunque un porcentaje significativo sí lo refiere. En cuanto al consumo de alcohol, la mayoría de los participantes reporta ser consumidores. Entre las patologías asociadas, las enfermedades hipertensivas y metabólicas como la diabetes mellitus son las enfermedades predominantes, seguidas por la dislipidemia y la enfermedad renal crónica, lo que confirma la fuerte relación entre patologías metabólicas y el deterioro cognitivo en la vejez.

El deterioro cognitivo se presenta con mayor prevalencia en adultos mayores de 75 a 84 años, mientras que la demencia es más común en aquellos de 85 años o más. No se observa una diferencia significativa entre sexos, aunque la demencia es ligeramente más frecuente en hombres. El nivel educativo y la ocupación tienen una clara relación con el deterioro cognitivo, siendo más común en personas con escolaridad básica y en ocupaciones elementales. Entre los determinantes de riesgo, la presión arterial elevada, la

enfermedad metabólica crónica y los trastornos depresivos presentan una asociación significativa con el declive cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parada K, Guapizaca J, Bueno G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Rev Científica UISRAEL* [Internet]. 2022;9(2):77–93. Available from: <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/525>
2. Creese B, Brooker H, Ismail Z, Wesnes K, Hampshire A, Khan Z, et al. Mild behavioral impairment as a marker of cognitive decline in cognitively normal older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2019;27(8):823–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30902566/>
3. Choreño-Parra J, De la Rosa-Arredondo T, Guadarrama-Ortíz P. Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Interna Mex* [Internet]. 2020;36(6):807–24. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim206i.pdf>
4. Zhang Q, Wu Y, Han T, Liu E. Changes in cognitive function and risk factors for cognitive impairment of the elderly in China: 2005–2014. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(16):2847. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31404951/>
5. López M, Cruz M, Arias N, Gaitán M. Prevalencia de Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de 60 a 65 Años en la Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León, Guanajuato. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2023;7(6):4043–56. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8975>
6. Pais R, Ruano L, Carvalho O, Barros H. Global cognitive impairment prevalence and incidence in community dwelling older adults—a systematic review. *Geriatrics* [Internet]. 2020;5(4):84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33121002/>
7. Zegarra-Valdivia J, Chino-Vilca B, Paredes-Manrique C. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad. *Rev Ecuatoriana Neurol* [Internet]. 2023;32(1):43–54. Available from: https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/prevalencia-deterioro-cognitivo-leve-peruanos-adultos-mayores-mediana-edad-cognitive-impairment-prevalence-peruvian-middle-age-elderly-adults/
8. Picó-Monllor J. La ocupación laboral como factor de protección en el deterioro cognitivo leve. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2022;68(267):83–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2022000200001
9. Rojas C, López M, Cabezas B, Castillo J. Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuad Neuropsicol* [Internet]. 2021;15(2):43–56. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8167944>

10. Jia L, Du Y, Chu L, Zhang Z, Li F, Lyu D, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *Lancet public Heal* [Internet]. 2020;5(12):e661–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33271079/>
11. Delgado C, Araneda A, Behrens M. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurol (English Ed)* [Internet]. 2019;34(6):376–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28364958/>
12. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021;(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34313331/>
13. García-Ribas G, Marín A, Barreto P. Tratamiento del deterioro cognitivo. *Med Form Médica Contin Acreditado* [Internet]. 2023;13(74):4382–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223000616>
14. Zhu S, Sui Y, Shen Y, Zhu Y, Ali N, Guo C, et al. Effects of virtual reality intervention on cognition and motor function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: a systematic review and meta-analysis. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2021;13:586999. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/aging-neuroscience/articles/10.3389/fnagi.2021.586999/full>
15. Xue B, Meng X, Liu Q, Luo X. The effect of receptive music therapy on older adults with mild cognitive impairment and depression: a randomized controlled trial. *Sci Rep* [Internet]. 2023;13(1):22159. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49162-6>
16. Sabbagh M, Boada M, Borson S, Chilukuri M, Dubois B, Ingram J, et al. Early detection of mild cognitive impairment (MCI) in primary care. *J Prev Alzheimer's Dis* [Internet]. 2020;7:165–70. Available from: <https://link.springer.com/article/10.14283/jpad.2020.21>
17. Van Bulck M, Sierra-Magro A, Alarcon-Gil J, Perez-Castillo A, Morales-Garcia J. Novel approaches for the treatment of Alzheimer's and Parkinson's disease. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019;20(3):719. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/3/719>
18. Lv X, Li W, Ma Y, Chen H, Zeng Y, Yu X, et al. Cognitive decline and mortality among community-dwelling Chinese older people. *BMC Med* [Internet]. 2019;17:1–10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-019-1295-8>
19. González P, Oltra J, Sitges E, Bonete 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;72(8):288–95. Available from: https://www.researchgate.net/publication/350916096_Revision_y_actualizacion_de_los_criterios_de_deterioro_cognitivo_objetivo_y_su_implicacion_en_el_deterioro_cognitivo_leve_y_la_demencia
20. Fonte T, Santos D. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Rev Cubana Med* [Internet]. 2020;59(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002
 21. Nichols E, Steinmetz J, Vollset S, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2022;7(2):e105–25. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00249-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00249-8/fulltext)
 22. Garbey Y, Gorguet M, Batista Y, Gonzalez M. Deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en ancianos de un área de salud. *Medisan* [Internet]. 2023;27(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192023000300004&script=sci_arttext&tlng=en
 23. Paredes-Arturo Y, Yarce-Pinzón E, Aguirre-Acevedo D. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria* [Internet]. 2021;38(2):58–72. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8224086>
 24. Tarawneh H, Mulders W, Sohrabi H, Martins R, Jayakody D. Investigating auditory electrophysiological measures of participants with mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease: A systematic review and meta-analysis of event-related potential studies. *J Alzheimer’s Dis* [Internet]. 2021;84(1):419–48. Available from: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad210556>
 25. Forte G, De Pascalis V, Favieri F, Casagrande M. Effects of blood pressure on cognitive performance: a systematic review. *J Clin Med* [Internet]. 2019;9(1):34. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/1/34>
 26. Ganguli M, Beer J, Zmuda J, Ryan C, Sullivan K, Chang C, et al. Aging, diabetes, obesity, and cognitive decline: a population-based study. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020;68(5):991–8. Available from: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.16321>
 27. Ungvari Z, Toth P, Tarantini S, Prodan C, Sorond F, Merkely B, et al. Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2021;17(10):639–54. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41581-021-00430-6>
 28. Ou Y-N, Tan C-C, Shen X-N, Xu W, Hou X-H, Dong Q, et al. Blood pressure and risks of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of 209 prospective studies. *Hypertension*

- [Internet]. 2020;76(1):217–25. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14993>
29. Deal J, Power M, Palta P, Alonso A, Schneider A, Perryman K, et al. Relationship of cigarette smoking and time of quitting with incident dementia and cognitive decline. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020;68(2):337–45. Available from: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.16228>
 30. Barbiellini C, Fayosse A, Dumurgier J, Machado-Fragua M, Tabak A, van Sloten T, et al. Association between age at diabetes onset and subsequent risk of dementia. *Jama* [Internet]. 2021;325(16):1640–9. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779197>
 31. Rundek T, Tolea M, Ariko T, Fagerli E, Camargo C. Vascular cognitive impairment (VCI). *Neurotherapeutics* [Internet]. 2023;19(1):68–88. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187874792300154X>
 32. Dominguez L, Veronese N, Vernuccio L, Catanese G, Inzerillo F, Salemi G, et al. Nutrition, physical activity, and other lifestyle factors in the prevention of cognitive decline and dementia. *Nutrients* [Internet]. 2021;13(11):4080. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/11/4080>
 33. Kivimäki M, Singh-Manoux A, Batty G, Sabia S, Sommerlad A, Floud S, et al. Association of alcohol-induced loss of consciousness and overall alcohol consumption with risk for dementia. *JAMA Netw open* [Internet]. 2020;3(9):e2016084–e2016084. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770285>
 34. Koch M, Fitzpatrick A, Rapp S, Nahin R, Williamson J, Lopez O, et al. Alcohol consumption and risk of dementia and cognitive decline among older adults with or without mild cognitive impairment. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2019;2(9):e1910319–e1910319. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2752097>
 35. Drew D, Weiner D, Sarnak M. Cognitive impairment in CKD: pathophysiology, management, and prevention. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2019;74(6):782–90. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272638619308285>
 36. Weeks D, Ambrose S, Tindall A. The utility of the Modified Mini-Mental State Examination in inpatient rehabilitation for traumatic brain injury: preliminary findings. *Brain Inj* [Internet]. 2020;34(7):881–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699052.2020.1761564>
 37. Pais R, Ruano L, Carvalho O, Barros H. Global cognitive impairment prevalence and incidence in community dwelling older adults—a systematic review. *Geriatrics* [Internet]. 2020;5(4):84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33121002/>

38. Creese B, Brooker H, Ismail Z, Wesnes K, Hampshire A, Khan Z, et al. Mild behavioral impairment as a marker of cognitive decline in cognitively normal older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2019;27(8):823–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30902566/>
39. Picó-Monllor J. La ocupación laboral como factor de protección en el deterioro cognitivo leve. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2022;68(267):83–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2022000200001
40. García-Ribas G, Marín A, Barreto P. Tratamiento del deterioro cognitivo. *Med Form Médica Contin Acreditado* [Internet]. 2023;13(74):4382–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223000616>
41. Sabbagh M, Boada M, Borson S, Chilukuri M, Dubois B, Ingram J, et al. Early detection of mild cognitive impairment (MCI) in primary care. *J Prev Alzheimer's Dis* [Internet]. 2020;7:165–70. Available from: <https://link.springer.com/article/10.14283/jpad.2020.21>
42. López M, Cruz M, Arias N, Gaitán M. Prevalencia de Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de 60 a 65 Años en la Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León, Guanajuato. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2023;7(6):4043–56. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8975>
43. Bai W, Chen P, Cai H, Zhang Q, Su Z, Cheung T, et al. Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age Ageing* [Internet]. 2022;51(8):afac173. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article/51/8/afac173/6670563>
44. Rojas-Zepeda C, L3pez-Espinoza M, Cabezas-Araneda B, Castillo-Fuentes J, Mandy M3, Toro-Pedrerros S, et al. Factores de riesgo sociodemogr3ficos y m3rbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuad Neuropsicol J Neuropsychol* [Internet]. 2021;15(2). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8167944>
45. González P, Oltra J, Sitges E, Bonete 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;72(8):288–95. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Javier-Oltra-Cucarella/publication/350916096_Revision_y_actualizacion_de_los_criterios_de_deterioro_cognitivo_objetivo_y_su_implicacion_en_el_deterioro_cognitivo_leve_y_la_demencia/links/650ac24661f18040c20e45d6/Revision_y_la_demencia](https://www.researchgate.net/profile/Javier-Oltra-Cucarella/publication/350916096_Revision_y_actualizacion_de_los_criterios_de_deterioro_cognitivo_objetivo_y_su_implicacion_en_el_deterioro_cognitivo_leve_y_la_demencia/links/650ac24661f18040c20e45d6/Revision_y_la_demencia/links/650ac24661f18040c20e45d6/Revision_y_la_demencia)

46. Ganguli M, Beer J, Zmuda J, Ryan C, Sullivan K, Chang C, et al. Aging, diabetes, obesity, and cognitive decline: a population-based study. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020;68(5):991–8. Available from: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.16321>
47. Lee J, Sung J, Choi M. The factors associated with subjective cognitive decline and cognitive function among older adults. *J Adv Nurs* [Internet]. 2020;76(2):555–65. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14261>
48. Levine D, Gross A, Briceño E, Tilton N, Giordani B, Sussman J, et al. Sex differences in cognitive decline among US adults. *JAMA Netw open* [Internet]. 2021;4(2):e210169–e210169. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776902>
49. Wöbbecking-Sánchez M, Bonete-López B, Cabaco A, Urchaga-Litago J, Afonso R. Relationship between cognitive reserve and cognitive impairment in autonomous and institutionalized older adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(16):5777. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5777>
50. Li C, Zhu Y, Ma Y, Hua R, Zhong B, Xie W. Association of cumulative blood pressure with cognitive decline, dementia, and mortality. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2022;79(14):1321–35. Available from: <https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2022.01.045>
51. Jacobson A, Ryan C, Braffett B, Gubitosi-Klug R, Lorenzi G, Luchsinger J, et al. Cognitive performance declines in older adults with type 1 diabetes: results from 32 years of follow-up in the DCCT and EDIC Study. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2021;9(7):436–45. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(21\)00086-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(21)00086-3/abstract)
52. Zhang R, Shen L, Miles T, Shen Y, Cordero J, Qi Y, et al. Association of low to moderate alcohol drinking with cognitive functions from middle to older age among US adults. *JAMA Netw open* [Internet]. 2020;3(6):e207922–e207922. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767693>
53. Aggarwal H, Jain D, Bhavikatti A. Cognitive dysfunction in patients with chronic kidney disease. *Saudi J Kidney Dis Transplant* [Internet]. 2020;31(4):796–804. Available from: https://journals.lww.com/sjkd/fulltext/2020/31040/cognitive_dysfunction_in_patients_with_chronic.10.aspx
54. Yu B, Steptoe A, Chen Y, Jia X. WITHDRAWN—Social isolation, rather than

loneliness, is associated with cognitive decline in older adults: the China Health and Retirement Longitudinal Study. Psychol Med [Internet]. 2024;54(15):4459–66. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/social-isolation-rather-than-loneliness-is-associated-with-cognitive-decline-in-older-adults-the-china-health-and-retirement-longitudinal-study/772C3A89D5CF56E02A62037640671CC2>

ANEXOS

Anexo 1. Formulario de recolección de datos sociodemográficos y comorbilidades asociadas

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
Edad: _____	Raza: 1. Mestizo 2. Afroamericano 3. Indígena 1. Blanco
Sexo: 1. Hombre (<input type="checkbox"/>) 2. Mujer (<input type="checkbox"/>)	Escolaridad: 1. Ninguno 2. Básica 3. Bachillerato 4. Tercer Nivel 5. Cuarto Nivel

<p>Ocupación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gran grupo uno 2. Gran grupo dos 3. Gran grupo tres 4. Gran grupo cuatro 5. Gran grupo cinco 6. Gran grupo seis: 7. Gran grupo siete 8. Gran grupo ocho 9. Gran grupo nueve 	<p>Estado civil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre
<p>Estrato social</p>	<p>Residencia: _____</p>
<p>Procedencia: _____</p>	<p>Estado nutricional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad
<p>Tabaquismo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<p>Alcoholismo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
<p>Comorbilidades asociadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dislipemia 2. Sobrepeso/obesidad 3. Depresión 4. Hipertensión arterial 5. Diabetes Mellitus 6. Enfermedad renal crónica 	

Figura 1. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

  				
Subsecretaría de atención Intergeneracional Dirección de la Población Adulta Mayor				
MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL¹ (Folstein et al. 1975) FICHA N° 3c				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO			0	1
En qué Día estamos (fecha):				
En qué mes:				
En qué año				
En qué día de la semana				
¿Qué hora es aproximadamente?				
PUNTUACIÓN (máx. 5)				
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO				
			0	1
¿En qué lugar estamos ahora?				
¿En qué piso o departamento estamos ahora?				
¿Qué barrio o parroquia es este?				
¿En qué ciudad estamos?				
¿En qué país estamos?				
PUNTUACIÓN:(máx. 5)				
MEMORIA				
CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita". *Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.				
			0	1
Papel				
Bicicleta				
Cuchara				
PUNTUACIÓN: (máx. 3)				

¹ Tomado de: Reyes, S., Beaman, P, García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11, 1-11

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
DENOMINACIÓN		
	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN: (máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	0	1
"ni sí, ni no, ni pero".		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez": "TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
LECTURA.		
	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
ESCRITURA.		
	0	1
CONSIGNA: "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.		
	0	1
CONSIGNA: "Copie por favor este dibujo tal como está"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		

PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)

Figura 2. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		Puntaje
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto (s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/Covacha/Otro		0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/Tapia		47
Caña revestida o bahareque / Madera		17
Caña no revestida / Otros materiales		0
3. El material predominante del piso de la vivienda es:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/Caña/Otros materiales		0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32

5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38
ACCESO A TECNOLOGÍA		
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Sí		45
2. ¿tiene computadora de escritorio?		
No		0
Sí		35
3. ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Sí		39
4. ¿Cuántos celulares activos tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie del hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 ó más celulares		42

POSESIÓN DE BIENES		
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Sí		19
2. ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Sí		29
3. ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Sí		30
4. ¿Tiene lavadora?		
No		0
Sí		18
5. ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Sí		18
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 o más TV a color		34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículos exclusivos		11
Tiene 3 o más vehículos exclusivos		15

HÁBITOS DE CONSUMO		
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Sí		6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Sí		26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Sí		27
4. ¿En el hogar alguien está registrado a una red social?		
No		0
Sí		28
5. Exceptuando los libros de texto o manualidades de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Sí		12

NIVEL DE EDUCACIÓN		
1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundaria completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 o más años de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171
ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL HOGAR		
1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IEES (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No		0
Sí		39

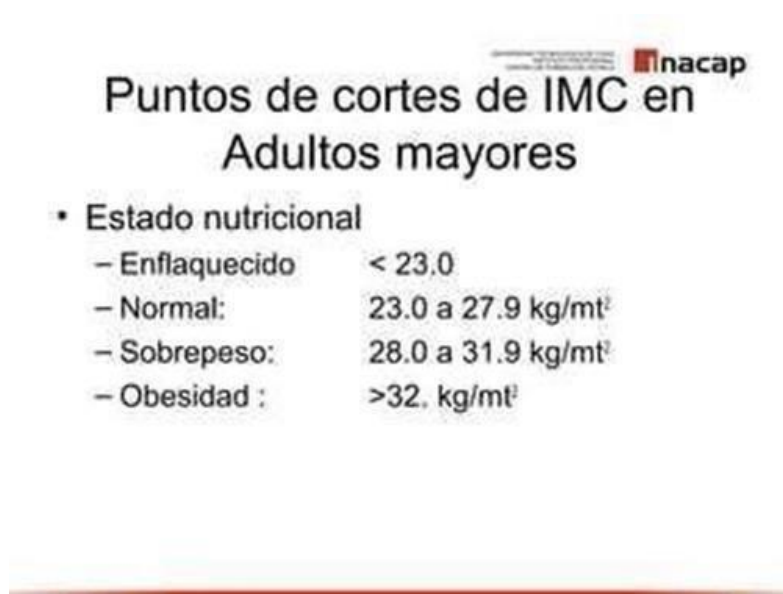
2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		0
Si		55
3. ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		76
Personales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas Armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

Según la suma de puntaje final (Umbrales), identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:	
Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

Figura 3. Clasificación nacional de ocupaciones (INEC)

MATRIZ DE LA CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES (CIUO-08) POR NÚMERO DE SUBGRUPOS PRINCIPALES, SUBGRUPOS Y GRUPOS PRIMARIOS, SEGÚN GRANDES GRUPOS				
NIVEL DE COMPETENCIA	GRANDES GRUPOS	NÚMERO		
		SUBGRUPOS PRINCIPALES (DOS DÍGITOS)	SUBGRUPOS (TRES DÍGITOS)	GRUPOS PRIMARIOS (CUATRO DÍGITOS)
--	1. Directores y Gerentes	4	11	31
4	2. Profesionales Científicos e Intelectuales	6	27	92
3	3. Técnicos y Profesionales de Nivel Medio	5	20	84
2	4. Personal de Apoyo Administrativo	4	8	29
	5. Trabajadores de los Servicios y Vendedores de Comercios y Mercados	4	13	40
	6. Agricultores y Trabajadores calificados Agropecuarios, Forestales y Pesqueros	3	9	18
	7. Oficiales, Operarios y Artesanos de Artes Mecánicas y de Otros Oficios	5	14	66
	8. Operadores de Instalaciones y Máquinas y Ensambladores	3	14	40
1	9. Ocupaciones Elementales	6	11	33
--	0. Ocupaciones Militares	3	3	3
TOTAL		43	130	436

Figura 4. Puntos de IMC en adultos mayores



Anexo 2. Cuadro de operativización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO
Deterioro cognitivo	Afección que hace que las personas tengan más problemas de memoria o alteraciones en el pensamiento que lo normal para alguien de su edad	Alteración de las funciones mentales	Mini-Mental State Examination	MMSE. Orientación en el tiempo. Orientación en el espacio. Memoria. Atención y cálculo. Memoria diferida. Denominación. Repetición de una frase. Compresión - Ejecución de orden. Lectura. Escritura. Copia de un dibujo.	Cuantitativo
Sexo	El concepto sexo refiere a las características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana, sobre todo relacionadas a funciones de la procreación	Condición biológica	Condición biológica	Masculino o femenino.	Cualitativo

Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Edad en años	Número de años registrado en el registro civil.	Mayor o igual de 65 años.	Cuantitativo
Estrato social	Manera en la que se organizan las personas dentro de una sociedad, según factores como la riqueza, el estatus, la ocupación o el poder.	Nivel de estatus en la sociedad	Encuesta de estratificación de nivel socioeconómico (INEC)	Encuesta de estratificación de nivel socioeconómico (INEC). Características de la vivienda. Acceso a tecnología. Posesión bienes. Hábitos de consumo Nivel de educación. Actividad económica del hogar	Cuantitativo
Estado civil	Condición de persona según el registro civil.	Tipología del registro civil ecuatoriano.	Distinciones del estado civil de una persona	Soltero, divorciado, unión libre. casado, viudo,	Cualitativo
Escolaridad	Grado o nivel de estudios realizados	Nivel más alto de estudios concluidos	Estudios realizados durante su vida.	Ninguno Básica: termino 10 años de escolaridad. Bachillerato: aprobó 3 años posteriores al básico. Tercer Nivel: con título universitario Cuarto Nivel: con título de posgrado	Cualitativo
Ocupación	Actividad o trabajo	Clasificación nacional de ocupaciones INEC	Actividades o conjunto de tareas laborales	Gran grupo uno: directores y gerentes. Gran grupo dos: científicos e intelectuales. Gran grupo tres: técnicos y profesionales de nivel medio. Gran grupo cuatro: personal de apoyo administrativo. Gran grupo cinco: trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. Gran grupo seis: agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros. Gran grupo siete: oficiales, operarios y artesanos de artes y de otros oficios. Gran grupo ocho: operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores. Gran grupo nueve: ocupaciones elementales.	Cualitativo

Raza	Autoidentificación del individuo	Condición	Establecido por el concepto de auto identificación	Mestizo Afroamericano Indígena Blanco	Cualitativo
Procedencia	Lugar del que proviene una persona	Espacial	Territorio de procedencia	Ciudad, Provincia o País	Cualitativo
Residencia	Lugar donde una persona reside por más de 6 meses.	Espacial	Territorio de residencia	Ciudad, Provincia o País	Cualitativo
Estado Nutricional	Medición nutricional	Cálculo de peso y talla	Interpretación de la información obtenida de estudios antropométricos	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	Cuantitativo
Hábito de Tabaquismo	Adicción al consumo habitual de cigarrillos se considera a un consumo de al menos un cigarrillo todos los días, por lo menos durante un mes.	Hábito tabáquico	Criterio definitorio de tabaquismo diagnosticado por un médico a través de la historia clínica	Si No	Cualitativo

Alcoholismo	Adicción al consumo de alcohol o ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo en la salud.	Hábito de alcoholismo	Criterio definitorio de alcoholismo diagnosticado por un médico a través de la historia clínica	Si No	Cualitativo
Comorbilidad asociada	La presencia de enfermedades coexistentes	Existencia de diagnóstico médico de enfermedades coexistentes por medio de la historia clínica	Registro de diagnóstico con el CIE-10	Dislipidemia: concentración elevada de lípidos o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas. Sobrepeso/Obesidad: Exceso de grasa corporal. Depresión: trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa. Hipertensión arterial: presión arterial superior a 140/90 mmHg. Diabetes mellitus: niveles elevados de glucosa en sangre. Enfermedad renal crónica: pérdida lenta y progresiva de la función normal de los riñones.	Cualitativo

Anexo 3. Consentimiento Informado

DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ (nombres completos del sujeto/representante legal de) (colocar los nombres Completos del representado/a), comprendo que de mis datos personales y/o muestras Biológicas humanas o los de mi representado/a serán utilizados con fines de investigación científica cuyo objetivo me fue previamente explicado.

Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de los datos de mis datos personales y/o muestras Biológicas humanas o los de mi representado/a en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las Preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los Investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales y/o muestras Biológicas humanas o los de mi representado/a. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados Exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas Posteriores relacionadas con la misma línea de investigación, para las que se otorgue explícitamente y en su momento, un nuevo consentimiento informado escrito previo a la aprobación del protocolo respectivo por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos reconocido por el Ministerio de Salud Pública. En virtud de lo cual, voluntariamente
(Marque con una X):

ACEPTO

NO ACEPTO

Nombres completos del sujeto/representante legal.....
Cédula de ciudadanía/pasaporte del sujeto/representante legal.....
Firma/huella digital del sujeto/representante legal.....
Fecha y lugar.....
Nombres completos del testigo.....
Cédula de ciudadanía del testigo.....
Firma del testigo.....
Fecha y lugar.....
Nombres completos del responsable de tomar este documento.....
Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento.....
Firma del responsable de tomar este documento.....
Fecha y lugar.....



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Juan Fernando Lucero Pesántez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107206385**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de **titulación “Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca - Ecuador. 2024 -2025”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **19 de mayo de 2026**



F:

JUAN FERNANDO LUCERO PESANTEZ

C.I. 0107206385



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Diana Alexandra Ramón Arévalo portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107137317**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud N° 2 de Cuenca - Ecuador. 2024 -2025”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **19 de mayo de 2026**



**Diana Alexandra
Ramón Arevalo**



F:

Diana Alexandra Ramón Arévalo

C.I. 0107137317