



Artículo original

Riesgo sociofamiliar y deterioro cognitivo en adultos mayores que se atendieron en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020

Sociofamily risk and cognitive impairment in elderly adults treated at the Geriatric Center of the Peruvian Air Force in the period 2017-2020

Mimmy Minerva de Jesús Begazo Bedoya^{1,a}, Nathaly Calderón Jaramillo^{1,a},
Fernando Runzer-Colmenares^{1,a}, Ian Falvy-Bockos^{1,2,a}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.163.1918>

RESUMEN

Introducción: Los adultos mayores constituyen a los mayores de 65 años según la OMS. Así mismo, se han relacionado el riesgo sociofamiliar y deterioro cognitivo en pacientes del centro geriátrico de la fuerza aérea del Perú en el periodo 2017-2020. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el riesgo sociofamiliar y el deterioro cognitivo en pacientes atendidos en el centro geriátrico del HFAP en el periodo 2017-2020. **Material y método:** Estudio primario, observacional, analítico, transversal, retrospectivo realizado en pacientes atendidos en el centro geriátrico del HFAP en el periodo 2017-2020. **Resultados:** Se evaluó a 121 adultos mayores, con edad promedio de 84 años. El 23.1% presentó riesgo social, el 41.3% presentaron deterioro cognitivo. El 30.6% padecía diabetes mellitus tipo 2 y el 13.2% enfermedad de Parkinson. No se encontró asociación significativa entre el riesgo sociofamiliar ($p=0.851$) y el padecer deterioro cognitivo. El padecer diabetes mellitus tipo 2 ($p=0.022$) se encontraban asociados con el deterioro cognitivo. **Conclusiones:** No se llegó a encontrar asociación entre riesgo sociofamiliar y deterioro cognitivo. Es necesario realizar más estudios en poblaciones más grandes y variadas para evaluar factores de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y otras patologías que afectan a los adultos mayores en nuestro país.

Palabras clave: adulto mayor, deterioro cognitivo, vulnerabilidad social (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Older adults constitute those over 65 according to the WHO. Likewise, sociofamily risk and cognitive impairment have been related in patients from the geriatric center of the Peruvian air force in the period 2017-2020. **Objectives:** To determine the association between socio-family risk and cognitive impairment in patients treated at the HFAP geriatric center in the period 2017-2020. **Methodology:** Primary, observational, analytical, cross sectional, retrospective study carried out in patients treated at the geriatric center of the HFAP in the period 2017-2020. **Results:** 121 older adults were evaluated, with an average age of 84 years. 23.1% presented social risk, 41.3% presented cognitive deterioration. 30.6% had type 2 diabetes mellitus and 13.2% Parkinson's disease. No significant association was found between socio-familial risk ($p=0.851$) and suffering from cognitive impairment. Suffering from type 2 diabetes mellitus ($p=0.022$) was associated with cognitive impairment. **Conclusions:** No association was found between socio-familial risk and cognitive impairment. It is necessary to carry out more studies in larger and more varied populations to evaluate risk factors for the development of cognitive impairment and other pathologies that affect the elderly in our country.

Keywords: elderly, cognitive Impairment, social vulnerability (Source: MeSH-NLM).

FILIACIÓN

1. Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.
2. Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima, Perú.
- a. Médico cirujano.

ORCID

1. Mimmy Minerva Begazo Bedoya / [0000-0003-1092-1439](https://orcid.org/0000-0003-1092-1439)
2. Nathaly Calderón Jaramillo / [0000-0002-4774-8783](https://orcid.org/0000-0002-4774-8783)
3. Fernando Runzer-Colmenares / [0000-0003-4045-0260](https://orcid.org/0000-0003-4045-0260)
4. Ian Falvy-Bockos / [0000-0002-7328-5292](https://orcid.org/0000-0002-7328-5292)

CORRESPONDENCIA

Ian Falvy-Bockos
Email: ifalvy@yahoo.com

FINANCIAMIENTO

El financiamiento fue asumido por los autores.

CONFLICTO DE INTERÉSES

No existió conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Los autores se encargaron de la concepción, análisis y redacción del artículo.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 15/03/2023
Aceptado: 16/10/2023
Publicado: 30/10/2023

CÓMO CITAR

De Jesús Begazo Bedoya MM, Calderón Jaramillo N, Runzer-Colmenares F, Falvy-Bockos I. Riesgo sociofamiliar y deterioro cognitivo en adultos mayores que se atendieron en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 30 de octubre de 2023 [citado 30 de octubre de 2023];16(3). doi: 10.35434/rcmhnaaa.2023.163.1918



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Versión Impresa: ISSN: 2225-5109 Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731 Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor definida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como toda persona mayor de 60 años en países de ingresos medio bajo y mayor a 65 en aquellos desarrollados; este grupo etario atraviesa un proceso de envejecimiento en el cual se van a dar una serie de cambios a nivel fisiológico, psicológico y social. En los últimos años se ha evidenciado un aumento de esta población a nivel mundial; según datos de las Naciones Unidas, se espera que en los siguientes años exista un rápido incremento, especialmente en América Latina, donde se calcula que sería de un 71%. ⁽¹⁾ En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la proporción de la población adulta mayor también registró un incremento de un 7.9% desde 1950 hasta el 2023; además se registró que en el 39.6% de hogares vive al menos un adulto mayor, siendo el porcentaje similar en áreas rurales (42.7%) y Lima Metropolitana (41.7%). ⁽²⁾ Este incremento en la población adulta mayor ha aumentado el interés en el estudio de los riesgos a los que están expuestos en la sociedad actual y cómo estos afectan a la salud del individuo. Uno de los importantes riesgos que corren y genera gran vulnerabilidad a los pacientes ancianos es el socio familiar, el cual lo podemos ver en la actualidad en el abandono social, la soledad, la falta o mala adecuación de los ambientes en el hogar y en la comunidad a sus necesidades, los pocos lugares con alternativas de ocio dirigidas a esta población o formas de generación de dinero, asimismo la reducida cantidad de redes de apoyo. ⁽³⁾ A nivel internacional se han realizado estudios para determinar si los factores sociales pueden influir en la aparición de deterioro cognitivo en los adultos mayores. En Inglaterra, los investigadores Aparna Shankar et al, que utilizaron datos del "English Longitudinal Study of Aging" para evaluar si existía un impacto de los factores sociales como la soledad y el aislamiento sobre la cognición en este grupo etario, encontrándose que si hay asociación entre dichos factores sociales y el deterioro de la función cognitiva ⁽⁵⁾. De igual forma, se encontró en un estudio transversal realizado en China por Chang Fu et al, que existía asociación entre las actividades sociales evaluadas y la función cognitiva entre los ancianos ⁽⁴⁾. En nuestro país encontramos que se han realizado escasos estudios que identifiquen la asociación entre los factores sociales y el deterioro cognitivo en los adultos mayores, a pesar que, según

datos obtenidos por el Instituto Nacional de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2012, se determinó que un 17% de esta población presentan algún grado de deterioro cognitivo ⁽⁷⁾; razón por la cual se realizó este estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio primario, observacional, analítico, transversal, retrospectivo basado en una base de datos de los pacientes adultos mayores de 60 años que recibieron atención ambulatoria en el centro geriátrico del Hospital de la Fuerza Aérea del Perú (HFAP) durante el periodo 2017-2020, previo al inicio de la pandemia por COVID-19. Esta es un área especializada donde se realizaba una valoración integral a un paciente geriátrico por parte de un equipo interdisciplinario para proceder a hacer una intervención específica. Al ser un área donde se contaba con un equipo capacitado en el manejo del adulto mayor en promedio se evaluaban 240 pacientes por año debidamente seleccionados.

Los datos fueron obtenidos de una base de datos previamente armada por un médico asistente perteneciente al Centro Geriátrico del Hospital de la Fuerza Aérea del Perú con fines académicos. Esta base de datos corresponde a las Historias clínicas de pacientes atendidos en consulta externa del Hospital de día geriátrico de la FAP. Se cuenta con autorización por parte del departamento de Gerontología y Geriatría del Hospital de la Fuerza aérea del Perú para el uso de la base de datos creada (NC-160-DSDG-NO 0002); y también con la aprobación del Comité de ética de la Universidad Científica del Sur (NO 245-CIE-Científica-2021) para la realización de la investigación.

Instrumentos

Se utilizaron como instrumentos las escalas de Gijón, para medir el riesgo sociofamiliar, y la Adaptación peruana del Test de Minimal por Custodio, C (2008) para clasificar el grado de deterioro cognitivo. La escala de Gijón consta de puntajes entre 5-15, siendo un puntaje mayor o igual a 10 considerado como la presencia de riesgo sociofamiliar con un coeficiente de correlación intraclase de 0.957. Además, con puntajes por encima de 10 inclusive cuenta con sensibilidad 83.78% y una especificidad 60.79%⁽⁸⁾. Además cabe recalcar es una escala bastante utilizada para evaluar los aspectos sociofamiliares en distintas investigaciones en nuestro medio ⁽⁹⁾;

en cuanto al Test de Minimental, se realizó una equivalencia en cuanto a la clasificación por años de estudio, debido a que en las historias clínicas no especificaron dicho dato, sino más bien el grado de instrucción, teniendo como puntos de corte para el diagnóstico de demencia 27 puntos para aquellos con educación superior, 23 puntos en pacientes con secundaria completa, 21 puntos cuando tengan secundaria incompleta o primaria completa y 18 puntos en aquellos con primaria incompleta o sin grado de instrucción. Otras variables que intervinieron en el estudio fueron sexo, edad en años, peso en kilogramos, nivel de higiene clasificado como buena, regular y mala por evaluación subjetiva de la enfermera, presencia de trastorno de deglución y trastorno de masticación evaluados por parte de la terapeuta de deglución, presencia de depresión medida con la escala de Yesavage, si presenta antecedentes de caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad, enfermedades como dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad de Parkinson. Cabe resaltar que solo se cuenta con los puntajes finales de cada escala utilizada debido a que es los datos fueron tomando de la valoración geriátrica integral realizadas a cada paciente como parte de su evaluación rutinaria en el servicio.

Análisis estadístico

Se realizó el cálculo de la potencia estadística con el programa OpenEpi, con una población total de 121 pacientes, de los cuales 28 se encontraban expuestos a riesgo sociofamiliar. De aquellos pacientes expuestos al riesgo, 14 sufrían de deterioro cognitivo, mientras que, de aquellos no expuestos, 54 no presentaban ningún grado de deterioro cognitivo, obteniéndose una potencia estadística de 95,01%. Se utilizó el programa STAT v.17.0 para realizar el análisis estadístico. Fueron reportadas frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, mientras que se usó la media y desviaciones estándar para las variables numéricas. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para evaluar la relación entre las variables categóricas, y la prueba de T de student para los grupos independientes; también se realizó la medición del grado de asociación entre el deterioro cognitivo y el riesgo sociofamiliar ajustado por comorbilidades confusoras mediante una regresión logística múltiple con un intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

Tabla 1. Características de los adultos mayores atendidos en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020 (n=121)†

Características	N (%)
Sexo	
Femenino	61 (50.4)
Masculino	60 (49.6)
Edad (años)*	84.6 ± 8.1
Peso (kilogramos)*	64.9 ± 12.3
Deterioro Cognitivo	
No	71 (58.7)
Si	50 (41.3)
Minimental test*	23.1 ± 6.1
Riesgo Sociofamiliar	
Buena condición social	93 (76.8)
Riesgo Social	28 (23.1)
Puntaje de la escala de Gijón*	9.2 ± 0.5
Nivel de Higiene	
Mala	2 (1.7)
Regular	24 (19.8)
Buena	95 (78.5)

* Media ± desviación estándar.

† En algunas variables los datos pueden no sumar el 100% debido a datos faltantes.

Se evaluó a 121 adultos mayores atendidos en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú, durante el periodo 2017-2020. La edad promedio (n= 84 años) y (n= 50.4%) de los participantes fueron de sexo femenino. De los participantes, (n=78.5%) tuvieron un buen nivel de higiene, (n=19.8%) niveles regulares, y (n=1.7%) reportó niveles malos de higiene. El riesgo sociofamiliar fue evaluado mediante el puntaje obtenido en la Escala de Gijón, en promedio los participantes (n= 9.2 puntos) en esta escala; asimismo (n=76.8%) tuvo como resultado buena condición social y (n=23.2%) riesgo social. El deterioro cognitivo fue evaluado mediante la aplicación del Minimental Test, cuyo promedio en los participantes de este estudio fue (n= 23 puntos). En función a los resultados de esta prueba, (n=41.3%) de los participantes tuvieron deterioro cognitivo y (n=58.7%) no presentaron esta condición (Tabla 1).

En lo correspondiente a las comorbilidades que tuvieron los pacientes, (n=24.8%) reportó algún problema o trastorno durante la deglución;

(n=8.3%) tuvo algún problema durante la masticación, (n=46.3%) reportó haberse caído al menos en una oportunidad antes de ser encuestados y (n= 36.4%) reportó algún grado de incontinencia urinaria. Adicionalmente, (n=42.9%) reportó no poder movilizarse de forma independiente, y el (n=30.6%) tuvo diagnóstico de trastorno depresivo. Finalmente, el (n=54.6%) reportó padecer de hipertensión arterial, el (n=36.4%) tuvo algún tipo de dislipidemia, (n=30.6%) reportó padecer de diabetes mellitus tipo 2 y (n=13.2%) tuvo como comorbilidad a la enfermedad de Parkinson (Tabla 2).

Tabla 2. Comorbilidades de los adultos mayores atendidos en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020 (n=121)†

Características	N (%)
Trastorno de Deglución	
No	91 (75.2)
Si	30 (24.8)
Trastorno de Masticación	
No	111 (91.7)
Si	10 (8.3)
Antecedente de Caídas	
No	65 (53.7)
Si	56 (46.3)
Incontinencia Urinaria	
No	77 (63.6)
Si	44 (36.4)
Inmovilidad	
No	69 (57.1)
Si	52 (42.9)
Dislipidemias	
No	77 (63.6)
Si	44 (36.4)
Hipertensión Arterial	
No	55 (45.5)
Si	66 (54.5)
Diabetes Mellitus tipo 2	
No	84 (69.4)
Si	37 (30.6)
Depresión	
No	84 (69.4)
Si	37 (30.6)
Parkinson	
No	105 (86.8)
Si	16 (13.2)

* Media ± desviación estándar.

† En algunas variables los datos pueden no sumar el 100% debido a datos faltantes.

En el análisis bivariado, no se evidenció que exista una diferencia significativa entre los promedios de edad (86.2 años y 83.4 años, p=0.063) y peso (66.4 y 66.1 kg, p=0.228) entre los adultos mayores con deterioro cognitivo y aquellos que no tenían esta condición, respectivamente. Por otro lado, el sexo (p=0.302), el nivel de higiene (p=0.446) y el riesgo sociofamiliar (p=0.851) no mostraron asociación estadísticamente significativa con la condición de tener deterioro cognitivo (Tabla 3). En lo correspondiente a las comorbilidades, el tener diabetes mellitus tipo 2 (p=0.022) y el padecer de enfermedad de Parkinson (p=0.012) fue estadísticamente significativo. Si bien se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los que padecían enfermedad de Parkinson la cantidad de pacientes incluidos en la asociación de esas variables es muy reducido para sacar conclusiones; mientras que el tener trastornos de deglución, trastornos de masticación, antecedente de caídas, condición de inmovilidad, algún grado de incontinencia urinaria, padecer de hipertensión arterial, de alguna dislipidemia o tener trastorno depresivo no mostraron estar asociados con el tener deterioro cognitivo (p>0.05) (Tabla 4).

Tabla 3. Características asociadas al deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020. Análisis bivariado (n=121)†

Características	Deterioro Cognitivo		p
	No (n=71) 58.7 (%)	Si (n=50) 41.3 (%)	
Sexo*			
Femenino	33 (54.1)	28 (45.93)	0.302
Masculino	38 (63.3)	22 (36.7)	
Edad (años)**	83.4 ± 1.1	86.2 ± 1.1	0.063
Peso (kilogramos)**	66.1 ± 1.5	66.4 ± 1.7	0.228
Riesgo Sociofamiliar*			
Buena condición social	55 (59.1)	38 (40.9)	0.851
Riesgo Social	16 (57.1)	12 (42.9)	
Nivel de Higiene*			
Mala	2 (100)	0	0.446
Regular	13 (54.2)	11 (45.8)	
Buena	56 (58.9)	39 (41.1)	

* Chi-cuadrado.

** Prueba T de student para grupos independientes

† Resultado estadísticamente significativo.

† En algunas variables los datos pueden no sumar el 100% debido a datos faltantes.

Tabla 4. Comorbilidades asociadas al deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020. Análisis bivariado (n=121)†

Características	Deterioro Cognitivo		p
	No (n=71) 58.7 (%)	Si (n=50) 41.3 (%)	
Trastorno de Deglución*			
No	56 (61.5)	35 (38.5)	0.266
Si	15 (50)	15 (50)	
Trastorno de Masticación*			
No	66 (59.4)	45 (40.6)	0.561
Si	5 (50)	5 (50)	
Antecedente de Caídas*			
No	43 (66.1)	22 (33.9)	0.072
Si	28 (50)	28 (50)	
Incontinencia Urinaria*			
No	49 (63.6)	28 (36.4)	0.143
Si	22 (50)	22 (50)	
Inmovilidad*			
No	42 (60.9)	27 (39.1)	0.573
Si	29 (55.8)	23 (44.2)	
Dislipidemias*			
No	48 (62.3)	29 (37.7)	0.279
Si	23 (52.3)	21 (47.7)	
Hipertensión Arterial*			
No	33 (60)	22 (40)	0.787
Si	38 (57.6)	28 (42.4)	
Diabetes Mellitus tipo 2*			
No	55 (65.5)	29 (34.5)	0.022 ¥
Si	16 (34.2)	21 (56.8)	
Depresión*			
No	49 (58.3)	35 (41.7)	0.908
Si	22 (59.5)	15 (40.5)	
Parkinson*			
No	57 (59.3)	48 (45.8)	0.012 ¥
Si	14 (87.5)	2 (12.5)	

* Chi-cuadrado.

** Prueba T de student para grupos independientes

¥ Resultado estadísticamente significativo.

† En algunas variables los datos pueden no sumar el 100% debido a datos faltantes.

Para evaluar la posible existencia de una asociación entre el riesgo sociofamiliar y la condición de tener deterioro cognitivo se ejecutó una regresión logística múltiple, ajustada por la condición de tener diabetes mellitus tipo 2 y el padecer de la enfermedad de Parkinson. No se realizó ajuste por edad y sexo, ya que pese a ser posibles factores confusores teóricos, en el análisis bivariado exploratorio no mostraron

estar asociados a la condición de tener deterioro cognitivo. Se obtuvo como resultado que el odds de presentar deterioro cognitivo fue 9% menor en aquellos que tuvieron riesgo social en comparación con aquellos que tuvieron buena condición social (IC 95%: 0.36 - 2.24, p=0.833), no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables, incluso luego de haber ajustado por los confusores ya mencionados (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación entre el deterioro cognitivo y el riesgo sociofamiliar en adultos mayores atendidos en el Centro Geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020. Modelo ajustado por comorbilidades confusoras

Características	Regresión múltiple*		p
	OR	IC 95%	
Riesgo Sociofamiliar			
Buena condición social	Ref.		0.833
Riesgo Social	0.91	0.36 - 2.24	
Parkinson			
No	Ref.		0.031
Si	0.18	0.04 - 0.86	
Diabetes Mellitus tipo 2			
No	Ref.		0.039
Si	2.37	1.05 - 5.38	

*Ajustado por Parkinson y Diabetes Mellitus tipo 2

OR: Odds ratio. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que no se encontró asociación entre el riesgo sociofamiliar y la presencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores evaluados, tanto en la evaluación bivariada como luego de ajustar por Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedad de Parkinson. Estos resultados podrían deberse al tamaño de muestra relativamente pequeño en especial en la población que padecía enfermedad de Parkinson y de carácter no probabilístico, asimismo a la poca representatividad de los adultos peruanos en general, debido a que los participantes pertenecen o pertenecían a la Fuerza Aérea del Perú o son familiares directos de algún miembro de esta división militar. Este supuesto es respaldado también ya que algunas variables que en otros estudios han mostrado estar asociadas con el deterioro cognitivo (p. ej. sexo, edad, depresión, etc.) en nuestra muestra evaluada no expresan relación estadística con el desenlace de interés. Además al tratarse de un estudio transversal, no

podemos determinar si los pacientes presentaron primero un deterioro cognitivo o si estuvieron expuestos al riesgo social, y como se menciona, al ser pacientes con un mayor número de recursos que la población general debido a ser pertenecientes a una división militar, cuentan con el seguro de la institución, pensión, acceso a servicios más especializados e individualizados, aquellos con algún grado de deterioro cognitivo cuentan con un acceso más rápido a la atención y en gran parte de los casos, con cuidados especiales en su hogar para la realización de sus actividades básicas.

Con el paso de los años, demográficamente se evidencia un crecimiento poblacional más acelerado en el grupo de mayor edad en comparación con los grupos de edad más jóvenes, conduciendo progresivamente a un envejecimiento poblacional⁽¹⁰⁾. Con el transcurso de la edad, se observa que progresivamente se afectan algunas funciones mentales superiores, como la capacidad de atención, inteligencia, memoria de trabajo y funciones ejecutivas⁽¹¹⁾. Algunos estudios demuestran que durante la vejez la capacidad de retener información en la memoria inmediata se encuentra conservada, mientras que la capacidad de retener a mediano o largo plazo múltiples datos y emplear estos datos para ejecutar tareas complejas se reduce progresivamente conforme al aumento en la edad^(10,11).

En nuestra investigación el 41% de los adultos mayores evaluados tuvieron deterioro cognitivo, no se encontró una mayor prevalencia respecto al sexo de los participantes y la condición social no mostró estar asociada al deterioro cognitivo. En contraste, un estudio en Antioquía que evaluó a 4248 adultos mayores reportó que el 83% de los participantes presentó algún grado de deterioro cognitivo, asimismo se encontró una mayor prevalencia en las mujeres y a mayor edad de los participantes. Entre algunos factores sociales asociados al deterioro cognitivo se reportó el tener escasos recursos, la no participación en grupos comunitarios y percibir tener una mala calidad de vida. Otros factores relacionados con el deterioro cognitivo fueron no tener pareja, no tener escolaridad, tener dependencia funcional para realizar sus actividades⁽¹¹⁾.

Asimismo, un estudio transversal que evaluó a 422 adultos mayores de la ciudad de Querétaro que acudieron a las unidades de medicina familiar del seguro social de México (IMSS) reportó que los factores asociados al deterioro cognitivo fueron el

sexo femenino, el tener un nivel socioeconómico regular, el padecer diabetes mellitus, y el ser usuario de polifarmacia⁽¹²⁾. Como hemos mencionado previamente, la muestra de nuestro estudio obedece a una población de adultos mayor con factores sociales diferentes de la población general, por pertenecer a una división militar peruana, este puede ser el principal motivo de las diferencias en la prevalencia de deterioro cognitivo con nuestro estudio, así como en los factores relacionados a este desenlace.

Pese a que en nuestro estudio no se reporta asociación entre la depresión y otras comorbilidades con el deterioro cognitivo, los trastornos depresivos y las enfermedades crónicas no transmisibles son factores de riesgo para el deterioro cognitivo en diferentes revisiones⁽¹³⁻¹⁶⁾. La diabetes mellitus ha mostrado estar asociada al desarrollo progresivo de deterioro cognitivo en adultos mayores, algunos estudios reportan que los pacientes con diabetes tienen hasta el doble de prevalencia de deterioro cognitivo en comparación con adultos mayores no diabéticos. Se postula que los mecanismos que median esta relación son alteraciones microvasculares^(17,18). Por otro lado, los factores de riesgo vasculares y las comorbilidades vasculares han mostrado estar relacionadas también con el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia, pese a ello nuestro estudio no incluyó la evaluación de estos factores, aunque sí se evaluó la presencia de hipertensión arterial, un factor de riesgo clave en la presencia de trastornos neurovasculares. Se han descrito que al menos el 30% de los pacientes que sufren algún evento neurovascular desarrollan demencia o algún grado de deterioro cognitivo, por otro lado, también se ha descrito estados de disfunción cognitiva previos a un ictus. La evidencia muestra que los factores microvasculares son claves en el desarrollo de alteraciones cognitivas durante la vejez^(18,19).

Diferentes investigaciones han mostrado relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo durante el envejecimiento, mostrando que tanto la calidad como la duración de la escolarización tienen influencia en el desempeño cognitivo global. Por otro lado, la calidad y los años de escolarización que una persona tiene se correlacionan directamente con el tipo de actividad laboral que esta desempeña, esta última también es considerada un predictor de deterioro cognitivo en la etapa de vida adulto mayor⁽²⁰⁾. Las actividades recreativas y de ocio también se han visto relacionadas con la incidencia de deterioro cognitivo y demencia en adultos

mayores. La actividad cognitiva (leer, pintar, hacer crucigramas), la actividad física (practicar deportes) y las actividades sociales (participación en clubes, iglesias, etc.) practicadas de forma regular pueden reducir la incidencia de deterioro cognitivo o reducir su aparición⁽²⁰⁻²⁴⁾. Estos factores son considerados sociofamiliares, sin embargo, en nuestro estudio algunos de ellos fueron evaluados como parte de la escala de Gijón. Es pertinente para futuros estudios su evaluación individual y disgregada que permita discriminar posibles asociaciones independientes entre ellos y el deterioro cognitivo.

Luego de la realización del presente estudio no se evidenció asociación entre el riesgo sociofamiliar y el deterioro cognitivo en la población de adultos mayores que se atendieron en el Hospital de día geriátrico de la Fuerza Aérea del Perú en el periodo 2017-2020; tampoco se encontró asociación entre el deterioro cognitivo con el resto de variables evaluadas. Por el contrario, sólo la diabetes mellitus tipo 2 mostró asociación con el padecer de deterioro cognitivo, pero de manera independiente al riesgo sociofamiliar. Al encontrarnos en una época donde la población adulta mayor se encuentra en franco aumento, se deben continuar realizando más estudios, con grupos de población más grandes y de diferentes grupos sociales para la evaluación de posibles factores de riesgo de las diversas patologías que afectan a los adultos mayores, promoviendo una mejor calidad de vida para dicho grupo etario. No obstante, al ser un estudio retrospectivo existen variables que no se pudieron tener en cuenta por la característica del estudio incluyéndose la información que se tenía disponible en las historias clínicas por lo tanto es una limitación importante a mencionar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: Key findings and advance tables [Internet]. United Nations; 2015 [Cited 2022 Oct 23] (ST/ESA/SER.A/390). Available from: https://population.un.org/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares-Situación de la población adulta [internet]. INEI; 2023 [Citado el 2 de Octubre del 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-adulto-mayor-ii-trimestre-2023.pdf>
3. Romero-Cabrera A, Amores-Hernández L, Cardona-Alfonso Y. Evaluación geriátrica hospitalaria: una herramienta necesaria. Medisur [Internet]. 2018 [citado el 2 de Enero del 2023]; 16(5):22. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4009>
4. Fu C, Li Z, Mao Z. Association between Social Activities and Cognitive Function among the Elderly in China: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(2):231. doi: 10.3390/ijerph15020231.
5. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English longitudinal study of ageing. Psychosom Med. 2013;75(2):161-70. doi: 10.1097/psy.0b013e31827f09cd.
6. Gonzáles L, Marín A. Deterioro Cognitivo en adultos mayores Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud (RHCS) [Internet]. 2016;2(4):288-93. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/213>
7. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
8. Cabrera-González A; Menéndez-Caicoya A, Fernández-Sánchez V, Acebal García J, García-González E, Díaz Palacios, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria [Internet]. 2023 [citado el 23 de abril del 2022];23(7):434-40. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528058>
9. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz-Saavedra P, Gálvez-Cano M, Casas-Vasquez P, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima-Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2015;32(04):709-16. doi: 10.17843/rpmesp.2015.324.1762.
10. Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev Mex Anestesiología [Internet]. 2017 [Citado el 23 de febrero del 2022];40(2):107-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
11. Cardona AS, Duque MG, Arango DC, Cardona AS. Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2016; 33 (3): 613-28. doi: 10.20947/S0102-30982016c0008.
12. De León-Arcila R. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2009 [Citado el 3 de enero del 2022]; 47(3):277-284. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745514008.pdf>
13. King MV, Cáceres JAG, Abdulkadir MS. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev Cuba Med Gen Integral [Integral]. 2017 [Citado el 22 de Febrero del

- 2022];33(4):1-15. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/296>
14. Rojas-Zepeda C, López-Espinoza M, Cabezas-Araneda B, Castillo-Fuentes J, Márquez-Prado M, Toro-Pedrerros S, et al. Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuad Neuropsicol Panam J Neuropsychol [Internet]*. 2021 [citado el 23 de marzo del 2022];15(2):43-56. Available from: <https://cnps.cl/index.php/cnps/article/viewFile/464/535>
 15. López ÁG, Calero MD. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Rev Esp Geriatria Gerontol. Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(4):220-224. doi: 10.1016/j.regg.2009.03.006
 16. Zacková L, Jáni M, Brázdil M, Nikolova YS, Marečková K. Cognitive impairment and depression: Meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *NeuroImage Clin*. 2021;32(102830):102830. doi: 10.1016/j.nicl.2021.102830.
 17. Lyu F, Wu D, Wei C, Wu A. Vascular cognitive impairment and dementia in type 2 diabetes mellitus: An overview. *Life Sci*. 2020;254:117771. doi: 10.1016/j.lfs.2020.117771.
 18. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. *JAMA*. 2014;312(23):2551. doi: 10.1001/jama.2014.13806.
 19. Kalaria RN, Akinyemi R, Ihara M. Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*. 2016;1862(5):915-25. doi: 10.1016/j.bbadis.2016.01.015.
 20. Tariq S, Barber PA. Dementia risk and prevention by targeting modifiable vascular risk factors. *J Neurochem*. 2018;144(5):565-81. doi: 10.1111/jnc.14132.
 21. Cancino M, Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Ter Psicol*. 2016;34(3):183-9. doi: 10.4067/s0718-48082016000300002.
 22. Karssemeijer EGA, Aaronson JA, Bossers WJ, Smits T, Olde Rikkert MGM, Kessels RPC. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2017;40:75-83. doi: 10.1016/j.arr.2017.09.003.
 23. Demurtas J, Schoene D, Torbahn G, Marengoni A, Grande G, Zou L, et al. Physical activity and exercise in mild cognitive impairment and dementia: An umbrella review of intervention and observational studies. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(10):1415-1422.e6. doi: 10.1016/j.jamda.2020.08.031.
 24. Dominguez LJ, 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*. 2021;13(11):4080. doi: 10.3390/nu1311408.