



## **Factores asociados al deterioro cognitivo en consulta externa de Medicina Interna**

Factors associated with cognitive impairment in the Internal Medicine outpatient department

Geisy María Rosales Martínez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0005-7254-3850>

Carmen Rosa Perera Lombillo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0004-7122-0489>

Antonio Belaunde Clausell<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5602-0188>

Guido Emilio Lluís Ramos<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4938-241X>

Doniel Valdés Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0006-3314-2920>

Elisbeth Pérez Montes de Oca<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4224-6039>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", "Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Finlay- Albarrán". La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [hfinlay32@infomed.sld.cu](mailto:hfinlay32@infomed.sld.cu)

### **Cómo citar este artículo**

Rosales Martínez G, Perera Lombillo C, Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Valdés Rodríguez D, Pérez Montes de Oca E. Factores asociados al deterioro cognitivo en consulta externa de Medicina Interna. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2023;11(2):234-45. Acceso: 00/mes/2023. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1113>

## RESUMEN

**Introducción:** El deterioro cognitivo persiste en la actualidad, como un concepto que refleja una disminución del rendimiento de las capacidades mentales.

**Objetivo:** Identificar, dentro de un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y funcionales, cuáles tienen mayor asociación con el deterioro cognitivo.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, desarrollado en la Consulta Externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", en el periodo de enero de 2022 a enero de 2023. La muestra quedó conformada por 64 sujetos. Se realizó un análisis univariado mediante la prueba de independencia X<sup>2</sup>. Se calculó el OR.

**Resultados:** La edad promedio de la muestra fue de 74,84 años. Predominaron los pacientes con edades comprendidas entre 70-79 años (46,9 %; IC: 34,4-59,4). La prevalencia de pacientes con deterioro cognitivo leve fue del 42,3 % (IC: 3,1-54,7). Se constató relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo y las siguientes variables: grupo etario (OR= 1,467; p= 0,000), nivel educacional bajo (OR= 3,673; p= 0,001), alteración de las pruebas de desempeño físico (OR= 2,981; p= 0,001), p= 0,003), ictus (OR=1,279; p=0,038) y necesidad de cuidador(a) (OR= 1,764; p= 0,000).

**Conclusiones:** En la población estudiada, el deterioro cognitivo constituye un problema de salud. La edad, un nivel educacional bajo, alteración de las pruebas de flexibilidad y movilidad, el ictus y la necesidad de cuidador, constituyen factores de riesgo para el deterioro cognitivo.

**Palabras clave:** Anciano; demencia; disfuncion cognitiva; factores de riesgo.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Cognitive impairment currently persists as a concept that reflects a decrease in the performance of mental abilities.

**Objective:** To identify, in a set of biological, psychological, social and functional factors, the ones that are strongly associated with cognitive impairment.

**Methods:** An observational, cross-sectional study was carried out in the outpatient clinic of the internal medicine service of the Central Military Hospital "Dr. Carlos J. Finlay", from January 2022 to January 2023. The sample consisted of 64 subjects. Univariate analysis was performed using the X<sup>2</sup>-test of independence. The OR was calculated.

**Results:** The average age of the sample was 74.84 years. Patients aged 70-79 years predominated (46.9 %; CI: 34.4-59.4). The prevalence of patients with mild cognitive impairment was 42.3 % (CI: 3.1-54.7). A statistically significant relationship was found between cognitive impairment and the following variables: age group (OR=1.467; p=0.000), low educational level (OR=3.673; p=0.001), alteration of physical performance tests (OR=2.981; p=0.001), p=0.003), stroke (OR=1.279; p=0.038), and need of caregiver (OR=1.764; p=0.000).

**Conclusions:** Cognitive impairment constitutes a health problem in the population studied. Age, low educational level, alteration of flexibility and mobility tests, stroke and the need for a caregiver were risk factors for cognitive impairment.



**Keywords:** elderly; dementia; cognitive dysfunction; risk factors.

---

## INTRODUCCIÓN

Según las proyecciones demográficas de hoy día, se estima que la proporción de personas mayores de 65 años se duplicará en el año 2050. En la actualidad, 761 millones de personas en todo el mundo tienen 65 años o más, cifra que aumentará a 1 600 millones en 2050.<sup>(1)</sup> Esta tendencia al crecimiento constituirá uno de los retos más formidables a enfrentarse en un futuro cercano, por parte de las sociedades occidentales.<sup>(2,3)</sup>

Es bien conocido el impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población, aún más si se añade la morbilidad que este fenómeno conlleva. Cuba, junto con Argentina, Uruguay y Chile ocupa los primeros lugares en el porcentaje de envejecimiento del continente americano, al encontrarse en la categoría de "vejez demográfica".<sup>(4)</sup> En el año 2019, en Cuba se constató que el 20,8 % de la población se podía considerar como anciana.<sup>(5)</sup>

Los problemas de memoria afectan alrededor del 30 % de las personas mayores de 65 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población. Los trastornos de la atención, del lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos), así como la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de la memoria. La depresión puede simular una demencia.<sup>(6)</sup>

En la actualidad, el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de -al menos- una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.<sup>(7)</sup>

Presupone un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. El declive intelectual asociado a la edad suele presentarse como un trastorno leve -en apariencia- de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia.<sup>(8)</sup>

Como objetivo de esta investigación se plantea: identificar, dentro de un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y funcionales, cuáles tienen mayor asociación con el deterioro cognitivo.



## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, desarrollado en la consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", en el periodo de enero de 2022 a enero de 2023. La muestra quedó conformada por 64 sujetos. Se realizó un muestreo por conveniencia.

Como criterios de inclusión se adoptó la edad de 60 años o más, voluntariedad para participar y acudir a Consulta de Medicina Interna en el periodo de estudio. Como criterios de exclusión, se consideró la negativa a participar en el estudio y a las personas adultas mayores con Síndrome Confusional.

Se analizaron las variables: grupo etario (60 - 69 años, 70 - 79 años, 80 - 89 años y  $\geq$  90 años), sexo (femenino y masculino), color de piel (blanco, mestizo y negro), nivel educacional (sin escolaridad, primaria, secundaria, pre universitaria y universitaria), estado civil (casado, divorciado, viudo, soltero, unión consensual), desempeño físico (sin limitaciones, limitaciones leves, limitaciones moderadas y grandes limitaciones), presencia de enfermedades crónicas no transmitibles (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, ictus, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica, artrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Parkinson, obesidad), deterioro cognitivo (sin deterioro cognitivo, posible deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo severo) y necesidad de cuidador (sí o no).

Se utilizó la prueba Corta de Desempeño Físico (SPPB) para medir movilidad.<sup>(9)</sup> Se evaluó deterioro cognitivo mediante la Miniprueba del Estado Mental de Folstein.<sup>(10)</sup>

Dentro del análisis estadístico, se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas, como medidas de resúmenes. Para cada variable registrada, fue verificado que no existieran valores extremos, inconsistentes o perdidos. Para identificar la aparición de deterioro cognitivo -dentro de un grupo de factores de riesgo biológico, psicológico, social y funcional-, de inicio se realizó un análisis univariado, mediante la prueba de independencia X<sup>2</sup>. Se calculó el OR para el análisis multivariado, con el uso de la regresión logística múltiple con respuesta dicotómica (deterioro cognitivo o no deterioro cognitivo). Los análisis se realizaron con el uso de la versión 23 de IBM *SPSS Statistics*.

Se respetó el principio a la confidencialidad de la información. Fue aprobada la investigación por el Consejo Científico y el Comité de Ética de las investigaciones.

## RESULTADOS

La edad promedio de la muestra fue de 74,84 años. Predominaron los pacientes con edades comprendidas entre 70-79 años (46,9 %; IC: 34,4 - 59,4). Predominó el sexo femenino 56,3 % (IC: 43,8-68,8) (Tabla 1). En la muestra estudiada predominaron los pacientes con color de piel blanco (40,6 %; IC: 28,2 - 53,1), la prevalencia de pacientes de tez mestiza y negra fue igual (29,7 %; IC: 18,8 - 42,2).



**Tabla 1.** Distribución de la población según grupo etario y sexo

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
<b>Grupo Etario</b>				
60 - 69	15	23,4	12,5	39,4
70 - 79	30	46,9	34,4	59,4
80 - 89	17	26,6	15,7	37,5
≥ 90	2	3,1	0,1	7,8
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>		
<b>Sexo</b>				
Masculino	28	43,8	31,3	56,3
Femenino	36	56,3	43,8	68,8
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>		

Predominaron los pacientes con niveles medios de educación. El grupo más representativo fue el que alcanzó el nivel de secundaria (35,9 %; IC: 23,3-48,4). No se constató la presencia de iletrados en la muestra estudiada. Los pacientes viudos fueron los más frecuentes (32,8 %; IC: 21,9-45,3).

Respecto a las pruebas de movilidad -medida mediante la Batería Corta de Desempeño Físico-, predominaron los pacientes con limitaciones leves (51,5 %; IC:48,4-54,3), seguidos por los pacientes con limitaciones moderadas (25 %; IC: 22,5-27,6) (Tabla 2)

**Tabla 2.** Distribución de la población según Batería Corta de Desempeño Físico

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
Sin Limitaciones	11	17,1	12,8	19,5
Limitación Leve	33	51,5	48,4	54,3
Limitación Moderada	16	25	22,5	27,6
Grandes Limitaciones	4	6,25	4,7	7,9
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>		

En la muestra estudiada, predominaron los pacientes portadores de hipertensión arterial (HTA) (51,6 %; IC: 39,1-62,5), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (32,8 %; IC: 21,9-45,3) y cardiopatía isquémica (CI) (25 %; IC: 15,6-35,9) (Tabla 3)

**Tabla 3.** Distribución según la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
HTA	33	51,6	39,1	62,5
CI	16	25	15,6	35,9
Ictus	5	7,8	1,6	14,1
Artrosis	10	15,6	7,8	25
DM2	21	32,8	21,9	45,3
EPOC*	9	14,1	6,3	23,4
ERC**	5	7,8	1,6	14,1
Parkinson	2	3,1	0,1	7,8
Obesidad	4	6,3	1,6	12,5

\*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

\*\*ERC: enfermedad renal crónica.

El 59,4 % (IC: 46,9 - 71,8) de los pacientes no necesitaban de cuidador(a). Se constató la prevalencia de aquellos pacientes con deterioro cognitivo leve (42,3 %; IC: 3,1 - 54,7), seguidos de los pacientes sin deterioro cognitivo (37,5 %; IC: 26,6 - 48,4). No se constató la presencia de pacientes con deterioro cognitivo severo (Tabla 4)

**Tabla 4.** Distribución de la población según deterioro cognitivo

Condición	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza al 95 %	
			Límite Inferior	Límite Superior
Sin deterioro cognitivo	24	37,5	26,6	48,4
Posible deterioro cognitivo	11	12,7	7,8	26,6
Deterioro cognitivo leve	27	42,2	3,1	54,7
Deterioro cognitivo moderado	2	3,1	0,1	7,8
Deterioro cognitivo severo	0	0	0	0
Total	64	100		

Se constató relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo y las siguientes variables: grupo etario (OR= 1,467; p= 0,000), nivel educacional bajo (OR= 3,673; p= 0,001), alteración de la prueba de desempeño físico (OR=2,981; p=0,001), ictus (OR= 1,279; p= 0,038) y necesidad de cuidador(a) (OR=1,764; p=0,000) (Tabla 5)

**Tabla 5.** Análisis univariado entre deterioro cognitivo y el resto de variables

Variables	OR	IC 95 %		Probabilidad (p)
		LI	LS	
Grupo etario	1,467	1,342	2,768	0,000
Sexo	0,235	0,145	0,456	0,278
Color de piel	0,196	0,089	0,342	0,875
Nivel educacional bajo	3,673	2,798	4,123	0,001
Estado civil	0,867	0,765	0,923	0,463
Alteración de la prueba de desempeño físico	2,981	2,567	3,539	0,001
Hipertensión arterial	0,564	0,457	0,678	0,525
Cardiopatía isquémica	0,764	0,598	0,858	0,419
Ictus	1,297	1,175	1,785	0,038
Artrosis	0,452	0,367	0,567	0,345
Diabetes mellitus tipo 2	0,764	0,598	0,895	0,593
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0,562	0,453	0,672	0,497
Enfermedad renal crónica	0,741	0,671	0,873	0,067
Enfermedad de Parkinson	0,670	0,561	0,781	0,419
Obesidad	0,874	0,743	0,912	0,429
Necesidad de cuidador	1,764	1,231	2,163	0,000

## DISCUSIÓN

En el envejecimiento ocurre una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que originan el paso del tiempo sobre los seres vivos, donde hay una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo ante los cambios. Este es un proceso dinámico que se inicia en el nacimiento, se desarrolla a lo largo de nuestras vidas, y no es sinónimo de enfermedad.<sup>(11)</sup>

El deterioro cognitivo es un factor significativo de riesgo en personas ancianas. El deterioro cognitivo hace que se produzca un declinar de las actividades básicas de la vida diaria. El anciano con esta



condición, tiene una mayor prevalencia de caídas, incontinencia urinaria, hospitalización, reingreso, fragilidad, discapacidad y muerte.<sup>(12)</sup>

*Fonte Sevillano*,<sup>(13)</sup> en su investigación encontró que en las personas mayores de 80 años, un 74,5 % prevaleció con deterioro cognitivo, y halló una significativa influencia en el género femenino. En dicha investigación, se constató que la edad constituye uno de los factores asociados al deterioro cognitivo.

En cuanto a los resultados del nivel de escolaridad, su efecto deletéreo pudiera explicarse porque el nivel bajo de escolaridad se asocia -con frecuencia- al nivel socioeconómico bajo e insuficiencias en cuanto a la nutrición, vivienda y atención a la salud.<sup>(2)</sup>

*Libre Rodriguez*,<sup>(14)</sup> en estudio realizado en los municipios de La Habana, tales como Marianao, la Lisa, Playa, Plaza de la Revolución y 10 de Octubre, además de Bauta, mostró una prevalencia del síndrome demencial, entre 8,2 y 11,2 %. Los estudios epidemiológicos realizados en áreas de salud, deben mostrar valores inferiores a los registrados en estudios de población ambulatoria y población hospitalaria. Los ancianos agudamente enfermos se caracterizan por ser un grupo heterogéneo y vulnerable, debido a múltiples compromisos en las esferas biopsicosociales, tales como la edad avanzada, disminución de la reserva funcional, múltiples enfermedades crónicas, polifarmacia, alteraciones cognoscitivas, compromiso funcional y baja red de apoyo social y familiar. Estas características están asociadas con mayor riesgo para desarrollar declinación funcional, como producto de la carga acumulada de envejecimiento, fragilidad y enfermedad.<sup>(15)</sup>

*Ramírez-Moreno y otros*,<sup>(16)</sup> en su investigación desarrollada en ancianos españoles con ictus menor o ataque transitorio de isquemia, develaron que más de la mitad de la muestra de estudio presentaba deterioro cognitivo. Otros estudios muestran resultados similares.<sup>(17,18)</sup>

La discapacidad, medida a través de los test de flexibilidad y movilidad, es un problema frecuente en las personas mayores. El número de ancianos que necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, se duplica con cada década hasta la edad de 84 años, y se triplica entre los 85 y 95 años.<sup>(15,19)</sup>

Una consecuencia de la discapacidad en sus estadios finales está representada por la úlcera por presión. En la investigación *Belaunde y otros*,<sup>(20)</sup> se constató que el 51,6 % (IC: 39,3-68,5) de los pacientes con úlceras por presión, tenía demencia, el 32,3 % (IC: 19,5-48,8) deterioro cognitivo mínimo y el 16,1 % (IC: 9,8-34,1) no tenía ningún tipo de deterioro cognitivo.

Los pacientes con deterioro cognitivo tienen una mayor probabilidad para desarrollar el Síndrome de Fragilidad que el resto de la población anciana, y por tanto, debería tenerse en cuenta a la hora del seguimiento de la población geriátrica.<sup>(2,12)</sup>

Por ello, en los últimos tiempos se ha planteado la relación bidireccional entre la fragilidad y la disfunción cognitiva, y ha surgido el término fragilidad cognitiva. Se han propuesto diferentes criterios según la patogénesis, incluyendo desde medidas físicas, clínicas y de ejecución, hasta acúmulo de déficits en los que pueden estar presentes los dominios cognitivos. Existe un gran debate sobre la definición precisa y no existe un consenso específico respecto a los criterios diagnósticos. Sin embargo, en 2013, el Grupo





de Consenso Internacional en Toulouse, Francia, estableció la primera definición operacional, al considerarla un síndrome geriátrico reversible y heterogéneo, caracterizado por la coexistencia de fragilidad física y deterioro cognitivo, en ausencia de Enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia.<sup>(21)</sup>

Por todo lo anterior, se concluye que en la población estudiada el deterioro cognitivo constituye un problema de salud. La edad, un nivel educacional bajo, alteración de las pruebas de flexibilidad y movilidad, el ictus y la necesidad de cuidador(a), constituyen factores de riesgo para el deterioro cognitivo.

## REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Una población que envejece exige más pensiones y más salud [Sede Web]. Nueva York; ONU; 12 ene 2023. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
2. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Bestard Pavón LA. Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2019;48(4):[aprox. 12 p.]. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/361>
3. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE. Valoración geriátrica desde la atención hospitalaria. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2020;49(2):434-7. Acceso: 20/08/2020. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/513/444>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Santiago: CEPAL; 2022. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico de salud 2019. La Habana: ONEI; 2020. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: [https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario\\_2019\\_edici%C3%B3n\\_2020.pdf](https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario_2019_edici%C3%B3n_2020.pdf)
6. Ansele M. El misterio de la demencia menguante. La proporción de personas mayores afectadas cae hasta un 30 % en 15 años. [Sede Web]. Madrid; El País.com; 7 nov 2022. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://elpais.com/ciencia/2022-11-07/el-misterio-de-la-demencia-menguante-la-proporcion-de-personas-mayores-afectadas-cae-hasta-un-30-en-15-anos.html>
7. González Martínez P, Oltra Cucarella J, Sitges Maciá E, Bonete López B. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y demencia. Rev Neurol [Internet]. 2021;72:288-95. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://www.svnps.org/wp-content/uploads/2021/06/bz080288.pdf>



8. Martínez Sanguinetti MA, Leiva AM, Paternman Rocha F, Troncoso Pantoja C, Villagrán M, Lanuza Rilling F, et al. Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2019;147(8):1013-23. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000801013](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000801013)
9. Ribeiro Silva CF, Goncalves Ohara D, Peña Matos A, Pereira Nunes Pinto AC, Sousa Pegorari M. Bateria corta de rendimiento físico y predictor de mortalidad en adultos mayores: Una revisión integral de la literatura. Res Salud Pública [Internet]. 2021;18(20):10612. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://ideas.repec.org/a/gam/ijjerp/v18y2021i20p10612-d653155.html>
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat [Internet]. 1975;12:189-98. Access: 25/03/2023. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1976-20785-001>
11. Hernández Esterlin Y, Contreras Torres CM, Piedra Ruiz G. Prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años, en un consultorio médico de la región Altahabana (Cuba), perteneciente al municipio Boyeros. Año 2020. Horiz Enferm [Internet]. 2021;32(2):118-28. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/39121>
12. Belaunde-Clausell A, Lluís-Ramos G, Valladares-Reyes D, Marcheco-Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2022;10(1):[aprox. 12 p.]. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/837>
13. Fonte Sevillano T, Santos Hedman DJ. Deterioro Cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Rev Cubana Med [Internet]. 2020;59(1):[aprox. 10 p.]. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1314/1576>
14. Llibre Rodríguez, JJ. Usted puede prevenir la enfermedad de Alzheimer. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2009. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1306/1543>
15. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE, Miró Jimenez Y. Prevalencia de discapacidad en adultos mayores hospitalizados. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2019;7(3):339-48. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/394/359>
16. Ramírez-Moreno JM, Bartolomé Alberca S, Muñoz Vega P, Guerrero Barona EJ. Detección del deterioro cognitivo con la Evaluación Cognitiva de Montreal en pacientes españoles con ictus minor o ataque isquémico transitorio. Neurología [Internet]. 2022;37:38-44. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485319300027>



17. Shi D, Chen X, Li Z. Diagnostic test accuracy of the Montreal Cognitive Assessment in the detection of post-stroke cognitive impairment under different stages and cutoffs: A systematic review and meta-analysis. *Neurol Sci* [Internet]. 2018;39:705-16. Access: 5/5/2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29427168/>
18. Ocaña Montoya CM, Montoya Pedrón A, Bolaño Díaz GA. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. *MEDISAN* [Internet]. 2019;23(5):875. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2719>
19. Arroyo Amayuela E. El deterioro cognitivo en la vejez. Entre la vulnerabilidad y la discapacidad. *Rev Bio y Der* [Internet]. 2019;45:127-47. Acceso: 5/5/2023. Disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000100010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000100010)
20. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos G, Consuegra Ivars G. Pressure ulcer in frail hospitalized elderly people. *Arch Univ "Gen Calixto García"* [Internet]. 2021;9(3):442-52. Access: 5/5/2023. Available from: <http://www.revcaxlito.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/794>
21. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Abellan van Kan G, Ousset P-J, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: rationale and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G) International consensus group. *J Nutr Heal Aging* [Internet]. 2013;17(9):726-34. Access: 5/5/2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24154642/>

### Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

### Contribuciones de los autores

Geisy María Rosales Martínez: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, redacción-borrador original, administración del proyecto, supervisión, redacción-revisión y edición.

Carmen Rosa Perera Lombillo: Investigación, metodología, curación de datos, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Antonio Belaunde Clausell: Conceptualización, investigación, metodología, análisis formal, validación, redacción-revisión y edición.

Guido Emilio Lluís Ramos: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, supervisión, redacción-revisión y edición.



Doniel Valdés Rodríguez: Curación de datos, análisis formal, visualización, redacción-revisión y edición.

Elisbeth Pérez Montes de Oca: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Recibido: 06/05/2023.

Aprobado: 28/06/2023.

