

Deterioro cognitivo en ancianos de centros residenciales. Causas y variables sociodemográficas

Cognitive impairment of nursing homes. Causes and sociodemographic variables

María Elena Mosquera Losada^{1,*}

Ramón González Cabanach²

Antonia Gómez-Conesa³

1. Enfermera especialista en Geriatría. Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia (EIDUM). Universidad de Murcia. Murcia, España.
2. Grupo de Investigación Intervención Psicosocial y Rehabilitación Funcional. Facultad de Fisioterapia. Universidade da Coruña. A Coruña, España.
3. Grupo de Investigación Métodos de Investigación y Evaluación en Ciencias Sociales. Campus Mare Nostrum de Excelencia Internacional. Universidad de Murcia. Murcia, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: melena.mosquera@um.es (María Elena Mosquera Losada).

Recibido el 9 de septiembre de 2022; aceptado el 30 de septiembre de 2022.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia del deterioro cognitivo y la patología con la que se vincula en una muestra de personas mayores que viven en residencias, e identificar la relación del deterioro cognitivo y el diagnóstico asociado con las variables sociodemográficas sexo, edad y nivel de estudios. **Metodología:** Estudio de naturaleza cuantitativa, observacional, descriptiva, correlacional y de corte transversal, con participación de 8 centros residenciales de atención sociosanitaria en la provincia de Pontevedra. La población de estudio son usuarios de nuevo ingreso (año 2017) que cumplían los siguientes requisitos: tener 60 años o más, tener una valoración cognitiva realizada al ingreso y que la presencia de deterioro cognitivo fuera permanente.

Resultados: De 390 usuarios, 312 presentaban deterioro cognitivo (80%). La prevalencia del deterioro cognitivo en las mujeres fue del 86,2%, y en los que no poseen estudios o con estudios primarios, del 87%. Se estima que el deterioro cognitivo se deriva de los trastornos neurocognitivos en el 77,1% de los casos. La depresión está presente en el 27,5% de los usuarios con deterioro cognitivo. **Conclusiones:** El deterioro cognitivo estuvo presente en 8 de cada 10 ancianos, el trastorno neurocognitivo es el problema más frecuente del que deriva el deterioro cognitivo, seguido por la depresión. Ser mujer, tener más edad y un nivel de estudios bajo se relacionan con una mayor casuística de deterioro cognitivo.

PALABRAS CLAVE: Ancianos, deterioro cognitivo, residencia de ancianos, trastorno neurocognitivo.

ABSTRACT

Objective: To know the prevalence of cognitive dysfunction (CD) and the pathology with which it is linked, in a sample of elderly people who live in residences, and to identify the relationship between the CD and the diagnosis associated with sociodemographic variables of sex, age and academic level. **Methodology:** Study quantitative, observational, descriptive, correlational and cross-sectional. Eight residential centers for socio-health care in the province of Pontevedra, Spain, participated. The study population was the newly elderly people registered (year 2017) who met the following requirements: being 60 years old or older, having a cognitive assessment performed on admission and a permanent CD diagnosis. **Results:** Out of 390 users, 312 presented CD (80%). The prevalence of CD in women was 86.2%, while in those with no or primary education it was 87%. It was estimated that CD derives from neurocognitive disorders (TNC) in 77.1% of cases. Depression was present in 27.5% of elderly people with CD. **Conclusions:** CD was present in 8 out of 10 elderly people, TNC is the most frequent illness associated CD, followed by depression. Being a woman and older as well as having a low level of education are related to a greater casuistry of CD.

KEYWORDS: Aged, cognitive dysfunction, homes for the aged, neurocognitive disorders.

■ INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo (DC), en general, y la demencia o trastorno neurocognitivo mayor (TNC-M), en particular, son problemas de salud muy frecuentes en la vejez¹. Además, dado que el envejecimiento poblacional es una realidad que se intensificará en el futuro, se espera que la importancia de estos trastornos seguirá aumentando en los próximos años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente en el mundo hay diagnosticadas cerca de 50 millones de personas con TNC-M, con previsiones de que se incrementen a 150 millones de afectados (el triple

que en la actualidad) para 2050². En el caso concreto de España, y a partir de datos del Instituto Nacional de estadística (INE), se estima que en 2004 había 431.000 personas con TNC-M y se espera que se alcance el millón de casos en 2050^{3,4}.

El DC es un trastorno que ocasiona un gran impacto a nivel individual, familiar y social. En 2014, el gasto medio anual de la atención a una persona con DC en España era de 30.000 euros⁵, recayendo una gran parte en los enfermos y en sus familiares^{5,6}. En Estados Unidos, los gastos directos en el cuidado de los pacientes con demencia en el año 2010 fueron similares a los de las enfermedades coronarias y superiores

Tabla 1. Prevalencia de deterioro cognitivo total y por grupos sociodemográficos (n = 390)

		DC sí		DC no		Total		Chi ² valor p
		n	%	n	%	n	%	
Total	–	312	80	78	20	390	100	–
Sexo	Mujer	213	86,2	34	13,8	247	100	< 0,001
	Hombre	99	69,2	44	30,8	143	100	
Edad (años)	60-79	77	69,4	34	30,6	111	100	0,001
	> 80	235	84,2	44	15,8	279	100	
Nivel de estudios (n = 313)	Sin o con estudios primarios	241	87	36	13	277	100	< 0,001
	Secundarios o universitarios	21	58,3	15	41,7	36	100	

DC: deterioro cognitivo.

a los que se derivan de las enfermedades oncológicas, y se considera que estos gastos seguirán creciendo debido al envejecimiento poblacional, previéndose que se dupliquen para el año 2040⁷.

Por otra parte, la American Psychiatric Association advierte que las enfermedades mentales están infradiagnosticadas⁸, realidad de la que no escapa el DC⁹. La identificación del DC no es sencilla y se produce en el marco de diferentes enfermedades mentales, que a menudo se presentan de forma concomitante¹, sobre todo las vinculadas a la presencia de TNC-M y la depresión^{10,11}.

Por lo expuesto resultan necesarios estudios que investiguen sobre el DC, con el fin de ayudar a concretar procedimientos y guías que favorezcan la reducción de infradiagnóstico del DC y su impacto cuando se diagnostique, y ayuden tanto al diagnóstico diferencial de la enfermedad mental causante, como a la detección de los casos en los que exista más de una enfermedad que lo provoque.

■ OBJETIVOS

Conocer la prevalencia del DC y la patología asociada a este, con la que se vincula, en una muestra de personas mayores que viven en residencias, e identificar la relación del DC y el diagnóstico asociado al DC, con las variables sociodemográficas de sexo, edad y nivel de estudios de los residentes.

■ METODOLOGÍA

- *Tipo de estudio.* Se realizó un estudio de naturaleza cuantitativa, observacional, descriptiva, correlacional y de corte transversal.
- *Población del estudio.* Usuarios de nuevo ingreso en 8 centros residenciales en la provincia de Pontevedra durante el año 2017, y que han cumplido los siguientes criterios de inclusión: tener 60 o más años en el momento del ingreso, tener una valoración MEC o MMSE hecha al ingreso, y que la presencia de DC fuera permanente.
- *Variables del estudio.* Principal: presencia de DC, que se determinó por una puntuación al ingreso del MEC/MMSE ≤ 24 puntos^{12,13} o con diagnóstico de TNC, mantenido por lo menos uno de estos criterios durante la estancia del anciano en el centro (máximo 2 años). Como variables secundarias: las vinculadas a las causas de DC y a la sociodemográfica de casos (edad, sexo y nivel educativo).

- *Recogida de datos.* Los datos se obtuvieron de las historias clínicas (enfermería y médica), físicas y electrónicas, cumplimentadas por los diferentes profesionales en el transcurso de su actividad asistencial. Se solicitaron a los diferentes centros listados anonimizados con las variables de interés, y en los que se incluía la capacidad de ejercer los derechos ARCO. Una vez recibidos los datos, se mantuvieron reuniones con los diferentes profesionales de los centros estudiados, para una mejor calidad en la construcción de la base de datos y la categorización y análisis de las distintas variables.
- *Análisis de datos.* Las variables cualitativas se analizaron mediante la descriptiva de su frecuencia (relativa y absoluta). La variable edad se describió de la misma forma, estableciendo 2 rangos de edad (60-79 años y > 80 años). Las correlaciones se evaluaron a través de la prueba Chi² y de la prueba exacta de Fisher. Se realizó una regresión logística binaria por pasos entre las variables sociodemográficas con respecto a la presencia de DC, en este caso la edad no se consideró por grupos, sino por la edad de cada usuario individualmente. Los resultados se analizaron mediante el empleo de los programas SPSS 24 y Jasp 0.14.1.
- *Aspectos éticos.* La presente investigación cuenta con informe favorable de la Comisión Ética de la Investigación (CEI) de la Universidad de Murcia.

Esta investigación ha sido registrada en el ClínicaTrial.Gov con el número NCT05404152.

■ RESULTADOS

Participaron en el estudio 390 ancianos procedentes de los 8 centros y que reunieron los criterios de inclusión. La media de edad fue de 83 años (desviación típica: 8), el 92% carecía de estudios o tenía estudios primarios, y el 68,3% eran mujeres.

La presencia de DC en la población de estudio fue de 312 usuarios (80%), y se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de DC con el sexo (más frecuente en mujeres), la edad (más frecuente a mayor edad) y con el nivel de estudios (más frecuente a menor nivel de estudios) (tabla 1). Los resultados mediante regresión logística binaria resultaron significativos para el grado de formación ($p = 0,002$; exponencial (B) = 3,4), la edad ($p = 0,01$; exponencial (B) = 1,1) y el sexo ($p = 0,04$; exponencial (B) = 0,5), mostrándose, por tanto, una clara correlación de estas 3 variables con la presencia de DC. De entre

Tabla 2. Prevalencia de grupo de enfermedades mentales causantes de deterioro cognitivo total y por grupos sociodemográficos (n = 240)

		TNC		TNC + otras enfermedades mentales		Otras enfermedades mentales		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Total	–	125	52,1	60	25	55	22,9	240	100	
Sexo	Mujer	88	53,3	44	26,7	33	20	165	100	0,259 ^a
	Hombre	37	49,3	16	21,3	22	29,3	75	100	
Edad (años)	60-79	22	35,5	22	35,5	18	29	62	100	0,009 ^a
	> 80	103	53,1	38	21,3	37	20,8	178	100	
Nivel de estudios (n = 184)	Sin o con estudios primarios	92	52	43	24,3	42	23,7	177	100	0,895 ^b
	Secundarios o universitarios	9	52,9	5	17,6	3	17,6	17	100	

DC: deterioro cognitivo; TNC: trastorno neurocognitivo.

^aPrueba Chi².

^bPrueba exacta de Fisher.

ellas, cabe destacar la relación entre la presencia de DC y tener menor grado de formación.

La patología asociada al DC estaba presente en el 76,9% (teniendo en cuenta los diagnósticos con los que ingresaba y los que se establecieron durante su estancia con un máximo de 2 años). En 125 (52,1%) de los que tenían DC, este se acompañaba de un TNC. Dentro de los TNC, el TNC-M fue mayoritario, con 167 (90,3%) de los casos, y 55 residentes (47,9%) presentaban otra enfermedad mental diferente a los TNC que explicaban el DC. En 60 mayores (25%), el TNC se presentaba acompañado de otra enfermedad mental.

La relación de las variables sociodemográficas y la patología asociada al DC por grandes grupos (tabla 2), mostró que no hubo diferencias significativas con relación al sexo (aunque las mujeres son predominantes en los TNC aislados y también en los TNC que se presentan con otras enfermedades, pero en menor medida) ni con respecto a la formación. Asimismo, se detectó relación entre el tipo de enfermedad causante del DC y la edad, de forma que las personas con TNC tienen una edad más elevada cuando la causa del DC se asocia a otra enfermedad mental.

Dentro de los casos con DC en los que está presente una enfermedad mental diferente a TNC, destaca por su alta prevalencia la depresión (57,3%), seguida de la ansiedad (13,4%). El resto de patologías (etilismo, trastorno de la personalidad, esquizofrenia, discapacidad intelectual, trastorno bipolar y síndrome confusional agudo [SCA]) se presentan en menos del 8% de los casos. La tabla 3 muestra la prevalencia de enfermedades mentales fuera de los TNC.

En cuanto a cómo se presentan las enfermedades mentales diferentes a TNC que provocan DC, es decir, si lo hacen de forma aislada, junto con el TNC, junto con el TNC más otra enfermedad mental, o con otra enfermedad mental diferente al TNC, la esquizofrenia es la que más aparece de forma aislada (en 3 de cada 7 casos), el SCA es el trastorno que más aparece asociado al TNC (4 de cada 7 veces) seguido por la depresión (3 de cada 7 veces). Los trastornos de personalidad son los que se acompañan más de otras enfermedades mentales diferentes a TNC (3 de cada 8 veces) y, finalmente, la ansiedad es el trastorno que más veces se ve acompañado conjuntamente por TNC y otras enfermedades mentales (1 de cada 4 casos). El SCA no es causa aislada del DC, es decir, siempre está acompañado de otras patologías asociadas al DC, teniendo en cuenta que el DC que valoramos en este estudio se considera permanente, y no puntual (tabla 4).

DISCUSIÓN

La alta prevalencia de DC encontrada en este estudio (80% de los ancianos de nuevo ingreso), se encuentra en la franja superior del rango detectada en estudios previos (63-91%)¹⁴⁻¹⁶. Esto puede deberse a la alta tasa de envejecimiento en el entorno de la muestra de estudio (21,7%)³, que puede requerir mayor demanda de servicios residenciales. En este contexto de envejecimiento poblacional, los centros residenciales priorizan a los ancianos que mayor atención y ayuda precisan, lo que puede elevar la tasa de prevalencia de los pacientes con DC entre los nuevos ingresados. Por otro lado, la mayor demanda se acompaña de una baja oferta de servicios residenciales en la provincia de realización de este estudio, ya que la ratio de plazas residenciales ofertadas es la mitad de lo que recomienda la OMS (2,3 por cada 100 ancianos frente a 5 por cada 100 ancianos)^{17,18}. Teniendo en cuenta que se prevé que la tasa de envejecimiento y por tanto la presencia de DC, continúe aumentando a nivel local, nacional y mundial, es previsible un aumento de demanda de centros residenciales, lo que debe ser considerado cuidadosamente por parte de las instituciones públicas y los profesionales sociosanitarios.

En nuestro estudio, las variables demográficas de edad, sexo y grado de formación se relacionan tanto con DC en general, como con su principal causa TNC-M^{1,19-22}; de estas relaciones, destacó el grado de formación, que, además de ser un aspecto modificable, se relaciona con mayor intensidad y de forma negativa con el DC, independientemente de la enfermedad mental o la patología asociada al DC, tal y como se detecta en otros estudios²⁰⁻²⁶. Estos resultados confieren relevancia a las terapias cognitivas que prevengan y minimicen el impacto del DC en la población mayor. En este sentido, la Fundación Reina Sofía estima que un retraso en la aparición del TNC-M por enfermedad de Alzheimer, gracias a actividades de prevención, podría reducir el número de enfermos de esta patología en 12 millones en el año 2050²⁷. En el campo de la prevención y atención integral del mayor, por su formación especializada, la enfermera geriátrica puede jugar un papel clave.

También existe un problema de identificación, ya que 1 de cada 4 usuarios con DC no estaba identificado como tal. En este sentido, es importante destacar la importancia de investigar bases orgánicas claras, que no solo identifiquen la presencia de DC sino también la patología de la que se ha podido derivar, aunque por el momento los resultados sean contradictorios por las discrepancias entre el diagnóstico clínico y

Tabla 3. Prevalencia de grupo de enfermedades mentales diferentes a los trastornos neurocognitivos y su relación con el deterioro cognitivo (n = 390)

		DC sí		DC no		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Total		312	80	78	20	390	100	
Depresión	Sí	66	82,5	14	17,5	80	100	0,639 ^a
	No	246	79,4	64	20,6	310	100	
Ansiedad	Sí	16	88,9	2	11,1	18	100	0,546 ^b
	No	296	79,6	76	20,4	372	100	
Etilismo	Sí	7	50	7	50	14	100	0,010 ^b
	No	305	81,1	71	18,9	376	100	
Trastorno de personalidad	Sí	8	57,1	6	42,9	14	100	0,041 ^b
	No	304	80	72	19,1	376	100	
Esquizofrenia	Sí	7	58,3	5	41,7	12	100	0,069 ^b
	No	305	80,7	73	19,3	378	100	
Discapacidad intelectual	Sí	6	85,7	1	14,3	7	100	1 ^b
	No	306	79,9	77	20,1	383	100	
Trastorno bipolar	Sí	4	66,7	2	33,3	6	100	0,345 ^b
	No	308	80,2	76	19	384	100	
SCA	Sí	5	83,3	1	16,7	6	100	1 ^b
	No	307	79,9	77	20,1	384	100	

DC: deterioro cognitivo; SCA: síndrome confusional agudo.

^aPrueba Chi².

^bPrueba exacta de Fisher.

Tabla 4. Forma de presentación de la enfermedad mental distinta a trastorno neurocognitivo asociada a deterioro cognitivo (n = 115)

	Aislada		Asociada a TNC		Asociada a otras enfermedades mentales		Asociada a TNC + otras enfermedades mentales		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	23	34,8	29	43,9	9	13,6	5	7,6	66	100
Ansiedad	3	18,8	6	37,5	3	18,8	4	25	16	100
Etilismo	2	28,6	3	42,9	1	14,3	1	14,3	7	100
Trastorno personalidad	3	37,5	1	12,5	3	37,5	1	12,5	8	100
Esquizofrenia	3	42,9	2	28,6	1	14,3	1	14,3	7	100
Discapacidad intelectual	2	33,3	1	16,7	3	3	0	0	6	100
SCA	0	0	3	60	2	2	0	0	5	100
Trastorno bipolar	2	50	1	25	1	1	0	0	4	100

DC: deterioro cognitivo; SCA: síndrome confusional agudo.

el realizado a través de necropsia. Con relación al TNC-M, entre el 10 y el 33% de los casos diagnosticados en vida, no se detectaba anomalías patológicas significativas en su necropsia cerebral²⁸⁻³⁰. Por otra parte, la presencia de alteraciones tampoco confirma la presencia de DC en vida, ya que entre el 39 y el 55% de cerebros con alteraciones patológicas

descubiertas en necropsias *post mortem*, no tenían DC en vida, y esto afectaba a las alteraciones propias del TNC-M causado por enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia por cuerpos de Levy y demencia frontotemporal²⁸⁻³⁰, lo cual enfatiza la importancia que tiene la valoración clínica de estos pacientes actualmente.

Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia del DC en los centros residenciales, incluso al evaluar la calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en estos, una reciente revisión de 21 estudios señaló que, para la elección de la muestra, en 4 estudios excluyeron las personas con DC³¹.

Teniendo en cuenta que las enfermedades mentales estas infradiagnosticadas⁸ y que las formas de presentación son muy variadas, de los 312 casos con DC de nuestro estudio hay más de 31 formas de presentación, que van desde enfermedades mentales únicas, que pueden causar el trastorno, a diferentes combinaciones de estas, por lo que es recomendable establecer procedimientos para aumentar la identificación de DC que faciliten realizar el diagnóstico de forma precoz.

Entre los casos identificados, nuestro estudio encuentra que el TNC es la patología más asociada a la presencia de DC (3 de cada 4 casos), coincidiendo con la American Psychological Association y la OMS que hacen hincapié en la relevancia de los TNC como la causa más frecuente de DC y que, en general, también es uno de los trastornos más frecuentes en el anciano^{1,2}.

De entre las enfermedades mentales diferentes al TNC que expliquen el DC presente en los nuevos ingresos, destaca la depresión, que se considera el trastorno afectivo más frecuente en el anciano. La prevalencia de depresión, según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), en los centros residenciales en 2011, se situaba entre el 15 y el 35%³², rango dentro del que se incluye nuestro estudio (20,5%). No obstante, los resultados de la SEGG hacen referencia a los pacientes ya ingresados, y nuestro estudio se centra en los nuevos ingresos que proceden de la comunidad, donde la tasa de depresión, según datos del INE, se sitúa en 2020 en el 13,4%³. Esto hace que la tasa hallada en nuestro estudio se deba considerar más bien alta y preocupante, ya que tras el ingreso en una residencia la tasa aumenta. Además, nos permite señalar la necesidad de encontrar mecanismos de prevención, tratamientos y cuidados que minimicen o eviten el aumento de la prevalencia de depresión una vez ingresados, o que disminuyan el impacto del trastorno.

En todo caso, es importante señalar que tanto la depresión como los TNC son patologías que se han relacionado, y son muy frecuentes

en el anciano, por lo que se sugiere profundizar más en dicha relación a través de la investigación, con una metodología que implique una mejora y unificación de la detección, y abordaje de estos trastornos. Los estudios deberían centrarse en centros residenciales donde su prevalencia es más alta, como se advierte por los resultados de este estudio, y que se espera que sigan aumentando, en gran parte por el envejecimiento poblacional. Al igual que la depresión, otras enfermedades mentales diferentes al TNC con potencial de provocar DC se deben estudiar y analizar, ya que, aunque en el presente trabajo presentan una baja casuística individual, lo que dificulta la discusión con otros trabajos, si se suman todas ellas están presentes en el 20% de todos los casos de DC identificados.

Se recomiendan estudios con muestras mayores y que involucren mayor territorio para disponer de más información, poder corroborar nuestros hallazgos y profundizar en el estudio del DC en la población de mayores.

Asimismo, y dado que en este estudio se ha encontrado poca casuística de las identificaciones menos frecuentes del DC, estudios con muestras mayores podrían aportar más información acerca de estos casos. Igualmente, sería productivo buscar un consenso metodológico dentro de los estudios sobre DC, así como analizar el papel de la enfermería geriátrica (dada su formación y contacto directo y constante con los residentes) a la hora de facilitar el registro del DC.

■ CONCLUSIONES

En la población de estudio, ancianos de centros residenciales, la prevalencia del DC es de 8 de cada 10 ancianos, donde el TNC es el trastorno con el que se vincula más frecuentemente, seguido por la depresión. Ser mujer, tener más edad y bajo nivel de estudios, se relacionan con una mayor casuística de DC ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275322567>
- Ine.es. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.ine.es/>
- Sánchez Sánchez C. Impacto socio sanitario de las enfermedades neurológicas en España. Informe de la Fundación Española del Enfermedades Neurológicas (FEEN). FEEN; 2006. Disponible en: https://books.google.es/books/about/Impacto_socio sanitario_de las enfermedades.html?id=NtyXwAACAAJ&redir_esc=y
- Cantero-Prieto D. Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:58-60.
- Fernández Fernández M. Coste efectividad de los tratamientos para la enfermedad de Alzheimer. IX Congreso Nacional de Alzheimer. Vitoria-Gasteiz; 2021.
- Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary costs of dementia in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368:1326-34.
- Barbado J. Las críticas al DSM-V han sido desproporcionadas. *Redacción Médica*. 2016. Disponible en: <https://www.redaccion-medica.com/secciones/psiquiatria/-las-criticas-al-dsm-v-han-sido-desproporcionadas-9478>
- Alberti i Ros X. Deterioro cognitivo: ¿dónde estamos? *Aten Primaria*. 2007;39:171-9.
- Iribarne C, Renner V, Pérez C, Ladrón de Guevara D. Trastornos del ánimo y demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Rev Med Clin Condes*. 2020;31:150-62.
- Curran EM, Loi S. Depression and dementia. *Med J Aust*. 2013;199:S40-4.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Narcis G. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:767-74.
- Llamas-Velasco S, Llorente-Ayuso L, Contador I, Bermejo-Pareja F. Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol*. 2015; 61:363-71.
- Fundación Instituto Edad & Vida. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. Madrid: Senda Editorial, S.A.; 2015. Disponible en: <https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2017/04/Informe-EV-Perfil-Sanitario.pdf>
- Dosil-Díaz C, Juncos-Rabadán O, Romina-Mouriz DF. Perfil sociodemográfico y cognitivo de las personas que ingresan en centros residenciales de las provincias de A Coruña y Lugo. *Psicogeriatria*. 2017;7:75-80.
- Donnelly NA, Sexton E, Merriman NA, Bennett KE, Williams DJ, Horgan F, et al. The prevalence of cognitive impairment on admission to nursing home among residents with and without stroke: A cross-sectional survey of nursing homes in Ireland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:7203.
- Consellería de Política Social (2017-2021). Restroto unido de entidades prestadoras de servicios sociales. Galicia: Xunta de Galicia; 2021. Disponible en: <https://politicassocial.xunta.gal/XiacWeb/aCentros.do>
- Abellán García A, Aceituno Nieto MP, Ramiro Fariñas D, Castillo Belmonte AB. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Madrid: Informes EN-RED; 2021. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticas-residencias2019.pdf>
- Fages-Masmiquel E, Ponjoan A, Blanch J, Alves-Cabrata L, Martí-Lluch R, Comas-Cuffi M, et al. Efecto de la edad y el sexo en los factores asociados a la demencia. *Rev Neurol*. 2021;73:409-15.
- Sánchez Contreras M, Moreno Gómez GA, García Ortiz LH. Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. *Rev Colomb Psiquiat*. 2010;39:347-61.
- Beydoun MA, Beydoun HA, Gamaldo AA. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2014;14:643.
- Saldaña-Díaz AI, Herrera-Tejedor J, Esteban-De Antonio E, Martín-Gómez MA, Simón-Campo P, Salgado-Cámara P, et al. Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Rev Neurol*. 2018;67:325-30.
- Snowdon DA, Kemper SJ, Mortimer JA, Greiner LH, Wekstein DR, Markesbery WR. Linguistic ability in early life and cognitive function

- and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun Study. *JAMA*. 1996;275:528-32.
24. Sánchez-Contreras M, Moreno-Gomez GA, Garcia Ortiz, LH. Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:347-61.
 25. Abarca JC, Chino BN, Llacho MLV, Gonzales K, Mucho K, Vázquez R, et al. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 2008;3:7-14.
 26. Lövdén M, Fratiglioni L, Glymour MM, Lindenberg U, Tucker-Drob EM. Education and cognitive functioning across the life span. *Psychol Sci Public Interest*. 2020;21:6-41.
 27. Fernández-Pérez L, Isidro-Carretero V, Mendoza-Rebolledo C, Pérez-Muñano C, Pérez-Muñoz A, Rodríguez-Pérez I, et al. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Price Waterhouse Coopers S.L.; 2012. Disponible en: http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Guia%20profesionales_Alzheimer_final.pdf
 28. White L, Petrovitch H, Hardman J, Nelson J, Davis DG, Ross GW, et al. Cerebrovascular pathology and dementia in autopsied Honolulu-Asia Aging Study participants. *Ann N Y Acad Sci*. 2002;977:9-23.
 29. Schneider JA, Aggarwal NT, Barnes L, Boyle P, Bennett DA. La neuropatología de las personas mayores con y sin demencia de cohortes comunitarias versus clínicas. *J Alzheimer*. 2009;8:691-701.
 30. Grandal-Leiros B, Pérez-Méndez LI, Zelaya Huerta MV, Moreno Eguinoa L, García-Bragado F, Tuñón Álvarez T, et al. Prevalencia y concordancia entre diagnóstico clínico y anatomopatológico de demencia en una clínica psicogeriátrica. *Neurología*. 2018;33:13-7.
 31. Guerra-Martín MD, Ramírez Fernández-Pro MI. Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. *Gerokomos*. 2020;31:232-8.
 32. Lozano Lozano R, Domínguez Domingo MA, Herasme Grullon A, López Romero AB. Depresión y ansiedad. En: *Manual del Residente en Geriatria*. Madrid: SEGG; 2011. p. 65-74. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/ManualResidenteGeriatria-2.pdf>