

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON POLIFARMACIA Y DIABETES TIPO 2

PREVALENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN
OLDER ADULTS OVER 60 YEARS WITH POLYPHARMACY
AND TYPE 2 DIABETES

Felipe Armando Navejas Ramos

UMF No. 53 IMSS, León, Guanajuato, México

Maribhy Dinorha Cruz Galindo

UMF No. 53 IMSS, León, Guanajuato, México

María del Carmen Hernández Jasso

UMF No. 47 IMSS, León, Guanajuato, México

Prevalencia de Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de 60 Años con Polifarmacia y Diabetes Tipo 2

Felipe Armando Navejas Ramos¹

Felipenavejas22@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4786-8920>

Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF No. 53, León, Guanajuato
México

Maribhy Dinorha Cruz Galindo

Maribhy.cruz@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0181-9953>

Instituto Mexicano de Seguro Social
UMF No. 53, León, Guanajuato
México

María del Carmen Hernández Jasso

Sherezada24@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0181-9953>

Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF No. 47, León, Guanajuato
México

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y polifarmacia adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 53. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo. Se incluyeron 395 participantes seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, considerando una población total de 1,500 derechohabientes. Se aplicó el cuestionario Mini-Mental de Folstein, instrumento con sensibilidad del 85 % y especificidad del 90 %, para evaluar el grado de deterioro cognitivo. De los participantes, 139 (35.2 %) fueron hombres y 246 (64.8 %) mujeres. Se encontró deterioro cognitivo en 307 pacientes, lo que representa una prevalencia general del 77.7 % de estos, el 27.1 % correspondió a hombres y el 50.6 % a mujeres. **Resultados:** se evidencian una mayor afectación en mujeres con menor nivel educativo y en quienes consumen entre cinco y ocho medicamentos diarios. **Conclusión:** existe una alta prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores con diabetes tipo 2 y polifarmacia, lo que resalta la necesidad de estrategias preventivas y de seguimiento integral desde el primer nivel de atención para preservar la función cognitiva en este grupo vulnerable.

Palabras clave: deterioro cognitivo, diabetes tipo 2, polifarmacia, mini-mental, medicina familiar

¹ Autor principal

Correspondencia: Felipenavejas22@gmail.com

Prevalence of Cognitive Impairment in Older Adults Over 60 Years with Polypharmacy and Type 2 Diabetes

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of cognitive impairment in adults over 60 years of age diagnosed with type 2 diabetes mellitus and polypharmacy enrolled in Family Medicine Unit No. 53. **Material and Methods:** An observational, prospective, descriptive, and cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. A total of 395 participants were selected through simple random probabilistic sampling, considering a total population of 1,500 beneficiaries. The Mini-Mental State Examination (MMSE) by Folstein, an instrument with 85% sensitivity and 90% specificity, was applied to assess the degree of cognitive impairment. Among participants, 139 (35.2%) were men and 246 (64.8%) were women. Cognitive impairment was found in 307 patients, representing an overall prevalence of 77.7%; of these, 27.1% corresponded to men and 50.6% to women. **Results:** A greater degree of impairment was observed in women with lower educational levels and in those taking between five and eight medications daily. **Conclusion:** There is a high prevalence of cognitive impairment among older adults with type 2 diabetes and polypharmacy, highlighting the need for preventive strategies and comprehensive follow-up at the primary care level to preserve cognitive function in this vulnerable group.

Keywords: cognitive impairment, type 2 diabetes, polypharmacy, mini-mental, family medicine

*Artículo recibido 02 setiembre 2025
Aceptado para publicación: 29 setiembre 2025*



INTRODUCCIÓN

En el envejecimiento aparecen diversos cambios fisiológicos que alteran el organismo. De la misma manera ocurren cambios en la función cognitiva normal, es decir, cambios en los procesos mentales simples y complejos, en donde la función cognitiva y la edad no son necesariamente lineales. Asimismo, también se presentan diversas variables vinculadas al proceso salud-enfermedad de las personas adultas mayores, quienes posterior a la edad de 60 años presentan una disminución de las funciones cognitivas que incluyen planeación, memoria, lógica matemática, fluidez verbal, eficiencia y análisis, toda vez que las funciones cognitivas representan una gama de operaciones mentales que se llevan a cabo mediante la percepción de estímulos que se analizan e interpretan para que aparezcan respuestas afectivas y conductuales, en donde la memoria y aprendizaje juegan un papel importante.

Con base a lo anterior, la capacidad de aprendizaje parte de adquirir cierta información y almacenarla para utilizarla cuando sea necesaria, siendo captada por los órganos de los sentidos, procesada y almacenada en el cerebro como información codificada, esto es lo que se conoce como memoria. Tal información puede ser recuperada de forma voluntaria e involuntaria mediante los sentidos, su capacidad avanza considerablemente hasta los 25 años y posteriormente se deteriora hasta en un 0.5%, mientras que la memoria verbal alcanza un punto máximo alrededor de los 45 años y permaneciendo estable gran parte de la vida. En tanto las tareas vinculadas a la cognición espacial, razonamiento lógico y matemático alcanzan un punto máximo alrededor de los 40 años y de ahí en adelante comienza su disminución. Cabe mencionar que existen distintas fases en el proceso de memoria, tales como son la codificación, almacenamiento y evocación. Alonso, J. (2012).

La función principal de la memoria consiste en proporcionar al ser humano una base de conocimientos que permite asimilar las situaciones de vida, ya que conserva y reelabora los recuerdos en función del presente, además actualiza las ideas, planes y habilidades en una constante dinámica social. Por lo tanto, la memoria se concibe como la capacidad del sistema nervioso para beneficiarse de la experiencia, siendo así que se explica en procesos de codificación, almacenamiento y evocación de información, mediante la clasificación de la memoria sensorial, que se cataloga como memoria de trabajo o corto plazo y memoria a largo plazo. Alonso, J. (2012).



Al respecto, la memoria puede verse afectada por alteraciones neurocognitivas que se caracterizan por el deterioro de la capacidad para aprender nueva información o dificultad para recordar aquello que se ha aprendido en el transcurso del tiempo. Estas alteraciones se configuran desde dos términos: amnesias y demencias, donde las primeras están vinculadas a la lesión cerebral y episodios no orgánicos sobre experiencias traumáticas; mientras que las segundas se explican desde un deterioro patológico de la memoria y alteración de las funciones corticales superiores (pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje) por la pérdida de células nerviosas y conexión cerebral, asociado a otros factores sociodemográficos y ambientales, como son la edad, ocupación, estado civil, enfermedades, uso de medicamentos, entre otros, prevaleciendo principalmente en adultos mayores. Ardil, A. et. al. (2007).

Deterioro Cognitivo

Se conoce como deterioro cognitivo a la pérdida progresiva o desgaste de las funciones mentales, específicamente en la memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información que se produce con el envejecimiento, lo cual está determinado por variables orgánicas y fisiológicas; así como a una interrelación ambiente-persona. Desde esta postura, el deterioro cognitivo o desgaste de los procesos mentales, requiere de una revisión continua por la probabilidad de configurar la alteración mental como una demencia en la última etapa del ciclo vital (adultez tardía), estrechamente relacionado con predictores biológicos y psicológicos. Es así como el deterioro cognitivo y el mecanismo patológico, tiene su clasificación como trastorno cognitivo en el CIE-10 y el trastorno neurocognitivo en el DSM-V; en este último considerando la demencia como un deterioro mental mayor, que se caracteriza por el declive clínicamente significativo de los dominios cognitivos, como son la atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora, cognición social. Portellano, J. (2013).

El deterioro cognitivo abarca diferentes dominios, y dependiendo la función afectada se clasifica de la siguiente manera: Amnésico, en donde la memoria se afecta de manera episódica y se relaciona con eventos autobiográficos. Amnésico multidominio, donde pierden funciones ejecutivas y de lenguaje. No amnésico, existen daños en las funciones ejecutivas, lenguaje o capacidad visual, sin afectar la memoria. Finalmente, el no amnésico multidominio, donde existe una alteración de dos o más dominios distintos a la memoria. Gutiérrez, J. et. al. (2018).



Diferentes estudios han demostrado que el deterioro cognitivo en los adultos mayores tiene relación con predictores biológicos y psicológicos. En los primeros se encuentran alteraciones físicas como son la disminución de la capacidad pulmonar, diabetes mellitus, tensión arterial elevada, alteraciones de procesos sensoriales y debilidades en extremidades inferiores. En un estudio experimental de corte longitudinal, se estudió el efecto de la presión sanguínea sobre el rendimiento mental a través de 20 años, encontrando que la tensión arterial elevada estaba asociada a la rapidez perceptiva y cambios cognitivos en los distintos grupos de edad incluidos en el estudio, siendo la presión sanguínea uno de los predictores del deterioro cognitivo en mayores. Knopman, D. et. al. (2001).

Otro de los predictores biológicos más sobresalientes fue el padecimiento de diabetes tipo 2. En un estudio se obtuvieron hallazgos de que tal enfermedad, agregándole la hipertensión, estaban relacionadas con el deterioro en la velocidad de procesamiento y en la fluidez verbal, siendo la diabetes el predictor más consistente. Marquis, S. et. al. (2002).

La Polifarmacia

Se define polifarmacia al uso o consumo de múltiples medicamentos por parte de los pacientes, tratándose de cinco o más medicamentos al día de forma continua durante más de seis meses. Esto asociado a cambios epidemiológicos y de salud pública, ya que el aumento de la población adulta mayor con enfermedades crónicas no transmisibles, tales como son la diabetes mellitus e hipertensión arterial, así como con un grado de dependencia, hacen mayor el consumo de medicamentos, debido a su estado de salud, incidencia y prevalencia de efectos adversos, interacciones farmacológicas, ingresos hospitalarios, falta de adherencia al tratamiento, entre otros. Wastesson, J. et. Al. (2018).

La polifarmacia aumenta de forma progresiva con la edad, ya que existe una mayor carga de enfermedad en los adultos mayores. Datos latinoamericanos demuestran una prevalencia de un 36% de polifarmacia en el adulto mayor, lo cual es clínicamente relevante, ya que se asocia con un mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo y otros eventos adversos que repercuten en la pérdida de funcionalidad y menor calidad de vida. También disminuye la adherencia a los

tratamientos que, además se asocian a la inadecuada prescripción médica. Es así como representa un factor de riesgo, debido a los eventos adversos, interacciones farmacológicas, incumplimiento



terapéutico por equivocaciones del paciente o falta de adherencia terapéutica que se ha evidenciado en diferentes estudios. Sánchez,-Pérez, H. (2022).

Se ha evidenciado que el deterioro del envejecimiento normal y el incremento de las enfermedades crónicas, aumentan el consumo de medicamentos para su tratamiento, dejando de lado los efectos adversos que esto pueda generar. Se ha demostrado que la prescripción de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas va de los dos hasta los quince medicamentos; por tanto, la polifarmacia es una situación problemática de mayor magnitud e implicaciones clínicas para población de 60 o más años, quienes presentan un alto índice de discapacidad, desempeño físico bajo, caídas, deterioro mental. Jekanovic, N. et. Al. (2015).

El mayor índice de prescripción médica ocurre principalmente en las unidades de atención primaria (66%), incrementando el riesgo de aumentar el número de fármacos que pueden impactar negativamente en la salud física y mental de la población que los consume, principalmente adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. Petersmann, A. et. Al. (2019).

La Diabetes Tipo 2

La diabetes representa un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglicemia crónica, derivado de la alteración en la secreción de insulina o un defecto alterado de la misma o generalmente ambos, y si a esto se le agregan otros procesos metabólicos, se originan una variedad de complicaciones que involucran a todos los sistemas del organismo. Whittemore, R. et Al. (2019).

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes (ADA) se define y clasifica la Diabetes como:

- Diabetes Tipo 1: existe una destrucción total de las células β , lo que lleva a una deficiencia absoluta de insulina.
- Diabetes Tipo 2 o no Insulino - dependiente: defecto en la secreción de insulina, así como resistencia periférica a la misma.

De acuerdo con la ADA, para el diagnóstico de la diabetes mellitus se requiere de una prueba de glucosa plasmática aleatoria mayor a o igual a 200 mg/dL, una prueba de glucosa plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL, una prueba de tolerancia a la glucosa oral de 75 gr, dando como resultado, a las 2 horas posteriores, 200 mg/dL o una hemoglobina glucosilada (HbA1c) de 6.5% o más, lo que corrobora



el diagnóstico de Diabetes tipo 2. American Diabetes Association (2011).

El médico familiar es el principal responsable en la prevención primaria, secundaria y terciaria de este padecimiento, es su intervención integral que se verá reflejada en la calidad de vida de los pacientes, ya que actualmente es una enfermedad crónica que afecta a millones de mexicanos. Las personas con diabetes tipo 2, el 85.5% cuenta con tratamiento farmacológico. Rojas, R. et. Al. (2018).

La hiperglucemia es un factor de riesgo que puede aumentar el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores que padecen diabetes tipo 2, ocasionando daños o cambios a nivel neural con repercusión en los procesos cognitivos, presentando lentitud en el procesamiento de información y bajo desempeño en el dominio de memoria. Algunos estudios reportan una disminución en el desempeño de la atención y velocidad psicomotora y memoria tras cuatro años de diagnóstico con diabetes tipo 2 para adultos mayores. Fontbonne, A. et. Al. (2001).

Evaluación del Estado Mental

Para la evaluación del estado mental, es importante comprender que las alteraciones no sólo afectan a las estructuras neuroanatómicas, también causan daño en el funcionamiento cognitivo y social de las personas, por lo que interfieren en la vida cotidiana al generar desadaptación en los diferentes ámbitos o contextos de desarrollo para identificar que tan alterado se encuentra el proceso de memoria y otros procesos cognitivos implicados en las funciones mentales; así como determinar la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas o descartar algún deterioro cognitivo. Aguilar, S. et. Al. (2018).

El Examen Mini-Mental de Folstein es un instrumento para la medición y clasificación del estado cognitivo, fue publicado en 1975 por Folstein y McHugh, es la medida más comúnmente utilizada para evaluar la función cognitiva global en personas mayores. Se trata de un instrumento cuyo objeto se centra en la detección del deterioro cognitivo, permite revelar o descartar alteraciones del estado mental mediante la exploración de 5 áreas cognitivas dentro de las que se encuentran:



- 1) Orientación temporal y espacial (10 puntos),
- 2) Fijación (3 puntos),
- 3) Concentración y Cálculo (5 puntos),
- 4) Memoria inmediata y de retención (3 puntos) y
- 5) Lenguaje (9 puntos), y cómo éstas alteran las funciones ejecutivas. Estandarizado para población mexicana, con reporte de confiabilidad de $\alpha=0.90$ y validez de constructo. Llamas, S. et. Al. (2015).

El punto de corte es de 24 puntos, correspondiendo a > 24 puntos sin deterioro, 23 a 19 puntos deterioro leve, 18 a 14 puntos deterioro moderado y < 14 puntos deterioro severo. El Examen Mini-Mental de Folstein es útil como primer instrumento en la evaluación del estado cognitivo y detectar el deterioro cognitivo a largo del tiempo. Este instrumento cuenta con una sensibilidad aproximada del 85% y una especificidad del 90% para la detección de deterioro cognitivo, así como las primeras etapas de demencia. Estas cifras se corroboran con evidencia que respalda el uso del Examen Mini-Mental de Folstein como parte de una evaluación en diversos estudios realizados. Tirapu, J. et. Al. (2008).

Con respecto a la evaluación del estado cognitivo, muestra que la edad y la escolaridad tienen un efecto significativo en el puntaje bruto del Examen Mini - Mental de Folstein, mientras que el género no muestra ningún efecto significativo. Tirapu, J. et. Al. (2008).

En el primer nivel de atención el estado cognitivo debe ser valorado de una manera eficiente, por lo que se requiere el uso de instrumentos cognitivos validos que requieran de poco de tiempo para su realización debido al tiempo limitado del que se dispone, lo cual es posible mediante esta batería neuropsicológica. Ishii, N. et. Al. (2019).

Objetivo General

Determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores de 60 años con polifarmacia y diagnóstico de diabetes tipo 2 adscritos a la UMF N° 53.

METODOLOGÍA

El trabajo de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N°. 53, León, Guanajuato. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo en adultos mayores de 60 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 y polifarmacia, se incluyeron a 395 participantes, se estimó el tamaño de muestra para una proporción con una población total de 1,500



derechohabientes mayores de 60 años, información obtenida del Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), con una proporción esperada del 84 % de acuerdo con el estudio realizado por Dr. Pedro Cabrera Barzalobre en el año 2021, con un nivel de confianza 95 %, de acuerdo con un muestreo probabilístico aleatorio simple, mediante la formula aleatoria de la hoja de cálculo del programa Microsoft Excel.

Posterior a la autorización del protocolo de investigación por el Comité de Ética en Investigación 10088 y el Comité Local de Investigación en Salud 1008 y bajo el registro R-2024-1008-013, se seleccionaron a los pacientes a los cuales se les explicaron los riesgos y beneficios del estudio, se les proporcionó el formato de consentimiento informado. Una vez firmado como aceptado, se procedió a darles las instrucciones para llenado y aplicación de la encuesta que incluía una hoja frontal con la ficha de identificación y folio, datos generales de los pacientes como edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad , número de medicamentos que consumían; así como el cuestionario Mini - Mental de Folstein, que cuenta con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 90% y mide el grado de deterioro cognitivo de acuerdo a los siguientes puntajes: normal: 0-2, deterioro leve: 3-4, deterioro moderado: 5-7, severo 8-10.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa NCSS (2007) en donde analizamos nuestras diferentes variables por medio de estadística descriptiva ya que nuestro objetivo solo fue observar cómo se relacionan las diferentes variables entre sí, sin hacer una comparación de estas.

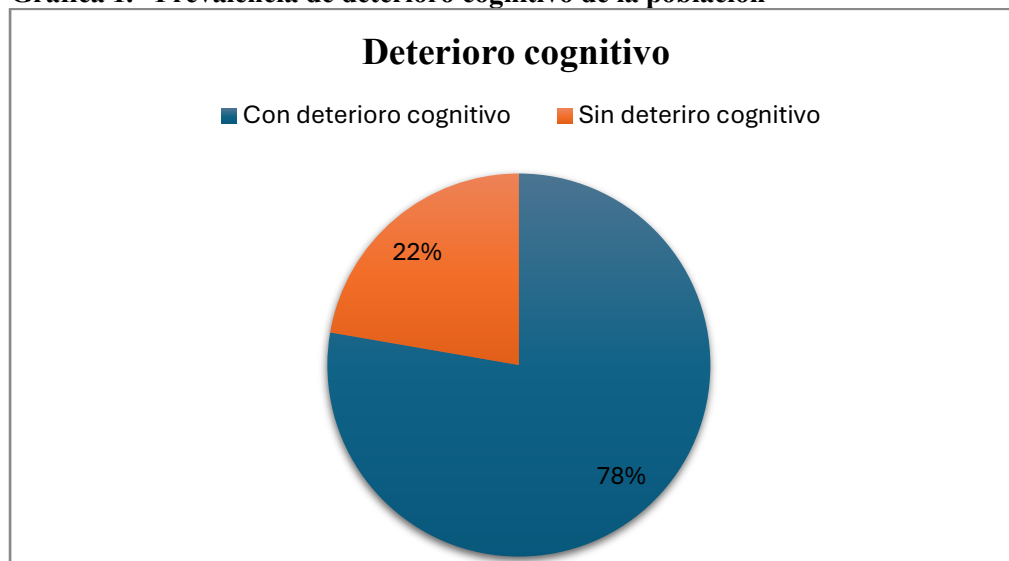
RESULTADOS

El total de la muestra que se tomó para este estudio fue de 395 donde 139 (35.2%) sujetos de estudio fueron hombres y 246 (64.8%) fueron mujeres.

Se encontró que 307 pacientes presentaron algún grado de deterioro cognitivo, dando con esto una prevalencia general de 77.7% de este el 27.1% (107 sujetos) corresponde a los hombres y el 50.6% (200 sujetos) a las mujeres.



Gráfica 1. *Prevalencia de deterioro cognitivo de la población



*Se aprecia que 78% de la población presentó algún grado de deterioro cognitivo.

Tabla 1.* Prevalencia de deterioro cognitivo por sexo.

Sexo	Leve (%)	Moderado (%)	Severo (%)	Total con deterioro (%)
Hombres	62 (15.7%)	34 (8.6%)	11 (2.8%)	107 (27.1%)
Mujeres	115 (29.1%)	66 (16.7%)	19 (4.8%)	200 (50.6%)
Total	177 (44.8%)	100 (25.3%)	30 (7.6%)	307 (77.7%)

*Se aprecia que el grupo y categoría con mayor deterioro cognitivo se presentó en mujeres y fue deterioro leve

En cuanto a la ingesta de medicamentos se observó que el grupo que consume de 5-8 medicamentos presentó una mayor prevalencia de deterioro cognitivo con un total de 269 pacientes lo que equivale a 68.1% de la población total.

Tabla 2.*. Prevalencia de deterioro cognitivo por número de medicamentos.

Número de Medicamentos	Leve (%)	Moderado (%)	Severo (%)	Total con deterioro (%)
5 a 8	159 (40.3%)	83 (21.0%)	27 (6.8%)	269 (68.1%)
9 a 11	10 (2.5%)	11 (2.8%)	3 (0.8%)	24 (6.1%)
12 a 15	3 (0.8%)	3 (0.8%)	0 (0.0%)	6 (1.6%)
15 o más	5 (1.3%)	3 (0.8%)	0 (0.0%)	8 (2.0%)
Total	177 (44.8%)	100 (25.3%)	30 (7.6%)	307 (77.7%)

*Se aprecia que el grupo y categoría con mayor deterioro cognitivo fue el de los pacientes que consumieron de 5-8 medicamentos y se presentó un deterioro leve predominantemente.

Por estado civil, el grupo en el que se presentó mayor deterioro cognitivo fue el de los casados con un total de 243 pacientes lo cual corresponde al 61.5% de la población estudiada.

Tabla 3. *Prevalencia de deterioro cognitivo por estado civil.

Estado Civil	Leve (%)	Moderado (%)	Severo (%)	Total con deterioro (%)
Soltero	17 (4.3%)	5 (1.3%)	1 (0.3%)	23 (5.8%)
Casado	133 (33.7%)	85 (21.5%)	25 (6.3%)	243 (61.5%)
Separado	12 (3.0%)	5 (1.3%)	3 (0.8%)	20 (5.1%)
Viudo	12 (3.0%)	3 (0.8%)	0 (0.0%)	15 (3.8%)
Unión libre	3 (0.8%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)	6 (1.5%)
Total	177 (44.8%)	100 (25.3%)	30 (7.6%)	307 (77.7%)

* La mayor prevalencia por grupo y categoría se presentó en los casados con deterioro leve.

En cuanto a la prevalencia por nivel de escolaridad podemos observar que la mayor prevalencia de deterioro cognitivo se dio en el grupo de primaria con 134 sujetos con afección el cual corresponde al 33.9%.

Tabla 4. Por Escolaridad

Escolaridad	Leve (%)	Moderado (%)	Severo (%)	Total con deterioro (%)
Sin estudios	66 (16.7%)	40 (10.1%)	13 (3.3%)	119 (30.1%)
Primaria	76 (19.2%)	44 (11.1%)	14 (3.5%)	134 (33.9%)
Secundaria	16 (4.1%)	7 (1.8%)	1 (0.3%)	24 (6.1%)
Preparatoria	6 (1.5%)	4 (1.0%)	0 (0.0%)	10 (2.5%)
Licenciatura	11 (2.8%)	5 (1.3%)	1 (0.3%)	17 (4.3%)
Posgrado	2 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	3 (0.8%)
Total	177 (44.8%)	100 (25.3%)	30 (7.6%)	307 (77.7%)

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio revelan una elevada prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores con diabetes tipo 2 y polifarmacia, alcanzando el 77.7% de la población estudiada. Esta cifra es semejante con investigaciones realizadas por Bocanegra-Hernández et al en el año 2024, aunque este estudio se enfocó en valorar la asociación del deterioro cognitivo con diabetes tipo 2, encontraron que el 71% de los adultos mayores con alteración cognitiva tenían antecedentes de diabetes, lo que duplica el riesgo de deterioro cognitivo en esta población.



En cuanto a la polifarmacia, el estudio de Garbey Pierre et al. (2023) realizado en Santiago de Cuba evidenció los siguientes resultados entre el consumo de cinco a nueve medicamentos y el deterioro cognitivo leve en adultos mayores se presentó en el 81.67% lo cual difiere a lo encontrado en nuestro estudio , que se reporta con un 68% de deterioro cognitivo en las personas que consumen de 5 a 8 medicamentos , posiblemente es que ellos consideraron de 5 a 9 medicamentos, mientras el nuestro de 5 a 8 , además de la población estudiada en el estudio antes mencionado fue de 240 personas y nuestro estudio 395. Los autores destacan que el riesgo se incrementa en personas de 70 a 79 años, del sexo femenino y con escolaridad primaria, lo que coincide con el perfil observado en nuestra muestra. Estos hallazgos refuerzan.

La necesidad de una atención médica integral que evalúe el consumo de medicamentos como parte del abordaje de los síndromes geriátricos.

En cuanto a la relación por escolaridad, estado civil y sexo, nuestro estudio demostró que las pacientes femeninas con nivel de estudios de primaria y casadas son las que presentan una mayor prevalencia de deterioro cognitivo, (33.9%, 61.5%, 50.6%) respectivamente, lo cual es semejante a los hallazgos reportados en el estudio de López Guerrero et al. (2023) al identificar un predominio de deterioro cognitivo leve en con escolaridad primaria, estado civil casado y predominantemente mujeres pensionadas, (23.85%, 24.62,14.87%). Los porcentajes encontrados difieren en relación a nuestro estudio ya que la muestra también fue menor a la realizada en nuestro estudio , ya que se analizaron solo 289 pacientes en comparación a nuestro estudio que fueron 395 y con datos de polifarmacia y diabetes tipo 2 y difiere también en la edad de la muestra de adultos mayores de 60 a 65 años, se evaluaron con el cuestionario SPMSQ de Pfeiffer y el estudio evidenció que los factores sociodemográficos tienen un peso considerable en la manifestación del deterioro cognitivo, incluso en ausencia de comorbilidades graves, lo que sugiere que el envejecimiento por sí solo, combinado con condiciones sociales desfavorables, puede ser suficiente para desencadenar alteraciones cognitivas, mientras que en nuestro estudio se utilizó el examen Mini - Mental de Folstein.



CONCLUSIÓN

El presente estudio evidencia una alta prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores con diabetes tipo 2 y polifarmacia, especialmente en mujeres con baja escolaridad y consumo de 5 a 8 medicamentos diarios. Los hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias de detección temprana y seguimiento del estado cognitivo en el primer nivel de atención, utilizando herramientas validadas como el Mini - Mental de Folstein. Así mismo, se destaca la importancia de racionalizar la prescripción médica, fomentar la educación en salud y promover intervenciones multidisciplinarias que incluyan ejercicios cognitivos, control metabólico y acompañamiento psicosocial. Estas acciones pueden contribuir significativamente a preservar la funcionalidad, mejorar la calidad de vida y prevenir la progresión hacia demencias en esta población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aguilar, S., Mimenza, A., Palacios, A., Zamudio, A., Gutiérrez, L., & Ávila, J. (2018). Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 237–245.
- Alonso, J. (2012). *Psicología*. McGraw Hill.
- American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34(Suppl. 1), S62–S69. Recuperado de https://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/.
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Manual Moderno.
- Bocanegra-Hernández, M., Ramírez-González, J., & Torres-Mendoza, M. (2024). Alteraciones cognitivas en adultos mayores con diabetes tipo 2: Un enfoque desde la atención primaria. *Revista Mexicana de Geriatría*, 20(1), 45–52.
- Fontbonne, A., Berr, C., Ducimetière, P., & Alpérovitch, A. (2001). Changes in cognitive abilities over a 4-year period are unfavorably affected in elderly diabetic subjects: Results of the Epidemiology of Vascular Aging Study. *Diabetes Care*, 24(2), 366–370. Recuperado de <https://care.diabetesjournals.org/content/24/2/366>.



- Gutiérrez, J., & Guzmán, G. (s.f.). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(1), 4–5. Recuperado de https://semg.es/images/documentos/docs_varios/MetodosCribajeDCLenAP.
- Hernández-Ávila, M., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, L., Gaona-Pineda, E., et al. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Informe final de resultados*. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Jokanovic, N., Tan, E. C. K., Dooley, M., Kirkpatrick, C. M., & Bell, J. S. (2015). Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 535–541.
- Knopman, D., Boland, L. L., Mosley, T., Howard, G., Liao, D., Szkló, M., et al. (2001). Cardiovascular risk factors and cognitive decline in middle-aged adults. *Neurology*, 56(1), 42–48.
- Llamas, S., Llorente, L., Contador, I., & Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Mini-Mental State Examination (MMSE): Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista de Neurología*, 61(8), 363–371.
- López Guerrero, M. A., Rodríguez Martínez, M. E., & Hernández López, J. A. (2023). Deterioro cognitivo en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del IMSS*, 61(3), 215–222. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M23000034>.
- Marquis, S., Milar, M., Howieson, D., Sexton, G., Payami, H., Kaye, J., et al. (2002). Independent predictors of cognitive decline in healthy elderly persons. *Archives of Neurology*, 59(4), 601–606.
- Petersmann, A., & Müller, D. (2019). Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 127(1), 1–7. <https://doi.org/10.1055/A-1018-9078>
- Portellano, J. (2013). *Introducción a la neuropsicología*. McGraw Hill.
- Rojas, R., & Basto, A. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*, 60(3), 224–232. <https://doi.org/10.21149/8566>.



- Sánchez-Pérez, H., Ramírez-Rosillo, F., & Carrillo-Esper, R. (2022). Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 45(1), 40–47.
- Tirapu, J., Ríos, M., & Maestú, F. (2008). *Manual de neuropsicología*. Viguera Editores.
- Wastesson, J. W., Morin, L., Tan, E. C. K., & Johnell, K. (2018). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: A narrative review. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17(12), 1185–1196. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>.
- Whittemore, R., & Vilar-Compte, M. (2019). Challenges to diabetes self-management for adults with type 2 diabetes in low-resource settings in Mexico City: A qualitative descriptive study. *International Journal for Equity in Health*.

