



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA**

TEMA:

Asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024.

AUTORES:

**Rashiell Mariana Montero Merchán
Franklin Ricardo Fabara Carranza**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

DRA. ELISA OTERO

Guayaquil, Ecuador

01 de Mayo del 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

DRA. ELISA OTERO

**DIRECTOR DE LA CARRERA
MGS. DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ,**

Guayaquil, 01 de mayo del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **“Asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024”** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 01 de mayo del año 2026

AUTORES

Rashiell Mariana Montero Merchán

Franklin Ricardo Fabara Carranza



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Rashiell Mariana Montero Merchán
Franklin Ricardo Fabara Carranza

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024.**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de mayo del año 2026

LOS AUTORES:

Rashiell Mariana Montero Merchán

Franklin Ricardo Fabara Carranza



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**DR. JOSÉ LUIS JOUVIN MARTILLO
DECANO**

f. _____

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ
DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. _____

**DR. ANDRÉS MAURICIO AYÓN GENKUONG
COORDINADOR DE TITULACIÓN**

RASHIELL MARIANA MONTERO MERCHAN

Asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo 2022–2024.



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

1. Tesis Fabara-Montero

ID : 40fae70dd72fb5a6ade094411e5d9dff84faf751



<1%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : 1. Tesis Fabara-Montero.txt

Tamaño del archivo original : 6,25 MB

Número de palabras : 4799

Número de caracteres : 32990

Depositante : María Elisa Otero Cali

Fecha de depósito : 19 de abril de 2026

Tipo de carga : interface

fecha de fin de análisis : 19 de abril de 2026



María Elisa Otero Cali



FIRMA DEL TUTOR

FRANKLIN RICARDO FABARA CARRANZA

Asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo 2022–2024.

 **Certificado de análisis**
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

1. Tesis Fabara-Montero  **<1%**
Textos sospechosos

ID : 40fae70dd72fb5a6ade094411e5d9dff84faf751

Nombre del fichero : 1. Tesis Fabara-Montero.txt	Depositante : María Elisa Otero Cali
Tamaño del archivo original : 6,25 MB	Fecha de depósito : 19 de abril de 2026
Número de palabras : 4799	Tipo de carga : interface
Número de caracteres : 32990	fecha de fin de análisis : 19 de abril de 2026



María Elisa Otero Cali
 True Storage Security Data

FIRMA DEL TUTOR

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios por ser mi guía, mi refugio y mi fortaleza en cada etapa de este camino. Por sostenerme en los momentos de incertidumbre, por darme la sabiduría y la perseverancia necesarias y por permitirme llegar hasta aquí. Incluso en mis debilidades, en mis dudas y en mis silencios, Él nunca se apartó de mí. Sin su presencia en mi vida, este logro no hubiera sido posible.

A mi madre, por ser mi mayor ejemplo de amor, entrega y fortaleza. Gracias por tu confianza inquebrantable, por tu paciencia infinita y por estar siempre a mi lado, incluso en los días más difíciles. Gracias por no soltarme cuando sentía que no podía más, por levantarme con tus palabras, por tu forma única de motivarme y por enseñarme, con tu vida, a luchar, a resistir y a no rendirme jamás. Este logro también es tuyo, porque cada uno de mis pasos lleva tu esfuerzo, tu amor y tu sacrificio.

A mi padre, por su apoyo constante y silencioso, por su manera tan propia de demostrar amor, por impulsarme a seguir adelante sin necesidad de muchas palabras. Gracias por no rendirte conmigo, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por no juzgarme y por brindarme siempre tu comprensión. Tu presencia firme y tu confianza han sido un motor fundamental en este proceso.

A mis abuelitos, por su amor tan puro, sincero y lleno de fe. Gracias por sus oraciones, por sus palabras de aliento y por recordarme siempre que los sueños sí se cumplen. Su cariño ha sido un refugio, y su creencia en mí, especialmente en que llegaré a ser una gran médica, ha sido una luz constante que ha guiado mi camino.

A Guillermo, por ser un motor importante en este camino, por su compañía incondicional y por esa forma tan suya de estar presente en cada momento. Gracias por ser cómplice, por tu apoyo constante y por acompañarme en cada etapa, incluso en medio de nuestras diferencias. A pesar de todo, nunca faltaste, y eso tiene un valor inmenso para mí. Te agradezco profundamente por ser parte de este proceso y de este logro que también comparto contigo.

A toda mi familia, por el amor infinito que me han brindado, por acompañarme en cada etapa, por su apoyo incondicional y por cada gesto, palabra y abrazo que me dieron fuerzas para

continuar. Gracias por ser mi red de apoyo, por celebrar mis logros, por sostenerme en mis caídas y por enseñarme que el amor también se demuestra estando.

También agradezco a nuestra tutora, por su paciencia, por su comprensión y por la dedicación con la que nos acompañó en todo este proceso. Gracias por su espera constante, por guiarnos incluso en los momentos de mayor apuro y por tratarnos siempre con respeto, apoyo y cariño, a pesar de las demoras y las dificultades del camino.

Hoy puedo decir, con el corazón lleno de emoción y gratitud, que este logro no me pertenece solo a mí, sino a cada uno de ustedes, quienes, con su amor, paciencia, fe y apoyo, hicieron posible que este sueño se convierta en realidad. Cada enseñanza, cada sacrificio y cada muestra de cariño vive en mí y me ha traído hasta aquí.

Hoy cierro esta etapa con el alma agradecida y el corazón lleno de amor. Reconozco que no he caminado sola, que cada persona mencionada ha dejado una huella profunda en mi vida y en este camino. Todo lo que soy y todo lo que he alcanzado lleva un pedacito de cada uno de ustedes, en sus gestos, en su compañía y en su forma de quererme.

Con profundo amor, respeto y eterna gratitud.

RASHIELL MARIANA MONTERO MERCHAN

DEDICATORIA

A mi madre, porque este logro es nuestro. Porque cada esfuerzo, cada sacrificio, cada dolor de cabeza y cada día difícil los vivimos juntas, y aun así nunca dejaste de sostenerme ni de buscar la forma de hacer más ligero el camino. Este título te pertenece tanto como a mí, porque en cada paso estuvo tu amor, tu fuerza y tu entrega. Te dedico uno de los éxitos más importantes de mi vida, con la certeza de que será solo uno de muchos más que también compartiré contigo.

A mi padre, porque este logro también lleva tu nombre. Por cada esfuerzo silencioso, por cada sacrificio y por todo lo que hiciste para que yo pudiera llegar hasta aquí. Este título es reflejo de tu trabajo, de tu constancia y de tu manera de estar siempre presente. Te lo dedico con orgullo y con todo mi corazón.

A mis abuelitos, por su amor puro y sincero, por sus oraciones y por su fe inquebrantable en mí. Por ser siempre un refugio lleno de cariño y por recordarme que los sueños sí se cumplen. Este logro está lleno de ustedes, de su amor y de su esperanza, y por eso también es suyo.

A todas aquellas personas que, a lo largo de este camino, fueron sostén, refugio y fuerza; que estuvieron en los momentos más difíciles, evitando que cayera, levantándome y acompañándome con su presencia sincera. Este logro también está dedicado a ustedes, porque forman parte esencial de lo que hoy soy y de lo que he alcanzado.

Con todo mi amor.

RASHIELL MARIANA MONTERO MERCHAN

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy gracias a Dios, por sostenerme y mantenerme firme en este camino, incluso en aquellos momentos en los que mi fe no fue perfecta ni constante. Aun así, nunca me soltó, siempre me cuidó y me permitió seguir adelante, luchando por este sueño que hoy se hace realidad. Su presencia, silenciosa pero firme, ha sido la base de cada paso que he dado.

A mi madre, por ser sin duda uno de los pilares más importantes de mi vida. A pesar de todos los obstáculos que se presentaron en el camino, de los momentos difíciles, de los dolores de cabeza y de los días en los que todo parecía cuesta arriba, nunca dejó de confiar en mí. A su manera, siempre encontró la forma de motivarme, de impulsarme a seguir y de no rendirme. Su fuerza, su carácter y su presencia han sido fundamentales para llegar hasta aquí. Este logro no me pertenece solo a mí, también es suyo, porque sin ella no hubiera sido posible.

A mi padre, por su apoyo constante, aunque muchas veces haya sido en silencio. Por estar presente, por no dejarme rendir y por demostrarme, a su manera, que siempre estaba ahí. Su forma de acompañarme, sin necesidad de muchas palabras, ha sido clave en este proceso y la valoro profundamente.

A mi hermana Roxana, por su apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos sinceros, por sus enseñanzas y por ese amor que compartimos a nuestra manera. Gracias por estar siempre para mí, por confiar en mí incluso cuando yo no lo hacía y por ser una presencia constante de apoyo, cariño y fortaleza en mi vida.

A mi hermana Cindy, por ser una parte muy importante en esta etapa de mi vida. A pesar de nuestras diferencias, has estado presente cuando más lo he necesitado. Gracias por tu apoyo absoluto cuando lo he pedido, por estar ahí en los momentos clave y por formar parte de este proceso de una manera significativa.

A todas aquellas personas que, en distintos momentos de este camino, me sostuvieron cuando sentí que ya no podía más. A quienes me permitieron caer, pero también me ayudaron a levantarme; a quienes con una palabra, un consejo, un gesto o simplemente su presencia me recordaron que debía seguir adelante. Gracias por creer en mí cuando yo dudaba de mí misma, por empujarme a continuar cuando pensaba en rendirme, y por ser parte silenciosa pero esencial de este proceso. Ustedes también hicieron posible este logro.

También agradezco a nuestra tutora, por su paciencia, por su comprensión y por la dedicación con la que nos acompañó en todo este proceso. Gracias por su espera constante, por guiarnos incluso en los momentos de mayor apuro y por tratarnos siempre con respeto, apoyo y cariño, a pesar de las demoras y las dificultades del camino.

Hoy culmino esta etapa con gratitud en el corazón, reconociendo que este logro no es únicamente mío, sino de todos ustedes, quienes, de distintas maneras, caminaron conmigo. Todo lo que soy y lo que he logrado lleva una parte de cada uno.

Con profundo cariño, amor y eterna gratitud.

FRANKLYN RICARDO FABARA CARRANZA

DEDICATORIA

A mi madre, quien nunca me limitó y realizó todos los sacrificios necesarios para que yo pudiera llegar hasta aquí. Este logro es nuestro, porque en cada paso estuvo tu amor, tu fe y tu entrega. Este título te pertenece tanto como a mí.

A mi padre, por estar siempre presente a su manera, apoyándome y dándome lo mejor de sí. Este logro también lleva tu nombre y te lo dedico con todo mi amor y respeto.

A mi hermana Roxana, por ser mi compañera más cercana en este camino, por tu cariño constante y por estar siempre a mi lado en cada etapa.

A mi hermana Cindy, por ser un apoyo importante en esta etapa de mi vida y por estar presente cuando más lo he necesitado.

A todas aquellas personas que encontré en el camino, que fueron apoyo, refugio y fuerza en los momentos más difíciles, y que me ayudaron a seguir adelante sin dejarme caer.

FRANKLYN RICARDO FABARA CARRANZA

ÍNDICE

Introducción.....	2
CAPITULO I: Planteamiento del Problema.....	3
Pregunta de Investigación	3
Justificación.....	3
Objetivos	4
Objetivo General	4
Objetivos específicos.....	4
Hipótesis.....	4
CAPITULO II: Marco Teórico.....	5
Definiciones y clasificación de demencias.....	5
Epidemiología global y regional	6
Factores de riesgo sociodemográficos.....	7
Factores farmacológicos.....	7
Factores clínicos y comorbilidades	8
Etiopatogenia.....	9
Evaluación diagnóstica y escalas relevantes	9
Impacto funcional y carga familiar/salud pública	10
Brechas de conocimiento y preguntas de investigación	11
CAPITULO III: Metodología.....	12
Tipo de estudio	12
Población de estudio.....	12
Método de recogida de datos.....	12
Variables.....	13
Entrada y gestión informática de datos	14
Estrategia de análisis estadístico	14
Capítulo IV: Resultados	15
Características generales de la población de estudio.....	15
Características clínicas y farmacológicas.....	16
Asociación entre características sociodemográficas y severidad de demencia.....	17
Asociación entre factores farmacológicos y severidad de demencia	19
Capítulo V: Discusión	20
Limitaciones del estudio.....	21
Fortalezas del estudio	22
Conclusión.....	23
Recomendaciones	23

Bibliografia.....24

Introducción

La demencia es una condición clínica que se utiliza para describir el deterioro cognitivo el cual se caracterizado por la disminución progresiva de funciones ejecutivas, memoria y orientación en tiempo, espacio y persona (1). Entre las diferentes enfermedades demenciales, la enfermedad de Alzheimer es la causa más común a nivel mundial (2); sin embargo, existen otros tipos tales como: Demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, demencia vascular, entre otras (1). Este grupo de afecciones son un problema a nivel mundial, debido a su elevada prevalencia, y a su impacto hacia las familias tanto socioeconómica como emocionalmente (1) (3).

Según la OMS, en el 2021 57 millón de personas padecen algún tipo de demencia a nivel mundial, de los cuales 60% de esas personas son de países de mediano y bajo ingreso (4). Anualmente se encuentran 10 millones nuevos casos a nivel global. Una investigación del 2023 demostró que la incidencia de demencia en Latinoamérica es de 4.5 millones (5) (6).

El desarrollo de algún tipo de demencia es multifactorial (7), la cuales incluyen factores sociodemográficas, farmacológicas, clínicas y genéticas; las cuales serán descritas más adelante en este trabajo de investigación. En la ciudad de Guayaquil se ha evidenciado escasez de estudios que puedan aportar información esencial para enmarcar los factores precipitantes en el desarrollo de demencias, por lo que es un desafío la implementación de planes o estrategias preventivas.

Múltiples investigaciones han demostrado que los factores sociodemográficos tales como: edad avanzada, nivel educativo, y estado socioeconómico influyen directamente en la severidad de las enfermedades demenciales. Por otro lado, las comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial se han asociado a deterioro cognitivo mayor. El uso prolongado de fármacos, sobre todo benzodiacepinas, anticolinérgicos u otros sedantes pueden empeorar el deterioro cognitivo.

Es imperativo realizar un manejo de manera integral con el fin de vigilar todos los factores descritos, evitando una progresión secundaria de la cognición. Por tal motivo, la presente investigación se enfoca en la valoración de los factores sociodemográficos, farmacológicos y clínicos en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor

durante el periodo 2022-2024, siendo un pilar para futuras investigaciones de la asociación de factores locales con la severidad de enfermedades demenciales.

CAPITULO I: Planteamiento del Problema

El Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, atiende un gran número de adultos mayores, los cuales muchos de ellos padecen deterioro cognitivo debido a un tipo de demencia. La correcta valoración de los adultos mayores que padecen demencia puede ser esencial para evidenciar los factores desencadenantes o agravantes de la misma condición (7). Por ese motivo es necesario realizar una investigación para la pronta identificación, con la finalidad de ofrecer un mejor manejo a pacientes con demencia (7) (8).

La viabilidad para el desarrollo de esta investigación es elevada, debido a que la población de estudio es considerable y la facilidad para la recopilación de datos de las historias clínicas de los pacientes mediante la base de datos proporcionada por el centro de estadística del Hospital.

Pregunta de Investigación

Dicho esto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas que se asocian con una mayor severidad de las enfermedades demenciales en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor?

Justificación

El auge de las distintas enfermedades demenciales en el adulto mayor es cada vez una problemática que requiere una atención en multinivel debido al impacto que estas afecciones producen en las actividades del diario vivir, en el entorno familiar y en la economía tanto familiar como del estado. No hay evidencia de estudios locales que describen la posible asociación de factores sociodemográficos, farmacológicos y clínicos con el riesgo de severidad de la demencia, por lo que se decide realizar el presente estudio con la población atendida en el 2022-2024 en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

El presente estudio tiene como enfoque identificar dichos factores que podrían estar asociados en la severidad de las enfermedades demenciales, lo cual puede ser esencial para una detección oportuna y precoz de dichos factores, con el fin de establecer un correcto manejo, y por ende disminuir el riesgo de severidad de la demencia. Se espera que la presente investigación sea útil para futuros estudios y pueda permitir ser el inicio de investigaciones locales en las enfermedades con deterioro cognitivo mayor.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre factores sociodemográficos, farmacológicos y clínicos y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores con diagnóstico de demencia, incluyendo grupo etario, sexo y estado de convivencia
2. Describir las características clínicas de los pacientes, incluyendo tipo de demencia, comorbilidades y grado de severidad
3. Identificar el uso de fármacos potencialmente asociados al deterioro cognitivo, tales como benzodiazepinas, anticolinérgicos y sedantes, en la población estudiada.

Hipótesis

Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos, farmacológicos y clínicos y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024.

CAPITULO II: Marco Teórico

Definiciones y clasificación de demencias

La demencia es un término asociado a diversas enfermedades que producen deterioro cognitivo grave, el cual puede ser progresivo o de inicio abrupto (9). Entre las principales enfermedades demenciales se presentan: Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, entre otras (10). Se ha evidenciado un aumento en la prevalencia e incidencia a nivel mundial de pacientes con demencia, causado principalmente por el incremento en la esperanza de vida en esta última década. En América latina y el caribe la prevalencia de demencia en adultos mayores es elevada, especialmente en mujeres y en personas con nivel educativo bajo o de zonas rurales (11).

El desarrollo de una enfermedad demencial es netamente causado por una alteración genética, en la mayoría de casos de herencia familiar (salvo la demencia vascular que su causa se debe al ictus). Sin embargo, existen muchos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de la aparición de dicha enfermedad. Los cuales son (12) (13):

- Sociodemográficas
 - Edad
 - Sexo femenino
 - Baja escolaridad
 - Nivel socioeconómico
 - Zona geográfica
 - Etnia
- Farmacológico
 - Anticolinérgicos
 - Benzodiazepinas
- Comorbilidades
 - HTA
 - Diabetes Mellitus
 - Dislipidemia
 - Enfermedad cardiovascular
 - Ictus
 - Depresión
 - Traumatismo craneoencefálico
 - Apnea del sueño

➤ Fragilidad

La fisiopatología de la demencia dependerá del tipo de enfermedad que esta produciendo el deterioro en el paciente. Las cuales pueden ser acumulo de proteínas (β -amiloide, tau, alfa-sinucleína), daño vascular o inflamación cerebral. El diagnóstico es meramente clínico, sin embargo, se deben realizar exámenes complementarios, para confirmar dicha sospecha (14).

En la siguiente tabla se expondrá los diferentes términos actualizados en relación con la demencia

Criterios	Término	Comentarios
DSM-5	Trastorno neurocognitivo mayor	Déficit cognitivo en ≥ 1 dominio (memoria, atención, lenguaje, etc)
Cie-11	Deterioro cognitivo mayor	Códigos: 6D80-6D8Z

Emmady PD, Schoo C, Tadi P. Major Neurocognitive Disorder (Dementia) [Updated 2022 Nov 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/>

Clasificación Internacional de Enfermedades Para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad 11va revisión

Epidemiología global y regional

Las enfermedades demenciales son un problema que cada año va en aumento; en 1980 se estimaba una prevalencia de 20 millones de personas con un diagnóstico de demencia, sin embargo, esa cifra cambió drásticamente hasta el 2021, donde se ha evidenciado una prevalencia de 57 millones (13). Se estima que para el año 2050 130 millones de personas padecerán demencia (15).

- Situación en América Latina y el Caribe: Múltiples estudios han demostrado que la prevalencia en América Latina y el Caribe es la más elevada a nivel mundial. Denotando que el sexo femenino es el más prevalente, junto con personas en zonas rurales (16).
- Datos locales: Un estudio de 2010-2022 describió una prevalencia de 3.1% en pacientes mayores de 60 años en un hospital de Guayaquil, Ecuador. Como es de esperarse la prevalencia aumentó con la edad, y las mujeres el grupo más vulnerable (17).

Factores de riesgo sociodemográficos

EDAD	Cada 5-6 años después de los 65 la prevalencia/incidencia se duplica
SEXO	Femenino mayor riesgo.
NIVEL EDUCATIVO	Escolaridad es un factor de protección (reserva cognitiva). En América Latina y Caribe la incidencia de demencia es de 21.4% en personas con baja escolaridad vs 9,9% de personas con escolaridad superior
ESTADO CIVIL	Pareja es un factor protector
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Bajo nivel socioeconómico se ha evidenciado como factor de riesgo. Debido a diversos factores: Baja escolaridad, peores condiciones de salud y alimentación.
RESIDENCIA	Mayor prevalencia en zonas rurales.

Arvanitakis, Zoe; Shah, Raj; Bennett, David. *Diagnosis and Management of Dementia: A Review*. JAMA. 2019; 322(16).

Como se evidenció en la Tabla 2, los factores sociodemográficos pueden ser protectores (escolaridad, nivel educación, género, edad), sin embargo, es fundamental entender que ninguna persona se encuentra exenta al desarrollo de una enfermedad demencial (18).

Factores farmacológicos

ANTICOLINÉRGICOS	Bloquean transmisión colinérgica central, empeorando la cognición
BENZODIACEPINAS	Inhibición sinapsis neuronal, por estímulo de GABA
ANTIDEPRESIVOS	Antidepresivos tricíclicos tienen actividad colinérgica, por lo que puede empeorar la cognición
ANTIPSICÓTICOS	Uso con cautela, su uso en la demencia de manera errónea puede ser mortal

ESTATINAS	Evidencia actual es mixta.
ANTIHIPERTENSIVOS	Factor protector frente a demencia vascular
ANTIDIABÉTICOS	Metformina como protector, debido a mejoría en función mitocondrial y disminución de glicación de proteína β -amiloide

Medications at Dementia Diagnosis, Their Receptor Activity, and Associations With Adverse Outcomes in a Large Clinical Cohort. JAMDA. 2022; 23(6).

Aldawsari, Asma; et al. Use of sedative-hypnotic medications and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. BJCP. 2021; 88(4).

Factores clínicos y comorbilidades

Las enfermedades crónicas son un gatillante para el desarrollo de cuadros demenciales, ya sea de manera aguda, o crónica. Las siguientes comorbilidades afectan de manera directa e indirectamente la fisiopatología del deterioro cognitivo mayor (19).

- **Hipertensión arterial:** Es la comorbilidad vascular más importante. El aumento de la presión arterial puede influir directamente en la presión vascular cerebral, produciendo daños microvasculares los cuales pueden resultar en infartos lacunares o daño de la sustancia blanca (20).
- **Diabetes mellitus:** Múltiples estudios han demostrado que la hiperglicemia crónica puede conllevar consecuencias tales como daños microvasculares; además se ha evidenciado una acumulación de AGE (productos finales de glicación avanzada), los cuales son compuestos químicos que producen toxicidad, y se han vinculado con el desarrollo de demencia en adultos (21).
- **Dislipidemia:** La hiperlipidemia puede conllevar a complicaciones cardiovasculares o cerebrales por la aterosclerosis, lo cual facilita el daño cerebral y acelera el deterioro cognitivo (22).
- **Depresión:** La depresión se ha vinculado fuertemente con el desarrollo de demencia, debido a picos muy elevados de cortisol que afectan el hipocampo. La depresión que aparece por primera vez en un paciente mayor de 60 años puede ser un síntoma inicial del desarrollo de demencia (síntoma prodrómico) (23)
- **Traumatismo craneoencefálico:** Es un factor de riesgo muy claro. Se ha evidenciado el acumulo de proteínas anómalas (beta-amiloide y tau) en pacientes

que han sufrido TCE. La intensidad y los múltiples traumatismos son los factores que influyen en dicho acúmulo (24).

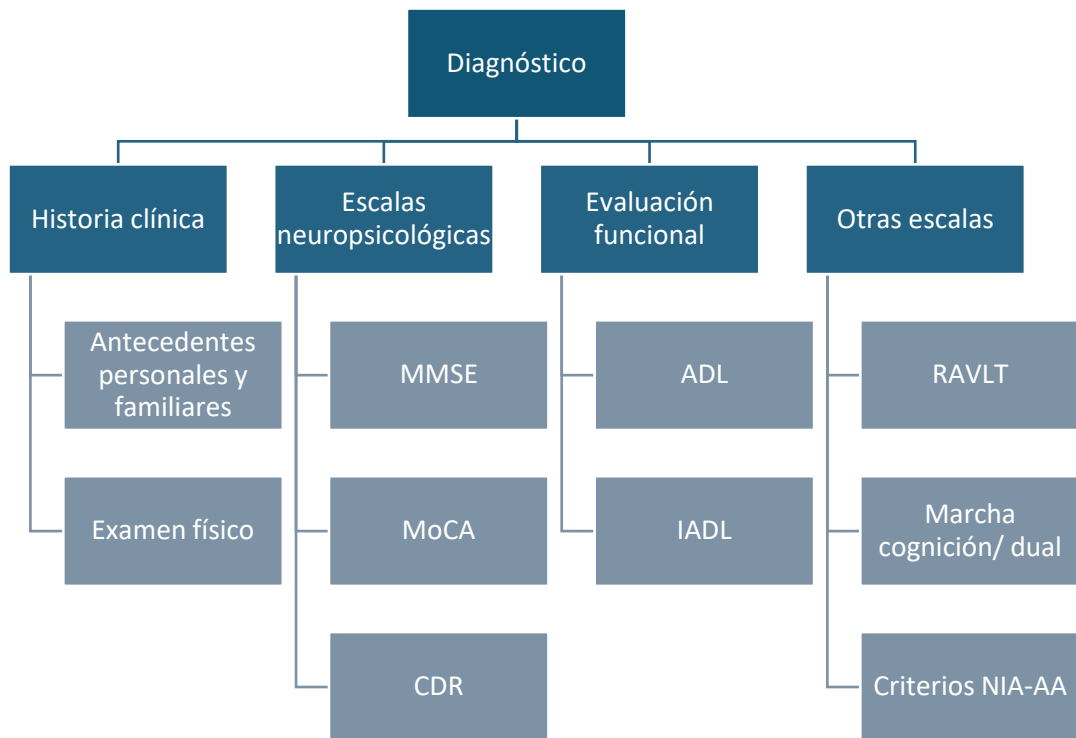
- **Apnea obstructiva del sueño:** La apnea obstructiva de sueño se vincula con el desarrollo de demencia debido a los continuos estadios hipóxicos, produciendo así inflamación cortical crónica y lesiones cerebrales (25).
- **Fragilidad:** La fragilidad es el síndrome geriátrico que está más vinculado con el desarrollo de demencia. Se ha demostrado que dicho síndrome produce una disminución en la reserva cerebral, siendo las funciones corticales más propensas a deteriorarse (26).

Etiopatogenia

- **β -amiloide:** Especialmente en la fisiopatología de la Enfermedad de Alzheimer, el acúmulo de proteínas β -amiloide han sido la génesis de la neurodegeneración (14).
- **Proteínas tau:** Al igual que en la Enfermedad de Alzheimer, estas proteínas se acumulan para el inicio de la disfunción sináptica cortical. Encontradas principalmente en la Enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal y en parkinsonismos (como la parálisis supranuclear progresiva) (14).
- **Daño endotelial:** Común en pacientes con HTA, dislipidemias o Diabetes mellitus. Estadios de inflamación crónica pueden producir estrés oxidativo lo que conlleva con deterioro neuronal sináptico (27).
- **Genético-ambiental:** Existen alelos de riesgo que aumentan el riesgo al desarrollo de demencia, por ejemplo, la APOE ϵ 4 aumenta exponencialmente la génesis en la fisiopatología de la Enfermedad de Alzheimer. Adicionalmente, el estilo de vida es esencial para la progresión de una demencia, siendo el sedentarismo y bajo nivel de educación los más importantes (28).

Evaluación diagnóstica y escalas relevantes

El abordaje diagnóstico es clínico, siendo la anamnesis y el examen físico los pilares del diagnóstico (9).

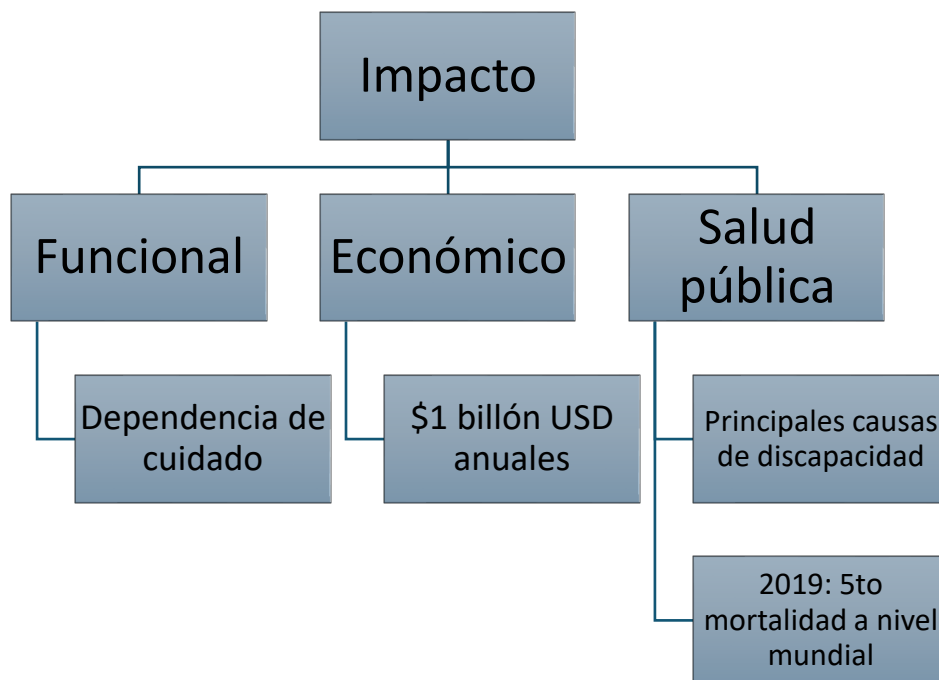


Elaborado por: Fabara y Montero

Arvanitakis, Zoe; Shah, Raj; Bennett, David. *Diagnosis and Management of Dementia: A Review.* JAMA. 2019; 322(16).

Impacto funcional y carga familiar/salud pública

La demencia es una de las causas principales de dependencia y discapacidad en el adulto mayor. El impacto en el paciente con demencia afecta de manera diferente, a continuación, se describirán las más relevantes (12) (1):



Brechas de conocimiento y preguntas de investigación

Múltiples estudios se han realizado entorno a las enfermedades demenciales a lo largo del tiempo, sin embargo, existen muchos vacíos o problemáticas que no han sido solucionados aún:

- **Datos locales limitados:** Existe una escasez importante de información en el la epidemiología en el Ecuador en el cual detalle la incidencia y sobre todo los factores de riesgo específicos locales.
- **Asociación fármaco-demencia:** Ausencia de estudios que determinen la relación farmacológica en la demencia, con mayor énfasis en el impacto del retiro de un fármaco de riesgo con la progresión de la misma afección cognitiva.
- **Uso de biomarcadores:** No se ha demostrado como adaptar los criterios NIA-AA a sectores de recursos limitados, sobre todo en el ámbito rural.
- **Factores genéticos locales:** Los perfiles genéticos conocidos (sobre todo el APOE 4), puede ser diferente su impacto en la población ecuatoriana. Se debe realizar investigaciones exhaustivas con el fin de determinar perfiles genéticos locales.
- **Factores protectores:** Escasa información del impacto de factores protectores (ejercicio físico, medidas dietéticas, influencia social) en el curso de evolución de la demencia en el Ecuador.
- **Intervenciones comunitarias:** Estrategias de prevención primaria (tales como: control de la hipertensión arterial, niveles glicémicos normales, programas de educación, disminuir polifarmacia innecesaria) en sectores locales, con mayor énfasis en comunidades rurales.

CAPITULO III: Metodología

Tipo de estudio

El estudio es de tipo relacional debido a que el enfoque es buscar la asociación entre las variables de estudio frente a la severidad de enfermedades demenciales. Los datos fueron obtenidos por registros de historias clínicas, por lo que se el diseño fue de tipo retrospectivo. En relación con el número de mediciones, el presente estudio es categorizado de tipo transversal, debido a que se usó una sola medición por cada paciente en el periodo de tiempo del estudio. Adicionalmente, es de un estudio de tipo relacional debido a que el objetivo principal fue demostrar la asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas con la severidad de enfermedades demenciales.

Población de estudio

No hay muestreo, el estudio incluyó toda la población de estudio. La población de estudio corresponde a adultos mayores (>60 años) que fueron atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor en el período 2022-2024.

- Criterios de inclusión:
 - Adultos mayores atendidos en consulta externa u hospitalización
 - Diagnóstico de demencia según Minimental (29) o MoCA test (30)
 - Ausencia de comorbilidades agudas
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes sin deterioro cognitivo o diagnóstico de demencia.
 - Pacientes con otras enfermedades neurológicas preexistentes.
 - Condiciones metabólicas agudas
 - Enfermedades psiquiátricas activas severas

Método de recogida de datos

Base de datos de Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor en el período 2022-2024.

Variables

Variable	Indicador	Resultado de la medición	Tipo de variable	Instrumento	Definición de variables
Grupo etario	X	60-74 75-84 ≥85	Cualitativa ordinal	Base de datos	Clasificación de los pacientes según su edad cronológica en rangos establecidos para adultos mayores.
Sexo	Sexo	Hombre Mujer	Cualitativa nominal	Base de datos	Característica biológica que diferencia a los individuos en masculino o femenino según el registro clínico.
Farmacología	Uso de benzodiazepinas, anticolinérgicos o sedantes	Si No	Cualitativa nominal	Base de datos	Consumo registrado de medicamentos con efecto sobre el sistema nervioso central que pueden influir en el deterioro cognitivo.
Comorbilidad	Descripción de comorbilidad	Descripción	Cualitativa nominal	Base de datos	Presencia de una o más enfermedades crónicas adicionales al diagnóstico principal de demencia registradas en la historia clínica.
Severidad de Demencia	Escala deterioro global de Reisberg	GDS 1-7	Cualitativa ordinal	Base de datos	Grado de deterioro cognitivo del paciente medido mediante la escala Global Deterioration Scale (GDS), que clasifica la demencia en siete estadios progresivos.
Tipo de demencia	Descripción de tipo de demencia	Descripción	Cualitativa nominal	Base de datos	Clasificación clínica del tipo de demencia diagnosticada según criterios médicos (ej. Alzheimer, vascular,

					cuerpos de Lewy, entre otros).
Estado de convivencia	Estado actual de vivencia del paciente	Vive solo Vive acompañado	Cualitativa nominal	Base de datos	Condición social del paciente respecto a su entorno de convivencia habitual, ya sea solo o con familiares u otras personas.

Entrada y gestión informática de datos

Información recolectada por medio de base de datos proporcionada por Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor en el período 2022-2024., aplicando criterios inclusión y exclusión. Esa información tabulada será ingresada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Estrategia de análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó utilizando Microsoft Excel. En primer lugar, se describieron las características de la población mediante tablas de frecuencia, empleando valores absolutos y porcentajes para facilitar su comprensión. Posteriormente, se realizaron cruces de variables a través de tablas de contingencia, con el objetivo de explorar posibles relaciones entre los factores sociodemográficos, farmacológicos y clínicos y el riesgo de enfermedades demenciales. Para determinar si estas asociaciones eran estadísticamente significativas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), considerando sus respectivos grados de libertad. Además, se calcularon intervalos de confianza con sus límites superior e inferior, y se tomó como referencia un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los resultados se organizaron en tablas para una mejor interpretación.

Capítulo IV: Resultados

Características generales de la población de estudio

En el presente estudio se incluyeron 196 pacientes diagnosticados con demencia, los cuales fueron atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo 2022-2024.

A continuación, se expondrá los resultados de la presente investigación en la que se estableció una relación entre los factores sociodemográficos, farmacológicos, y clínicas, con la severidad en las enfermedades demenciales.

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grupo etario	60-74 años	58	29.6%
	75-84 años	82	41.8%
	≥85 años	56	28.6%
Sexo	Masculino	78	39.8%
	Femenino	118	60.2%
Estado de convivencia	Vive solo	64	32.7%
	Vive acompañado	132	67.3%

Tabla 1. Distribución de pacientes según características sociodemográficas

Interpretación:

En la Tabla 1 se demuestra una mayor proporción de pacientes con demencia en edades avanzadas, siendo el grupo etario de 75-84 años el más predominante. Por otro lado, el sexo femenino es el más prevalente del grupo con una amplia diferencia al sexo masculino. Como era de esperarse la mayoría de los pacientes del presente estudio viven acompañados, lo que demuestra la pérdida de la independencia debido al deterioro cognitivo.

Características clínicas y farmacológicas

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
TIPO DE DEMENCIA	Alzheimer	102	52.0%
	Vascular	54	27.6%
	Cuerpos de Lewy	40	20.4%
	Frontotemporal	14	7.1%
SEVERIDAD (GDS)	Leve (1–3)	48	24.5%
	Moderada (4–5)	92	46.9%
	Severa (6–7)	56	28.6%

Tabla 2: Distribución según características clínicas

Interpretación:

En la tabla 2 se puede evidenciar que la demencia más frecuente es causada por la Enfermedad de Alzheimer, siendo más de la mitad de los pacientes del presente estudio. Según la escala de Deterioro Global (GDS) la afección moderada es la más común, con 92 pacientes en este grupo.

Fármaco	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Benzodiacepinas	58	29.6%
Anticolinérgicos	46	23.5%
Sedantes	34	17.3%
Ninguno	58	29.6%

Tabla 3: Distribución según uso de fármacos

Interpretación:

Se realizó un análisis de los fármacos usados por los pacientes del estudio que pueden alterar el deterioro cognitivo, siendo el uso de las benzodiacepinas (sobre todo el diazepam), los medicamentos de riesgo más utilizados en la población de estudio. Por otro lado, 58 pacientes (29.6%) negaron el uso de algún fármaco que influya en el deterioro cognitivo.

Asociación entre características sociodemográficas y severidad de demencia

Se realizó un análisis entre las variable sociodemográficas con la severidad de demencia en la población de estudio. Se procedió a realizar la prueba de Chi cuadrado para evidenciar la asociación entre variables.

Grupo etario	Leve	Moderada	Severa	Total
60–74 años	28 (41.2%)	30 (44.1%)	10 (14.7%)	68
75–84 años	20 (24.4%)	40 (48.8%)	22 (26.8%)	82
≥85 años	6 (13.0%)	16 (34.8%)	24 (52.2%)	46

Tabla 4: Asociación entre grupo etario y severidad de demencia

Prueba	Valor
χ^2	26.4
gl	4
p	<0.001

Tabla 5: Prueba de Chi cuadrado en la asociación entre grupo etario y severidad de demencia

Interpretación:

En la tabla 4 se evidenció la asociación entre el grupo etario y la severidad de demencia, siendo el grupo etario ≥85 años el que más asociado estuvo a severidad de la demencia, demostrando que la edad influye en la progresión y severidad de la demencia. En la tabla 5 se procedió a verificar la asociación con la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), junto con un valor p <0.001 demostrando una significancia estadística importante.

Sexo	Leve	Moderada	Severa	Total
Masculino	26 (29.5%)	36 (40.9%)	26 (29.5%)	88
Femenino	28 (25.9%)	50 (46.3%)	30 (27.8%)	108

Tabla 6: Asociación entre sexo y severidad de demencia

Prueba	Valor
χ^2	1.1
gl	2
p	0.57

Tabla 7: Prueba de Chi-cuadrado en la asociación entre sexo y severidad de demencia

Interpretación:

No se evidenció un resultado significativo, por lo que no se puede concluir que el sexo influye directamente con la severidad de las enfermedades demenciales.

Convivencia	Leve	Moderada	Severa	Total
Solo	10 (19.2%)	18 (34.6%)	24 (46.2%)	52
Acompañado	44 (30.6%)	68 (47.2%)	32 (22.2%)	144

Tabla 8: Asociación entre estado de convivencia y severidad de demencia

Prueba	Valor
χ^2	12.8
gl	2
p	<0.002

Tabla 9: Prueba de Chi-cuadrado en la asociación entre estado de convivencia y severidad de demencia

Interpretación:

La tabla 8 demuestra, tal cual se había descrito anteriormente, que la mayoría de los pacientes con demencia viven acompañados, debido a su pérdida de independencia; sin embargo, unos valores que llama mucho la atención es que el 46.2% de los pacientes que vivieron solos desarrollaron un cuadro demencial severo, el cual puede estar vinculado a múltiples factores, tales como: mal apego al tratamiento, diagnóstico tardío, síntomas

depresivos relacionados a la soledad, etc. En la tabla 9 se evidenció la significancia estadística entre la asociación descrita.

Asociación entre factores farmacológicos y severidad de demencia

Fármaco	Leve	Moderada	Severa	Total
Benzodiazepinas	10 (17.2%)	24 (41.4%)	24 (41.4%)	58
Anticolinérgicos	8 (17.4%)	20 (43.5%)	18 (39.1%)	46
Sedantes	10 (31.3%)	14 (43.8%)	8 (25.0%)	32
Ninguno	26 (43.3%)	28 (46.7%)	6 (10.0%)	60

Tabla 10: Asociación entre uso de fármacos y severidad de demencia

Prueba	Valor
χ^2	18.9
gl	6
p-valor	0.004

Tabla 11: Prueba de Chi-cuadrado en la asociación entre uso de fármacos y severidad de demencia

Interpretación:

En la tabla 10 se puede evidenciar un evidente número de pacientes con demencia severa de los cuales consumen benzodiazepinas habitualmente. Otro hallazgo importante es que la mayoría de los pacientes que no consumen medicamentos de riesgo presentaron un cuadro clínico de demencia leve o moderado, muy pocos (10%) presentaron una clínica severa. Por otro lado, la tabla 11 demuestra que la asociación entre las variables farmacología-severidad demencia, con un valor de significancia $p < 0.004$.

Capítulo V: Discusión

En el presente estudio se evidenció la asociación de factores sociodemográficos, farmacológicos y clínicos con la severidad de las enfermedades demenciales en adultos mayores. Los resultados obtenidos demostraron que la edad avanzada, y el uso de fármacos (sobre todo las benzodiazepinas), se asociaron en la severidad de la demencia. El sexo no demostró una asociación significativa.

Nuestros resultados demostraron lo que se ha evidenciado en estudios a nivel mundial, en la que la demencia y su severidad es multicausal, y está relacionado a distintos factores, tal como se ha manifestado en el presente estudio.

Se demostró una relación importante entre la edad con la severidad del deterioro cognitivo de las enfermedades demenciales, siendo el grupo etario de pacientes ≥ 85 años los más expuestos a una clínica más severa.

Similar a la presente investigación, en el 2019 un estudio de por medio de JACC Scientific Expert Panel demostraron que la demencia es más severa en relación con el avance de la edad; siendo el daño vascular uno de los principales factores causales porque el deterioro cognitivo aumenta con la edad (31); otro estudio del 2025 en The Lancet evidenció a la edad avanzada como factor de riesgo para la severidad de la demencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer (32).

Con respecto al sexo y su relación con la severidad en la demencia, no se evidenció resultados significantes, por lo que se concluyó que no hay una asociación clínica de importancia. Un estudio del 2020 en The Lancet demostró las diferencias del sexo en diferentes enfermedades, donde demostró que el sexo femenino es más prevalente en severidad de la demencia por enfermedad de Alzheimer (33), discrepando con los resultados obtenidos de nuestra investigación.

En relación al estado de convivencia, donde se demostró que la mayoría de los pacientes que sufren demencia viven acompañados, lo que demuestra la pérdida de la dependencia funcional debido al deterioro clínico en las enfermedades demenciales. Por otro lado, en un artículo con el título "*Living alone and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis*" del 2020 demostró que vivir solo eleva exponencialmente el riesgo a empeorar clínicamente las enfermedades demenciales (34).

Se evidenció que el consumo de medicamentos como las benzodiazepinas, anticolinérgicos u otros sedantes pueden estar intrínsecamente relacionados con mayor severidad en las enfermedades demenciales.

Las benzodiazepinas ejercen un efecto directo sobre el sistema GABA, en el cual se encarga de permitir el ingreso de cloruro a la neurona, produciendo así el fenómeno de hiperpolarización, el cual permite entrar en un estado inhibitorio neuronal prolongado. En el 2015 se realizó un metaanálisis donde se demostró que el uso prolongado de benzodiazepinas puede agravar el deterioro cognitivo (35), siendo este muy lesivo en pacientes con diagnóstico confirmado de demencia.

Por otro lado, se demostró en el presente estudio que los anticolinérgicos agravan la cognición, produciendo así un empeoramiento en el cuadro clínico de la demencia; en el 2019 la revista JAMA Internal Medicine demostró los mismos hallazgos de nuestro estudio, en el cual se evidenció un aumento en la severidad de la demencia (36). Se entiende que el deterioro cognitivo causado por los anticolinérgicos es atribuido por el impacto que estos tienen con la Ach cerebral.

Por otro lado, 2 estudios del 2022, 1 por JAMDA (37) y otro por BJCP (38) demostraron que otros sedantes pueden influir en el deterioro cognitivo.

La demencia causada por la enfermedad de Alzheimer es la causa principal del presente estudio,

La mayoría de los pacientes del estudio presentaron un cuadro clínico en etapas moderadas, lo cual demuestra que es poco común la atención a pacientes en fases leves de la enfermedad, puesto que los hallazgos clínicos comienzan a ser significativos en etapas moderadas; ese mismo hallazgo fue demostrado en un estudio en el 2024 por David B. Reuben, donde se evidenció que hay mayor frecuencia de diagnósticos y hallazgos de deterioros cognitivos mayores en pacientes con etapas moderadas (39)

Limitaciones del estudio

En la presente investigación se exponen ciertas limitaciones relacionadas con el diseño del mismo estudio, las cuales son las siguientes:

- Al ser un estudio observacional, no hay contacto ni interferencia con el desarrollo de la enfermedad de la población de estudio.
- El estudio transversal no permite evidenciar causalidad
- Al ser un estudio retrospectivo, es una recopilación de información pasada guardada en historias clínicas, la cual puede tener sesgos de información que pueden alterar el desarrollo de la investigación.

- Ausencia de grupo de control de pacientes sin demencia, no permite demostrar la asociación de las variables con el desarrollo de demencia, el presente estudio debe conformarse con la asociación de variables con la severidad de las enfermedades demenciales.

Fortalezas del estudio

- Total, de población de estudio es un valor estadísticamente significativo.
- Múltiples variables de estudio, lo que permite una evaluación integral del paciente con deterioro cognitivo.
- Pruebas estadísticas (tales como Chi-cuadrado y valor p) demuestran mayor seguridad en los resultados.

Conclusión

Se concluye esta investigación analizando los objetivos específicos, por lo que se demuestre lo siguiente:

- La edad avanzada, y el vivir solo son las característica sociodemográficas más importantes asociadas con el deterioro cognitivo, por otro lado, no se evidenció una asociación significativa entre el sexo y la severidad de las enfermedades demenciales.
- Se evidenció que el tipo de demencia más prevalente es causada por la Enfermedad de Alzheimer, siendo el grado moderado más frecuente entre la población de estudio.
- Las benzodiazepinas y anticolinérgicos fueron los fármacos que más gravedad provocaron a la cognición, empeorando a los pacientes con demencia.

Recomendaciones

- Evitar el uso de fármacos que puedan provocar mayor deterioro cognitivo, tales como las benzodiazepinas, anticolinérgicos y otros sedantes.
- Valoración clínica a adultos mayores de manera periódica, con el fin de realizar tamizajes cognitivos, y valoración de factores sociodemográficos.
- Actividades para la promoción de la salud, con el fin de la inclusión de la participación familiar en el cuidado del adulto mayor.
- Realización de estudios futuros con el fin de la inclusión de nuevas variables tales como: nivel de educación, estado nutricional u otros factores psicosociales. Así también como estudios longitudinales o de casos/controles, para poder determinar factores de riesgo y causalidad en el desarrollo de las enfermedades demenciales.

Bibliografía

1. Oh ES. Dementia. *Annals of Internal Medicine*. 2024; 177(11).
2. Akthar, Ansab; Singh, Siddharth; Kaushik, Ravinder; Awasthi, Rajendra; Behl, Tapan. Types of memory, dementia, Alzheimer's disease, and their various pathological caAgeing Research Reviewsscades as targets for potential pharmacological drugs. *Ageing Research Reviews*. 2024; 96.
3. Reuben, David B.; Kremen, Sarah; Maust, Donovan T.. Dementia Prevention and Treatment. *JAMA Internal Medicine*. 2024; 184(5).
4. World Health Organization. [Online]; 2025. Acceso 10 de 09de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
5. Ribeiro, Fabiana; Teixeira-Santos, Ana C.; Caramelli, Paulo; Leist, Anja K.. Prevalence of dementia in Latin America and Caribbean countries: Systematic review and meta-analyses exploring age, sex, rurality, and education as possible determinants. *Ageing research reviews*. 2022; 81.
6. Salud OPdl. La demencia en América Latina y el Caribe; 2023.
7. Hendriks, Stevie; Ranson, Janice; Peetoom, Kirsten. Risk Factors for Young-Onset Dementia in the UK Biobank. *JAMA Neurology*. 2023; 81(2).
8. Cao, Xi-Peng; Xu, Wei; Wang, Zuo-Teng; Tan, Lan; Yu, Jin-Tai. Dietary Components and Nutritional Strategies for Dementia Prevention in the Elderly. *Current Alzheimer research*. 2023; 20(4).
9. Arvanitakis, Zoe; Shah, Raj; Bennett, David. Diagnosis and Management of Dementia: A Review. *JAMA*. 2019; 322(16).
10. Soderlund, Karl; Austin, Matthew; Wang, Lily; Yasar , Sevil; Shih, Robert. ACR Appropriateness Criteria® Dementia: 2024 Update. *Journal of the American Collegue of Radiology*. 2025; 22(5).
11. Peñaherrera Oviedo, Carlos Andrés; Moreno Zambrano, Daniel; Duarte Martínez, Carolina; Beatriz Jurado, María; Santibáñez, Rocío; Tamaríz, Leonardo; Palacio, Ana. Concepto de la Demencia Como Enfermedad en un Grupo Poblacional de la Ciudad de Guayaquil. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 2014; 23(1).
12. Lazar, Ronald; et al. A Primary Care Agenda for Brain Health. *Stroke*. 2022; 52(6).
13. Hafdi, Melanie; Hoevanaar, Marieke; Richard, Edo. Multi-domain interventions for the prevention of dementia and cognitive decline. *Cochrane Library*. 2021.

14. Sin Chin, Kai. Pathophysiology of dementia. *Australian Journal of General Practice*. 2023; 52(8).
15. Shin, Joon-Ho. Dementia Epidemiology Fact Sheet 2022. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2022; 46(2).
16. Custodio, Nilton; Wheelock, Ana; Thumala, Daniela; Slachevsky, Andrea. Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. *Frontiers in aging neuroscience*. 2017; 9(221).
17. Valdevila Figueira, Jose Alejandro; et al. Epidemiology of dementia in an Ecuadorian mental health institution. *Journal of Alzheimer's disease reports*. 2025; 9(1).
18. Paradela, Regina Silva; et al. Population attributable fractions for risk factors for dementia in seven Latin American countries: an analysis using cross-sectional survey data. *Lancet Global Health*. 2024; 12(10).
19. Bergman, Howard; et al. Dementia and comorbidities in primary care: a scoping review. *BMC primary care*. 2023; 24(1).
20. Ma, Dongfei; et al. How to manage comorbidities in people with dementia: A scoping review. *Ageing Research Reviews*. 2023; 88.
21. Ninomiya, Toshiharu. Diabetes mellitus and dementia. *Current diabetes reports*. 2014; 14(5).
22. Reitz, Christiane. Dyslipidemia and dementia: current epidemiology, genetic evidence and mechanisms behind the associations. *Journal of Alzheimer's disease*. 2012; 30(2).
23. Kitching, David. Depression in dementia. *Australian Prescriber*. 2015; 38(6).
24. Shively, Sharon; Scher, Ann; Perl, Daniel; Diaz, Ramon. Dementia Resulting From Traumatic Brain Injury. *Archives Neurology*. 2012; 69(10).
25. Marchi, Nicola; Allali, Gilles; Heinzer, Raphael. Obstructive sleep apnea, cognitive impairment, and dementia: is sleep microstructure an important feature? *Sleep*. 2024; 47(12).
26. Kulmala, Jenni; Nykanen, Irma; Manty, Minna; Hartikainen, Sirpa. Association between frailty and dementia: a population-based study. *Gerontology*. 2014; 60(1).
27. Fang, Yao-ching; Hsieh, Yi-Chen; Hu, Chaur-Jong; Tu, Yong-Kwang. Endothelial Dysfunction in Neurodegenerative Diseases. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023; 24(3).

28. Dementia Australia. [Online]; 2025. Acceso 12 de Abril de 2026. Disponible en: <https://www.dementia.org.au/about-dementia/genetics-and-dementia>.
29. Creavin, Sam T.; et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. The cochrane database of systematic reviews. 2016; 1.
30. Stewart, Christi; et al. Mini-Cog, IQCODE, MoCA, and MMSE for the Prediction of Dementia in Primary Care. *American Family Physician*. 2022; 6(590-592).
31. Iadecola, Costantino; Duering, Marco; Hachinski, Vladimir; Joutel, Anne; Pendlebury, Sarah; Schneider, Julie; Dichgans, Martin. Vascular Cognitive Impairment and Dementia. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019; 73(25).
32. Frisoni, Giovanni; et al. New landscape of the diagnosis of Alzheimer's disease. *The Lancet*. 2025; 406(10510).
33. Mauvais-Jarvis, Franck; et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*. 2020; 396(10250).
34. Desai, Roopal; John, Amber; Stott, Joshua; Charlesworth, Georgina. Living alone and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. 2020; 62.
35. Zhong, GuoChao; Wang, Yi; Zhang, Yong; Zhao, Yong. Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis. *Plos One*. 2015; 10(5).
36. Coupland, Carol; Hill, Trevor; Dening, Tom. Anticholinergic Drug Exposure and the Risk of Dementia. *JAMA Internal Medicine*. 2019; 179(8).
37. Mbazira, Agnes; Bishara, Delia; Perera, Gayan; Sauer, Justin; Stewart, Robert; Mueller, Christoph. Sedation-Associated Medications at Dementia Diagnosis, Their Receptor Activity, and Associations With Adverse Outcomes in a Large Clinical Cohort. *JAMDA*. 2022; 23(6).
38. Aldawsari, Asma; et al. Use of sedative-hypnotic medications and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *BJCP*. 2021; 88(4).
39. Reuben, David; Kremen, Sarah; Maust, Donovan. Dementia Prevention and Treatment. *JAMA Internal Medicine*. 2024; 184(5).

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Franklin Ricardo Fabara Carranza**, con C.C: # **0940999501** y **Rashiell Mariana Montero Merchán**, con C.C: # **0932058068** autores del trabajo de titulación “**Asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024.**” previo a la obtención del título de **Medico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

f. _____
Franklin Ricardo Fabara Carranza
C.C: **0940999501**

f. _____
Rashiell Mariana Montero Merchan
C.C: **0932058068**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	“Asociación entre características sociodemográficas, farmacológicas y clínicas y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024”		
AUTOR(ES)	Franklin Ricardo Fabara Carranza, Rashiell Mariana Montero Merchán		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ayón Genkoung, Andrés Mauricio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico General		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2026	No. DE PÁGINAS:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias medicas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Factores de riesgo		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>Introducción: La demencia es una enfermedad caracterizada por el deterioro progresivo de funciones cognitivas, siendo la enfermedad de Alzheimer la causa más frecuente. Representa un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia e impacto socioeconómico. Su desarrollo es multifactorial e involucra factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos. Objetivo: Determinar la asociación entre factores sociodemográficos, farmacológicos y clínicos y la severidad de la demencia en adultos mayores atendidos en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el período 2022–2024. Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y relacional. Se incluyeron 196 adultos mayores con diagnóstico de demencia según Minimental o MoCA test. Se analizaron variables sociodemográficas, farmacológicas y clínicas. La severidad del deterioro cognitivo fue evaluada mediante la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS). Resultados: Predominó el grupo etario de 75–84 años y el sexo femenino. La enfermedad de Alzheimer fue el tipo de demencia más frecuente y la severidad moderada predominó según la escala GDS. Las benzodiazepinas fueron los fármacos más utilizados. Se evidenció asociación significativa entre edad avanzada, estado de convivencia, uso de fármacos y severidad de la demencia. No se encontró asociación significativa con el sexo. Conclusiones: La edad avanzada y el uso de benzodiazepinas fueron los principales factores asociados a mayor severidad de demencia, resaltando la importancia de un abordaje integral en estos pacientes.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Nombre: Rashiell Mariana Montero Merchán Teléfono: 0939888396 E-mail: monterorashiell1307@gmail.com	Nombre: Franklin Ricardo Fabara Carranza Teléfono: 0969715078 E-mail: franklinrfc@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayón Genkoung, Andrés Mauricio Teléfono: +593997572784 Email: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			