



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE
INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
CHETUMAL QUINTANA ROO.**

**“DEPENDENCIA FÍSICA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER USUARIOS DEL H.G.Z.M.F.Núm. 1, CHETUMAL”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. NORAMINA GUITIAN LAGUNA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“DEPENDENCIA FÍSICA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER USUARIOS DEL H.G.Z.M.F.Núm. 1, CHETUMAL”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. NORAMINA GUITIAN LAGUNA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. AUGUSTO R. SOLIS GONZALEZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN CHETUMAL, Q. ROO.

DRA. MARIA DOLORES LOPEZ CARRASCO.

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
H.G.Z.M.F. Núm. 1, CHETUMAL Q ROO.

DRA. MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
H.G.Z.M.F Núm 1, CHETUMAL Q ROO

DRA. MARIA DOLORES LOPEZ CARRASCO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
H.G.Z.M.F. Núm 1, CHETUMAL QROO

**“DEPENDENCIA FÍSICA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER USUARIOS DEL H.G.Z.M.F. Núm. 1, CHETUMAL”
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA. NORAMINA GUITIAN LAGUNA

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR: ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR: ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

1. Título
2. Índice General
3. Marco Teórico
4. Planteamiento del problema
5. Justificación
6. Objetivos
 - General
 - Específicos
7. Metodología
 - Tipo de estudio
 - Población, lugar y tiempo de estudio
 - Tipo de muestra y tamaño de muestra
 - Criterio de inclusión, exclusión y eliminación
 - Información a recolectar (variables a recolectar)
 - Método o procedimiento para captar la información
 - Consideraciones éticas
8. Resultados
 - Descripción (análisis estadístico) de los resultados
 - Tablas (cuadros) y graficas
9. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados
10. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)
11. Referencias bibliográficas.
12. Anexos

3. MARCO TEORICO:

La calidad de vida en los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) se mide a través de escalas que hacen referencia al funcionamiento en una serie de áreas que integran la vida cotidiana. Estas áreas son: la dependencia económica, la dependencia física, la dependencia social y la dependencia mental, considerándose como “dependencia” a la incapacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria (Baltes y Wahl, 1990); las cuales se definen como el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días y que le permiten vivir en forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir con su rol social ⁽¹⁾.

De acuerdo con la OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría, se define a la DEMENCIA como un síndrome clínico caracterizado por el deterioro de las funciones mentales superiores ⁽²⁾. También se define como un proceso en el que existe deterioro cognoscitivo, es decir, trastornos en la percepción sensorial, la atención, la memoria, el juicio, las funciones intelectuales, la comprensión y expresión del lenguaje, y algunos cambios de la personalidad, sin afectación del estado de alerta . Es un proceso adquirido y progresivo que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales, que se acompaña de cambios en la personalidad y/o del estado emocional ⁽³⁾.

La Academia Americana de Neurología ha hecho público en su nuevo documento los signos que permiten el diagnóstico de EA : pérdida de memoria, dificultad para llevar a cabo tareas familiares, problemas de lenguaje, perderse o sentirse desorientado en tiempo y espacio, colocación de objetos en lugares no correspondientes, poca capacidad de juicio, problemas con el pensamiento abstracto, cambios de humor y conducta, cambios de personalidad, pérdida de iniciativa ⁽⁴⁾.

Al comienzo de la EA (Etapa1) que tiene una duración aproximada de 1 a 3 años; se produce pérdida de memoria y desorientación seguido de la pérdida de la fluidez del lenguaje y aparición de problemas como ansiedad, agresividad o depresión. En la etapa 2 que dura entre 2 a 10 años tanto la memoria reciente como la remota están severamente alteradas, hay afasia, acalculia y alteraciones psiquiátricas como agitación. Finalmente en la etapa 3 , el paciente no puede valerse por sí mismo, las funciones intelectuales están muy deterioradas, no es capaz de reconocerse y presenta además incontinencia urinaria y fecal quedando recluido en cama ⁽⁴⁾.

Estos pacientes constituyen una verdadera preocupación nacional, ya que al ser incapaces de manejarse por sí solos, a la vez que sufren ellos, los debe atender la familia y los servicios médicos y finalmente la sociedad entera. Aproximadamente el 80% de los pacientes con EA son atendidos en sus hogares por sus familiares, quienes debido al sinnúmero de tareas no remuneradas y no valoradas, que unidas a las noches de sueño interrumpido, a las dificultades inherentes al cuidado de su familiar, a su situación económica, al escaso conocimiento técnico de los cuidados, a la interferencia en sus actividades sociolaborales, terminan debilitando su integridad psíquica (y en un gran porcentaje física) y la de toda su familia ⁽⁵⁾.

Más de la mitad de las personas con EA viven en su entorno natural .De acuerdo a un estudio realizado en España, el 80 % de los pacientes con este tipo de demencia, son atendidos en sus hogares exclusivamente por sus familiares y no en residencias. Dentro de los familiares afectados por la enfermedad, los padres representan el 58% de los casos, siendo la madre la afectada en el 44%. Le siguen los hijos (16%), los abuelos (11%), la pareja (5%) y otros (sobrina, suegra, tía) con un 11%. ⁽⁶⁾

El progresivo envejecimiento poblacional a nivel mundial ha favorecido el fenómeno denominado “transición epidemiológica”, en donde los procesos crónico-degenerativos, predominan sobre las patologías agudas e infecciosas. Entre ellos destacan las patologías neurodegenerativas como la demencia. Siendo la principal la EA

A nivel mundial esta enfermedad afecta a cerca de 25 millones de personas (10% de adultos mayores) y constituye la cuarta causa de muerte en los países occidentales después de las cardiopatías, los tumores y el infarto cerebral.

La prevalencia alcanza el 47% de las personas de más de 85 años (2,5). Si bien la demencia puede aparecer a cualquier edad, es muy rara antes de los 60 años. Las evidencias muestran que no hay diferencias de prevalencia en cuanto al sexo, sin embargo, algunos estudios revelan un leve aumento en las mujeres. Las evidencias también sugieren que la EA puede ser menos común en zonas rurales que en zonas urbanas y en países en vías de desarrollo más que en países desarrollados. Casi no hay datos de los países en vías de desarrollo, para poder refutar o confirmar esta teoría.

Se estima que para el año 2025 existan 80 millones de personas con demencia en África, Asia y Latinoamérica ⁽¹³⁾. La relevancia de la EA como problema de salud mental, es que a medida que la expectativa de vida aumenta, es mayor la prevalencia de la patología, que por cálculos internacionales se sabe que se duplica cada 5 años ⁽¹⁴⁾. La supervivencia del enfermo desde el diagnóstico varía entre 5 a 10 años ⁽⁸⁾.

A pesar de su distribución mundial, la EA predomina en Norteamérica (6 a 7 millones) y Europa (5 a 6 millones).

En Cuba se estima una cifra de 100 mil personas con enfermedad de Alzheimer, cifra que se duplicará para el 2020; por cada uno de ellos se calculan dos familiares afectados. En un estudio descriptivo de corte transversal realizado en este país en el municipio de Playa, se concluyó que la mayoría de los cuidadores eran mujeres en edad media de la vida, esposas e hijas de los pacientes y con nivel de escolaridad superior al primario, los enfermos se caracterizaron por estar la mayoría en estadio moderado de la enfermedad y un elevado porcentaje resultó dependiente funcionalmente ⁽⁹⁾.

En México, hasta el año 2001, no se consideraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad (5,10). En la actualidad está aumentando aceleradamente en nuestro país, en parte por el cambio del perfil epidemiológico y en parte por el incremento en la esperanza de vida del mexicano. Actualmente se calcula que existen entre 300 mil y 400 mil pacientes con demencia tipo Alzheimer en México, mayores de 60 años. La demencia afecta a 1 de cada 15 individuos mayores de 65 años y uno de cada 5 mayores de 85 años (17). Tienen una expectativa de vida de 7 a 10 años después del diagnóstico ^(15,17)

Las necesidades en el área de la salud mental han sido estimadas de gran magnitud en toda América Latina, incluyendo a México. Los anuarios estadísticos de la SSA consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de consulta externa de salud mental ⁽¹⁰⁾.

Las principales formas de DEMENCIA en la edad avanzada son: la enfermedad de Alzheimer (50-70%), demencia vascular (30-50%) y otras formas de demencia, algunas asociadas a patología sistémica (diabetes, hipotiroidismo), infecciones (complejo demencia-SIDA), degenerativas y/o genéticas (enfermedad de Pick, complejo demencia-Parkinson) ⁽¹¹⁾.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) fue descrita por primera vez por Alois Alzheimer, neuropatólogo alemán, en 1907, sin embargo, no fue sino hasta 1986 cuando se reconoció a la enfermedad como un problema de salud a nivel mundial ⁽¹²⁾.

Se han planteado varias hipótesis acerca de su fisiopatología, destacándose la toxicidad amiloide y la presencia de radicales libres neurotóxicos ⁽¹³⁾.

Los eventos patogénicos primarios, responsables de la aparición de EA están relacionados con mecanismos que provocan la muerte prematura de las neuronas (apoptosis neuronal). Las neuronas del cerebro humano están dotadas para vivir más de cien años en condiciones normales. En la EA las neuronas empiezan a degenerar entre los 20 y 30 años ⁽¹⁴⁾.

De acuerdo con sus manifestaciones clínicas la Enfermedad de Alzheimer se clasifica en cinco subtipos: Demencia tipo Alzheimer clásica, Enfermedad de Alzheimer benigna, Enfermedad de Alzheimer con grave deterioro cognoscitivo, Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano con deterioro cognoscitivo acelerado y Enfermedad de Alzheimer con deterioro progresivo del lenguaje. También se subdivide en esporádica (60% de los casos) y familiar (40%) en donde las alteraciones cognoscitivas son más graves. La enfermedad en los pacientes menores de 45 años es de progresión más rápida y con mayores anormalidades neurológicas y cognoscitivas ^(15,16,17).

Para llegar al diagnóstico de EA, no es suficiente la detección del deterioro cognoscitivo, sino que es necesario también: **1) Evaluar los factores de riesgo:** la edad es el principal factor, prevaleciendo de los 65 a los 85 años, duplicándose cada 5 a 6 años y estabilizándose a partir de los 85 a 90 años; género femenino; bajo nivel educativo; historia familiar de demencia senil; factores de riesgo vascular; infección por virus del herpes simple tipo 1; antecedente de trauma craneal; bajos niveles de folatos, vitamina B12; dieta; variables sociodemográficas y étnicas); **2) Establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos de demencia** y **3) Demostrar por medio de biopsia, las lesiones típicas cerebrales.** Por razones bioéticas existe la tendencia a proscribir este tipo de procedimientos diagnósticos. Por lo tanto, un estudio diagnóstico completo para la enfermedad de Alzheimer, es costoso, y aún así, no se llega a una certeza diagnóstica del 100% ^(3,12,16,18).

El manejo de la EA es complejo y multidisciplinario. Se tiene que involucrar al neurólogo, al geriatra, equipo de enfermería especializado, asistentes sociales, médico de familia, la familia y los grupos de apoyo ⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, el apoyo familiar constituye el principal predictor del mantenimiento de las personas mayores con demencia tipo ALZHEIMER y es mucho más importante que la gravedad o sintomatología de su patología de base ^(20,21).

Muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad y por ende dependencia física; 18% de las personas mayores de 65 años tienen problemas para moverse por sí mismos y a partir de los 75 años, más de 50% tienen problemas para salir de su casa, estando un 20% confinados en su domicilio. En 80% de los casos, los factores que llevan a la inmovilidad son múltiples: dolor y rigidez, parálisis, debilidad generalizada, alteraciones de los órganos de los sentidos, confusión, demencia y depresión, miedo a caerse, incontinencia ⁽²²⁾.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las modificaciones psicoafectivas y biológicas que caracterizan al envejecimiento, hacen del adulto mayor un personaje frágil y expuesto al riesgo de padecer afecciones psiquiátricas.

De acuerdo a las estadísticas, la EA está incrementándose en México. El deterioro en la calidad de vida y la dependencia física de los pacientes con EA es mundial, siendo más notorio en países en vías de desarrollo.

La enfermedad de Alzheimer es la más devastadora enfermedad cerebral que afecta al ser humano, ya que la pérdida progresiva de la memoria, conlleva a la incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana y junto con las modificaciones del comportamiento, hacen que finalmente quien la padece deje de ser la persona que era.

Aunque en la mayoría de los casos inicia con pocos cambios, limita las capacidades mentales del enfermo de manera progresiva, logrando que en pocos años el individuo sea incapaz de valerse por sí mismo, llevándolo a un estado completa dependencia.

.

De lo anterior, se desprende la siguiente pregunta:

¿Cuál es nivel de dependencia física en adultos mayores con enfermedad Alzheimer, usuarios del H.G.Z.M.F.Núm. 1, Chetumal?

5. JUSTIFICACIÓN

Una persona con demencia sigue siendo una persona valiosa y digna que merece el mismo respeto que cualquier otra persona y a quien se puede ayudar a llevar una vida tan satisfactoria como sea posible. Cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor proporción los problemas mentales.

Es importante reconocer que los pacientes con EA necesitan un entorno ambiental adecuado, adaptado a sus necesidades y no a la inversa.

La interrupción de la vida habitual del enfermo con EA, su dependencia en diferentes grados, el miedo a la muerte y la invalidez, trastornan de manera importante a la familia.

Dentro de las enfermedades de la tercera edad, las neurodegenerativas y las demenciales, como el Alzheimer, son las que originan a nivel social, las mayores pérdidas en años de vida productiva y los mayores deterioros en la calidad de vida de las personas que las sufren, si consideramos a la calidad de vida como la percepción personal de un individuo, de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. (OMSS 1994). La EA humilla al hombre condenándolo a la discapacidad, imposibilitándolo para valerse por sí mismo y no sólo lesiona la integridad de su sistema nervioso, sino la de su familia, condenándolo al aislamiento social y a la marginación.

El interés por realizar este trabajo de investigación estriba en conocer la situación en cuanto a dependencia física en la que se encuentran los pacientes con EA del HGZ CMF de Chetumal, ya que no existen estudios previos reportados en el Estado de Quintana Roo sobre esta patología.

6. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el nivel de dependencia física de los adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer, usuarios del H.G.Z.M.F.Núm. 1 de Chetumal.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el nivel de dependencia física a través de cambios en las actividades de la vida diaria.
2. Evaluar el nivel de dependencia física a través de cambios en los hábitos, en la personalidad y la conducta .
3. Evaluar la dependencia física a través de las actividades más afectadas.
4. Determinar el nivel de dependencia física por genero
5. Determinar la frecuencia de EA por genero

7. METODOLOGIA

Diseño del estudio: Se llevara a cabo una encuesta descriptiva que consistirá en evaluar el nivel de dependencia física de los pacientes adultos mayores con EA usuarios del HGZ c/ MF Num. 1 Chetumal

Lugar de estudio: El estudio se realizara en las instalaciones del HGZ MF No. 1 de la Ciudad de Chetumal Quintana Roo

Población de estudio: Pacientes mayores de 60 años usuarios del HGZ 1

Muestra: Se incluirá al 100 % de los pacientes con diagnostico de EA que cumplan con los criterios de selección en base a parámetros clínicos determinados por la Academia Americana de Neurología: pérdida de memoria, dificultad para llevar a cabo tareas familiares, problemas de lenguaje, perderse o sentirse desorientado en tiempo y espacio, colocación de objetos en lugares no correspondientes, poca capacidad de juicio, problemas con el pensamiento abstracto, cambios de humor y conducta, cambios de personalidad, pérdida de iniciativa.

Periodo del estudio: De junio 2004 a agosto 2006

Procedimientos para la recolección de la información por parte del investigador responsable:

Previa autorización por el comité local de investigación de la unidad, el investigador responsable seleccionará a todos los pacientes con diagnóstico de EA que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ No. 1 de Chetumal Q. Roo del IMSS durante N días hábiles, y que cumplan los criterios de inclusión. No se incluirán pacientes con diagnóstico de otro tipo de demencia, se eliminarán los que cambien de residencia o estén ingresados en el servicio de urgencias u hospitalizados cuando se realice el estudio o fallezcan. Se procederá a la localización de los expedientes clínicos de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, en cada uno de los 10 consultorios de Medicina familiar tanto del turno matutino como vespertino. Se recopilarán los datos personales y su domicilio para poder contactar al paciente y realizar la entrevista, posteriormente se iniciará la obtención de información (previa firma de la carta de consentimiento informado para el familiar y paciente (cuando esto último sea posible) mediante visita domiciliaria o abordaje del paciente en el HGZ # 1. Se aplicarán instrumentos de medición Escala de demencia de Blessed, Índice de Barthel, características sociodemográficas del paciente con EA, los cuales medirán las siguientes variables a estudiar: Enfermedad de Alzheimer, dependencia física, adulto mayor, edad, sexo, tiempo de evolución de la demencia. Se iniciará la captura, procesamiento y análisis de los datos en programa estadístico SPSS versión 10.1

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años usuarios del HGZ c MF # 1 Chetumal
- De uno u otro sexo
- Diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer establecido por los servicios de Psiquiatría y Neurología en base a parámetros clínicos y documentada por MMS, escala de Demencia de Blessed o alguna otra escala similar, déficit en 2 o más áreas de la cognición, alteración en las actividades de la vida cotidiana y patrones alterados de conducta, deterioro progresivo de la memoria, ausencia de alteraciones sistémicas que por sí mismas pudieran provocar defectos progresivos de la memoria y de la cognición. En el 80% de los casos el diagnóstico se estableció por Tomografía Computarizada de cráneo.
- Diagnóstico con más de 1 año de evolución

- Residencia en los municipios de Othón P. Blanco y Felipe Carrillo Puerto del Estado de Quintana Roo.
- Que los pacientes y/o familiares (cuidadores informales) acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico clínico de otro tipo de demencia
- Pacientes con EA que tengan otras patologías crónicas (lesión cerebral inducida por trauma, condiciones relacionadas con el alcohol y las drogas, esclerosis múltiple, encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, diabetes, hipotiroidismo, tirotoxicosis, insuficiencia renal crónica, hepatopatías, meningitis).

Criterios de eliminación:

- Que no contesten en forma completa los cuestionarios
- Que no acepten participar en el estudio

Instrumentos:

Escala de demencia de Blessed, Índice de Barthel, características sociodemográficas del paciente con EA.

VARIABLES:

DEPENDENCIA FISICA. Es la pérdida total o parcial de la autonomía funcional de un individuo que lo lleva a necesitar la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria.

Tiene lugar cuando el individuo pierde el control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente (Mitchell y Kemp, 1996).

ADULTO MAYOR La adopción de los términos de categorización demográfica Adulto Mayor y Tercera Edad para definir a este segmento de la población, se refiere precisamente, a su capacidad de mantenerse en una actitud de vigencia, en oposición a la antigua denominación Anciano y Vejez cuya connotación se asociaba a incapacidad, invalidez y enfermedad.

Se engloba a este grupo de población a partir de los 65 años, sin embargo, para los países de menor desarrollo (como México), y con una esperanza de vida menor, se conceptúa dentro de éste grupo a las personas de 60 años y más ⁽¹⁾

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia. Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos, que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. Se inicia, por lo general, de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, 2 ó 3 años, pero en ocasiones es bastante más largo.

Puede comenzar en la edad madura o incluso (EA de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (EA de inicio senil).

B. Variables

VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos	Continua
Sexo	Condición orgánica ó característica biológica que distingue al macho de la hembra	1.- Masculino 2.- Femenino	Dicotómica
Tiempo de evolución de la demencia	Tiempo transcurrido desde inicio de síntomas de la enfermedad, hasta el momento, con cambios progresivos.	Años de evolución	Continua
Índice de Barthel	Evalúa el nivel de dependencia del paciente con EA, a través de actividades básicas de la vida diaria. Puntuar la información obtenida del cuidador principal.	Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas). Resultado: < 20 Dependencia total 20-35 Dependencia grave 40-55 Moderado > = 60 Leve 100 Independiente	Continua
Escala de demencia de Blessed	Evalúa cambios en la ejecución de las actividades diarias.	Los resultados de los elementos a evaluar se dan en: total = 1; parcial = 0,5 y ninguna = 0 Cambios en los hábitos: resultados van del 0 al 3: Cambios en la personalidad y conducta. resultados: presente = 1 ausente = 0 Se suman los puntos obtenidos en cada área, expresándose por separado.	Continua
Características sociodemográficas de los enfermos de Alzheimer	Características del enfermo con EA que permitirán medir las variables a estudiar	Edad Sexo Tiempo de evolución de la enfermedad	Dicotómica Continua

Procesamiento de datos

Posterior a la aplicación de los instrumentos de evaluación, la información se someterá a revisión para su depuración y codificación para ser capturada y analizada por computadora en el paquete estadístico SPSS Versión 10.1.

Estadística descriptiva:

Se elaboraran tablas para describir las frecuencias de cada variable. Se utilizará estadística descriptiva de frecuencia y porcentaje.

Consideraciones éticas

En el presente proyecto, no se suministrara ningún tipo de fármaco o suplemento y cumple con los principios éticos fundamentales que guían la investigación en seres humanos tal y como se establece en la declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial, la cual estipula entre sus diversas reglas el consentimiento informado de las personas que participan en la investigación, así como la evaluación ética del protocolo de investigación.

Así mismo, esta investigación se hará de acuerdo a tres principios éticos básicos:

1. *A saber:* Consentimiento informado
2. *Respeto a las personas:* A su autonomía (capaz de considerar pro y contra de sus decisiones y su protección (resguardo contra el daño o abuso)
3. *Búsqueda del bien:* La obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación

Es decir, que se les informará a las personas sobre el objetivo del proyecto, la libertad que tiene ellos de abandonarlo cuando lo deseen.

Ley General de Salud en materia de investigación. TITULO SEGUNDO. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos en los Art. 13,14,16,20,21,22 y 25.

8. RESULTADOS

Se estudiaron a 26 personas con EA mayores de 60 años, de las cuales el 69.2% eran mujeres.

Las edades estuvieron entre 60 y 93 años con edad promedio de 72,5.

Al distribuir por grupos de edad, se observó que el 46,1% se encontraba en el subgrupo de menores de 70 años, 38,4% en el de 70 a 80 años y 15,3% en el de mayores de 80 años.

Al evaluar la funcionalidad, se encontró que el 61,5% presentaban dependencia leve, seguido de dependencia moderada e independencia con 11,5% cada uno y la dependencia total y grave con el 7,6% individual. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 2 a 8 años en el 76.8% de los EA. Datos que se reportan en la Tabla 1 y Gráfica 1.

En la Tabla 2 al aplicar la Escala de demencia Blessed se observó en las actividades diarias que el mayor puntaje se dio en los cambios de nivel parcial, con incapacidad para recordar hechos recientes en el 73%.

En cuanto al cambio de hábitos, en la Tabla 3 se refleja que la mayoría de los EA presentan cambios mínimos en el hábito de comer (53.8%), seguido por cambios en el control de esfínteres tipo incontinencia urinaria (38.4%).

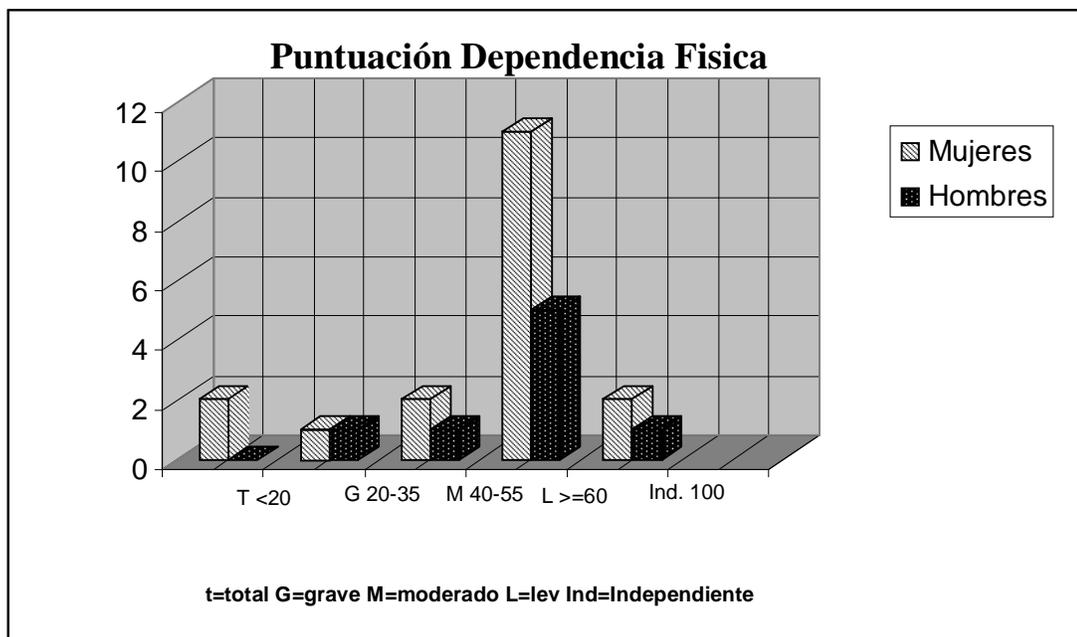
En relación a los cambios en la personalidad y conducta (Tabla 4), se encontró que 9 de los 11 ítems estudiados están presentes en mayor porcentaje que los ausentes; observándose como sobresaliente la perturbación del control emocional en 24 pacientes (92,3%), falta de interés en las aficiones habituales en 20 (76,9%) y disminución de la iniciativa o apatía progresiva en 18 (69,2%).

En la Tabla 5, en relación a las personas que participan como cuidadores informales, los hijos representan el 50% de los casos, y el cónyuge el 34.6%, siendo el sexo femenino el que predomina en 80.7%. La actividad predominante fue ama de casa con el 69,2%.

TABLAS

Tabla 1.- Características sociodemográficas, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y dependencia funcional de los enfermos de Alzheimer.

	Enfermos de Alzheimer	
Edad (años)		
<70	12	(46.1%)
70-80	10	(38.4%)
>80	4	(15.3%)
Sexo		
varones	8	(30.7%)
mujeres	18	(69.2%)
Tiempo de Evolución (años)		
<2	0	0
.2-4	12	(46.1%)
.5-8	8	(30.7%)
>8	6	(23.0%)
Nivel de Dependencia		
D. Total	2	(7.6%)
D. grave	2	(7.6%)
D.Moderada	3	(11.5%)
D. Leve	16	(61.5%)
Independencia	3	(11.5%)



Grafica 1 Grado de Dependencia Física obtenido a través de Índice de Barthel

Tabla 2.- Cambios en la ejecución de las actividades diarias

CONCEPTO	TOTAL (1)	PARCIAL (.5)	NINGUNA (0)
Incapacidad para realizar tareas domesticas	6 (23.0%)	14 (53.8%)	6 (23.0%)
Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	9 (34.6%)	13 (50%)	4 (15.3%)
Incapacidad para recordar listas cortas de elementos	7 (26.9%)	12 (46.1%)	7 (26.9%)
Incapacidad para orientarse en casa	4 (15.3%)	10 (38.4%)	12 (46.1%)
Incapacidad para orientarse en calles familiares	8 (30.7%)	13 (50%)	5 (19.2%)
Incapacidad para valorar el entorno (si esta en casa o en el hospital)	5 (19.2%)	12 (46.1%)	11 (42.3%)
Incapacidad para recordar hechos recientes	6 (23.0%)	19 (73.0%)	1 (3.8%)
Tendencia a rememorar el pasado	22 (84.6%)	2 (7.6%)	2 (7.6%)

Tabla 3.- Cambios de hábitos

CONCEPTO	0	1	2	3
Comer	14 (53.8%)	8 (30.7%)	0 (0.00%)	4 (15.3%)
Vestir	13 (50%)	5 (19.2%)	5 (19.2%)	3 (11.5%)
Control de esfínteres	9 (34.6%)	10 (38.4%)	1 (3.8%)	6 (23.0%)

Tabla 4.- Cambios en la personalidad y conducta

CONCEPTO	PRESENTE	AUSENTE
Retraimiento creciente	17 (65.3%)	9 (34.6%)
Egocentrismo aumentado	17 (65.3)	9 (34.6%)
Perdida de interés por los sentimientos de otros	15 (57.6%)	11 (42.3%)
Afectividad embotada	14 (53.8%)	12 (46.1%)
Perturbación del control emocional	24 (92.3%)	2 (7.6%)
Hilaridad inapropiada	3 (11.5%)	23 (88.4%)
Respuesta emocional disminuida	20 (76.9%)	6 (23.0%)
Indiscreciones sexuales	6 (23.0%)	20 (76.9%)
Falta de interés en las aficiones habituales	20 (76.9%)	6 (23.0%)
Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	18 (69.2%)	8 (30.7%)
Hiperactividad no justificada	8 (30.7%)	18 (69.2%)

Tabla 5.- Características sociodemográficas de los cuidadores principales informales de EA.

Edad (Años)	
<50	12 (46.1)
50-59	5 (19.2%)
60-69	7 (26.9%)
>70	2 (7.6%)
Sexo	
Varones	5 (19.2%)
Mujeres	21 (80.7%)
Relación de Parentesco	
Esposa (o)	9 (34.6%)
Hijo (a)	13 (50%)
Otros	4 (15.3%)
Actividad	
Trabaja	3 (11.5%)
Ama de Casa	18 (69.2%)
Jubilado	5 (19.2%)
Estudiante	0

DISCUSION

La mayoría de los trabajos que se han centrado en la dependencia física de adultos mayores con EA, utilizan este término en forma amplia, global, sin establecerse cifras estadísticas, tanto a nivel mundial como en territorio mexicano, a pesar de ser un concepto ampliamente utilizado y de gran relevancia para todos aquellos que trabajan o tratan con adultos mayores con EA.

En España, entre el 70 y 80% de los enfermos con EA están en sus domicilios, atendidos por cuidador informal que en la mayoría de los casos es la hija (20). En nuestro estudio el 100% de los pacientes viven con sus familiares.

En un estudio realizado en este país europeo la edad media de los Enfermos de Alzheimer fue de 76 años y el 63.4 % eran mujeres. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 2 a 8 años en el 66.7% de EA. El 30.3% tenían dependencia total (20). En nuestro estudio la edad fue de 72 años, correspondiendo el 69.2 % al sexo femenino. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 2 a 8 años en el 76.8%.

Dentro de los familiares afectados por la enfermedad, los padres representan el 58% de los casos, siendo la madre la afectada en el 44%. Le siguen los hijos (16%), los abuelos (11%), la pareja (5%) y otros (sobrina, suegra, tía) con un 11% (20).

Los valores encontrados en nuestra población en estudio no difieren importantemente de los estudios realizados en España en relación al sexo, tiempo de evolución y edad. No así en el grado de dependencia, ya que nuestra población resultó menos afectada y el cuidador informal más frecuente fue el familiar hija.

9. CONCLUSIONES

Los resultados más relevantes en la población en estudio se centraron en lo siguiente:

- 1) El 100% de los pacientes con EA encuestados viven con sus familiares
- 2) El grado de Dependencia física de acuerdo al índice de Barthel más frecuente fue la dependencia leve en 16 pacientes, lo que correspondió al 61.5%
- 3) La afectación más frecuente se presentó en la personalidad y conducta;

4) El sexo femenino resultó con un mayor grado de dependencia física.

El hecho de haber encontrado que el déficit funcional en los pacientes estudiados que correspondió al 61,5% en grado de dependencia leve según el Índice de Barthel y en menores de 70 años (46,1%), sirven como base para buscar probables factores de riesgo que afecten especialmente a este grupo, de manera que, de ser posible sean corregidos y modificados con el fin de mejorar su calidad de vida y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad.

A pesar de que el cuidador informal no era motivo de estudio en este trabajo de investigación, considero que juega un papel primordial como predictor en el mantenimiento de esa calidad de vida, sobretodo porque en nuestra población en estudio, el total de pacientes residen en su domicilio y el cuidador informal es un familiar directo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anuario estadístico de la Secretaria de Salud y los servicios de salud en los Estados, 1999 .
2. Ugalde Ho: Sobre la evaluación del estado mental del anciano. Salud Mental V. 22, No. 5, octubre de 1999
3. Heinze G: La búsqueda de causas y tratamientos en la enfermedad de Alzheimer. Salud Mental V. 22, No. 5, octubre 1999
4. Academia Americana de Neurología. “Nuevas directrices americanas sobre demencia”. Revista Neurology 2001; 56: 1133-1166.
5. Gutiérrez RLM: Problemas de salud mental más frecuentes entre los adultos mayores. PAC MG2- Geriatria Alonso BA, Garrido BA, Diaz PA, Casquero RR, Riera PM: Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten Primaria 2004; 33(2):61-8
6. Moreno MMJ, Flores CM, González BA: Nutrición, cognición y enfermedad de Alzheimer. Nutrición Clínica 2001; 4(3): 146-54
7. Caraveo J, Martínez N, Rivera B: Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. Salud Mental V. 21, No. 1, febrero de 1998
8. Islas J-Marroquín, Sosa E-Guerra, Franco Mo-Lira, Hernández T-Gutiérrez, Silva JG-Escobedo, Solís EA-López, Siller JJ-Leyva, Moguel J-Mondragón: Conceptos actuales sobre la enfermedad de Alzheimer. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 2002; 35(3):jul.-sep: 144-149
9. Aveleyra E, Gómez MA, Ostrosky F-Solís: Características neuropsicológicas y genéticas de la enfermedad de Alzheimer. Una entidad heterogénea. Salud Mental V. 21, No. 1, febrero de 1998
10. Ramón Cacabelos: Tratado de Neurogeriatria. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Epidemiología y genética. 1999.
11. Atance MJC, Yustala IA, Grupeli GBE. Estudio de costes en la enfermedad de Alzheimer. Rev Clin Esp 2004; 204 (2): 64-9
12. Losano DE: Transición demográfica. El fenómeno de envejecimiento individual y poblacional. PAC MG2- Geriatria. Libro 7
13. Prince, M.J., Cullen, M.C., Mann, A.H. (1994) Risk factors for Alzheimer’s disease and dementia. Neurology 44,97-104
14. La carga global de las enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. Publicación de la OMS. 1999

15. Jorm,A.F.,Korten,A.E.,Henderson,A.S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987: 465-479.
16. Flores LJA, Flores VI, Rodríguez SJ: Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. *Med Integral* 2003; 41(3): 178-82
17. López Mam, Otero EM, Llibre RJJ, Sánchez GII, García KM: Caracterización del cuidador cubano del paciente con síndrome demencial
18. Trujillo DLSZ: Las Demencias; *Gerontología y Geriatria* Año 2 No. 5, 3°. Trimestre de 2000
19. Mazón RJJ, VILLANUEVA ELA; Asistencia médica y social a los ancianos. PAC MG-2 Geriatria libro 7
20. Heres PJC: Deterioro cognoscitivo y cuadros demenciales. *Gerontología y Geriatria IMSS* Año2, No. 6, 4°. Trimestre de 2000
21. X. Badia Llach, N. Lara Suriñach y M. Roset Gamisans: Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria* 2004; 34 (4). 170-7
22. Izquierdo ZG, Minaya SJ, Palomera GM. La inmovilidad en el anciano, Madrid, Mc Graw-Hill Interamericana de España, 1998:462.

ANEXO 2**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Chetumal Q. Roo

Fecha: ____ / ____ / ____.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación:

**“DEPENDENCIA FÍSICA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
USUARIOS DEL H.G.Z.M.F.Núm. 1, CHETUMAL”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación con número 2002/453/003

El objetivo de ese trabajo de investigación es Determinar el nivel de dependencia física de los adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer, usuarios del H.G.Z.M.F.Núm. 1 de Chetumal.

Que se me apliquen instrumentos de medición denominados Índice de Barthel, escala de demencia de Blessed y características sociodemográficas del paciente con Alzheimer.

Ninguna de estas mediciones es invasiva o comprenden algún riesgo para mi salud.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo y si existieran, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer con respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador principal

Testigo

Testigo

ANEXO 3

ÍNDICE DE BARTHEL

De actividades básicas de la vida diaria

Puntuar la información obtenida del cuidador principal

Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa ...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física ó supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
	Total:	

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> = 60	Leve
100	Independiente

ANEXO 4

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED

Cambios en la ejecución de las actividades diarias:

		Total	Parcial	Ninguna
1	Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0.5	0
2	Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0.5	0
3	Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (p.e. compras)	1	0.5	0
4	Incapacidad para orientarse en casa	1	0.5	0
5	Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0.5	0
6	Incapacidad para valorar el entorno (p.e. reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc.)	1	0.5	0
7	Incapacidad para recordar hechos recientes (p. e. visitas de parientes o amigos, etc.)	1	0.5	0
8	Tendencia a rememorar el pasado	1	0.5	0

Cambios en los hábitos

9	Comer		
	a.-	Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0
	b.-	Desaliñadamente, sólo con la cuchara	1
	c.-	Sólidos simples (galletas, etc)	2
	d.-	Ha de ser alimentado	3
10	Vestir		
	a.-	Se viste con ayuda	0
	b.-	Fallos ocasionales (p.e. en abotonamiento)	1
	c.-	Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse	2
	d.-	Incapaz de vestirse	3
11	Control de esfínteres		
	a.-	Normal	0
	b.-	Incontinencia urinaria ocasional	1
	c.-	Incontinencia urinaria frecuente	2
	d.-	Doble incontinencia	3

Cambios en la personalidad y conducta

		Presente	Ausente
12	Retraimiento creciente	1	0
13	Egocentrismo aumentado	1	0
14	Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15	Afectividad embotada	1	0
16	Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad)	1	0
17	Hilaridad inapropiada	1	0
18	Respuesta emocional disminuida	1	0
19	Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1	0
20	Falta de interés en las aficiones habituales	1	0
21	Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
	Hiperactividad no justificada	1	0

ANEXO 5**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER**

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOMICILIO _____

EDAD (años) _____

SEXO _____

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD _____

EDAD DEL CUIDADOR _____

SEXO DEL CUIDADOR _____ PARENTESCO _____

FECHA DE APLICACIÓN _____