



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**ESTILO DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES
USUARIOS DE CLÍNICA DE MEMORIA CON DIAGNÓSTICO
DE DETERIORO COGNITIVO LEVE, DEL SERVICIO DE
PSICOGERIATRÍA EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

DRA. ALICIA JULIANA PELÁEZ SIERRA

ASESORES TEÓRICOS
DRA. MIRIAM ESTRADA JEFA DE SERVICIO DE 5º PISO
HOSPITALIZACIÓN DE HPFBA
DR. ANDRÉS ROCHE BERGÚA JEFE DE SERVICIO
DE PSICOGERIATRÍA DE HPFBA

ASESORA METODOLÓGICA
MAESTRA EN INVESTIGACIÓN
JANNET JIMÉNEZ--GENCHI ADSCRITA A HPFBA

INVESTIGACIÓN CLÍNICA
SERVICIO DE PSICOGERIATRÍA HPFBA

MEXICO, D.F.

2010





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.

Vo. Bo.

ASESORES TEÓRICOS

DRA. MIRIAM ESTRADA JEFA DE SERVICIO DE 5º PISO HOSPITALIZACIÓN DE HPFBA

DR. ANDRÉS ROCHE BERGÜA JEFE DE SERVICIO DE PSICOGERIATRÍA DE HPFBA

ASESORA METODOLÓGICA

MAESTRA EN INVESTIGACIÓN JANNET JIMÉNEZ--GENCHI ADSCRITA A HPFBA

Agradecimientos

A mis padres Adela y Alfredo, no solo por haberme dado la vida sino por estar siempre alentándome a seguir adelante con su amor y con su apoyo, estos son los resultados, los amo mucho.

A mi hermana Ana, no solo nos une un lazo de sangre, eres mi mejor amiga y pilar en todo lo que he logrado, te quiero mucho.

A mi sobrino Daniel Alejandro, doy gracias a la vida que hayas llegado a nuestra familia.

A mis amigos Azucena, Cesar y Magda, por compartir la mejor decisión de mi vida, que es la superación de hacer una especialidad, con experiencias muy gratas a su lado, que me hicieron crecer como persona, los quiero mucho.

A mis asesores de tesis ya que si su apoyo no hubiera sido posible la realización de esto, gracias por su confianza.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por brindarme la oportunidad de formarme en esa gran institución y poder adquirir experiencia profesional inigualable.

Agradezco a cada uno de los pacientes que al compartir parte de su vida conmigo, enriquecieron también el conocimiento de mi misma.

Gracias Dios por permitir que absolutamente todo sea posible.

Índice.

ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
Deterioro Cognitivo Leve.....	5
Criterios del DSM-IV-TR:.....	6
Tratamiento ante DCL.....	7
Manejo Farmacológico Individual.....	7
Tratamiento Cognitivo.....	8
Tratamiento Rehabilitatorio.....	8
Estilo de Vida.....	9
Definición.....	9
Origen y Formación del estilo de Vida.....	10
Características del estilo de vida.....	13
Las prioridades de la vida.....	13
Mantenimiento y cambio del estilo de vida.....	14
Separación de pareja.....	14
Jubilación y vejez, cambio en el estilo de vida.....	15
Factores de riesgo y revisión de su afectación en los individuos.....	15
MÉTODO.....	18
Justificación.....	18
Planteamiento del problema.....	18
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos.....	19
Variables.....	19
Definición Conceptual:.....	19
Tipo de estudio:.....	20
Escenario.....	20
Selección de los sujetos.....	20
Muestreo.....	20
Criterios de Inclusión de los sujetos.....	20
Criterios de Exclusión.....	21
Criterios de Eliminación.....	21

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN.....	21
PROCEDIMIENTO.....	22
RESULTADOS	23
Datos demográficos.....	23
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	40

ESTILO DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES USUARIOS DE CLÍNICA DE MEMORIA CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO LEVE, DEL SERVICIO DE PSICOGERIATRÍA EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

Resumen

Estilo de vida no sólo es el adecuado autocuidado en base a hábitos saludables, sino también el carácter o la personalidad total de cada individuo, su manera de ser, pero además como si estuviera orientado hacia una meta consciente o inconsciente. Esto produce una serie de actividades o movimientos psicológicos y físicos, actitudes, pensamientos, sentimientos, reacciones corporales y conductas características, como si en última instancia todo estuviera orientado hacia una sola meta, la preservación del individuo. Todas estas experiencias tienen un origen en la niñez temprana. Por tanto, la presente investigación aborda este aspecto en un grupo de 30 pacientes usuarios de la Clínica de Memoria del HPFBA, pues mediante un cuestionario de factores sociodemográficos y el SEVic (Inventario de Salud, estilos de vida y comportamiento) se pudo valorar los estilos de crianza, experiencias emocionales tempranas así como aspectos sociales actuales en relación a pareja, hijos, hermanos, compañeros o excompañeros de trabajo, determinando su estado de salud actual, con la frecuencia de patologías crónico-degenerativas. La presencia de estilos educativos autoritarios, es una constante en los individuos estudiados con poca satisfacción de su relación de pareja actual. Así mismo, la presencia de enfermedades médicas en gran parte de ellos habla de una mayor prevalencia de estas entidades dado el incremento de la esperanza de vida del individuo, siendo esto detonante de diversas molestias psiquiátricas como ansiedad, alteraciones en el sueño, síntomas depresivos, que exacerban de alguna manera el deterioro cognitivo leve de los individuos. Las contemplación y decisión, así como presencia de una fecha a partir de la cual el sujeto inicia la modificación de su conducta, no están plenamente introyectados en el sujeto y por lo tanto se requiere reforzar este elemento psicológico.

Palabras Clave: Estilo de vida, Estilo de Crianza, Deterioro Cognitivo Leve, Factores de Riesgo.

Introducción

El envejecimiento saludable en ocasiones es sinónimo de envejecimiento sin discapacidad. Esto se ha asociado a mejora en la nutrición, actividad física, así como un control adecuado en cuanto a factores de riesgo, como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, el evitar o reducir el aislamiento social y mental. Los estilos de vida saludables buscan crear conciencia sobre lo que significa el proceso de envejecimiento y el desarrollo de hábitos de autocuidado⁵.

El comportamiento o el estilo de vida es un medio de contacto directo con agentes patógenos, refiriéndonos a la triada del concepto SALUD-ENFERMEDAD, que en este caso se incluirá de forma indirecta como las toxicomanías, tipo de alimentación, grado de actividad física, los cuales producen cambios de forma gradual en el organismo que pueden afectar la salud a largo o corto plazo, incluso pueden informar acerca de la aparición de la enfermedad, fungiendo como elementos protectores o promotores de la salud o actuar como variables de riesgo de mortalidad prematura, de morbilidad o de discapacidad funcional⁵. Sin confundir este concepto con calidad de vida, que propiamente se refiere más a una medida de bienestar individual, asociándose su percepción con el nivel de bienestar personal, como medida de eficacia de cualquier tratamiento o intervención, para favorecer decisiones sobre la distribución de recursos de salud, y en medicina, ponderar el efecto de medicamentos agresivos o procedimientos en padecimientos terminales⁵.

Existen diversos estudios como los realizados en España, Costa Rica, México (INNSZ) en los últimos cinco años, que identifican que las prácticas relacionadas con la salud como son el tabaquismo, consumo de alcohol, ejercicio, horas de sueño y obesidad, se asocian significativamente con la prevalencia de diversos padecimientos crónicos degenerativos, así como alteraciones cognitivas. Por otra parte, en el sexo masculino, el hábito tabáquico, poca actividad física, no desayunar adecuadamente, sobrepeso, entre otros, pueden incrementar la tasa de mortalidad en adultos mayores entre 60 y 94 años⁵.

Por tanto el objetivo de realizar esta investigación es describir precisamente el estilo de vida y el comportamiento de los usuarios de la Clínica de Memoria para buscar una relación entre ellos y la presencia del deterioro cognitivo.

Marco teórico

DETERIORO COGNITIVO LEVE

El Deterioro Cognitivo Leve es un trastorno que en la actualidad no se ha delimitado adecuadamente, esto puede reflejar una disminución en el rendimiento de al menos una de las capacidades mentales, como son: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio, razonamiento, cálculo, habilidad constructiva, aprendizaje y habilidad viso espacial. Esto presupone un declive respecto al nivel de funcionamiento previo, generando una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, aunque esto suele ser de difícil demostración. Por tanto entre el estado de funciones cognitivas normales y demencia en estadio inicial existe una zona “gris” denominada “Deterioro Cognitivo Leve” (DCL). Siendo la mayor distinción entre estas entidades el normal rendimiento de las actividades de la vida diaria. Entre el 19 y 50% de los pacientes que se les diagnóstica esta entidad progresan a demencia de tipo Alzheimer en un periodo de tres años⁷.

Uno de los pioneros de este diagnóstico fue Petersen, quien en 1999, acuñó este término, puntualizando los siguientes criterios diagnósticos:

- Trastornos de memoria corroborados por el familiar o informante
- Evidencia objetiva del deterioro de memoria reciente para la edad y nivel educacional en la evaluación neuropsicológica
- Normal rendimiento en las actividades de la vida diaria
- Otras funciones cognitivas –no memoria- normales
- Ausencia de criterios para diagnóstico de demencia

En cuanto a los criterios actuales en el DSM-IV-TR se establece como definición el nivel de deterioro cognitivo y su impacto sobre la actividad diaria de carácter leve, entendiéndose como los individuos que presentan déficit de nueva aparición de al menos dos áreas cognoscitivas, por ejemplo la memoria (aprendizaje o evocación de información nueva), plano ejecutivo (planificación o razonamiento), en la capacidad para fijar atención o en la velocidad del procesamiento de información (rapidez de asimilación, concentración, análisis de datos o terreno perceptivo-motor) o lenguaje (dificultad para encontrar palabras, deterioro en la fluidez verbal). Estas alteraciones deben ser corroboradas por test neuropsicológicos o técnicas estandarizadas de evaluación. Por otra parte esta afectación neurocognoscitiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y representa un empeoramiento respecto al nivel de función previo. Los síntomas cognoscitivos no cumplen criterios para delirium, demencia o trastorno amnésico y no se explican por la presencia de cualquier otro trastorno mental¹.

Criterios del DSM-IV-TR¹:

- 1) Afectación de dos o más áreas cognitivas que tiene lugar al menos durante dos semanas (referido por el propio individuo o un testigo fiable):
 - a) Deterioro de la memoria (evocar o aprender información)
 - b) Alteraciones en terreno ejecutivo (planificación, organización, ordenación, abstracción)
 - c) Alteraciones en la atención o la velocidad para procesar la información.
 - d) Deterioro de la capacidad perceptivo-motora
 - e) Deterioro del lenguaje (comprensión y búsqueda de palabras)
- 2) La exploración física o de laboratorio (se incluyen técnicas de neuroimagen) aporta pruebas objetivas de una enfermedad médica o neurológica que se considera etiológicamente relacionada con el trastorno cognoscitivo.
- 3) Los test neuropsicológicos o las técnicas de evaluación cognoscitiva cuantificada ponen de manifiesto anomalías o empeoramiento del rendimiento.
- 4) El déficit cognoscitivo provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y representan un empeoramiento respecto al nivel previo de funcionamiento.
- 5) La alteración cognoscitiva no cumple criterios diagnósticos de delirium, demencia o trastorno amnésico y no se explica por otro trastorno mental.

Es importante comentar que los factores que pueden incidir en la memoria son los siguientes¹²:

- 1) Edad >80a.
- 2) Nivel de educación bajo
- 3) HAS / DM2
- 4) Patologías cognitivas
- 5) Consumo de fármacos y sustancias (OH)
- 6) Dependencia a otras personas en el autocuidado

Los factores de riesgo que han sido relacionados con el Deterioro Cognitivo Leve son los que se mencionan a continuación¹²:

- 1) Edad
- 2) Antecedentes familiares
- 3) Género femenino
- 4) TCE
- 5) Patologías cardiovasculares y metabólicas
- 6) Tabaquismo

Por otro lado los factores que han sido relacionando como protectores ante esta entidad son¹²:

- 1) Actividad física

- 2) Educación
- 3) Uso de estatinas, antioxidantes, vitamina E
- 4) Ingestión de etanol moderada.

Los síntomas clínicos suelen ser diversos de acuerdo al área afectada y tienen un curso clínico variable, entre aquellos individuos que pueden empeorar o bien otros que pueden presentar estabilidad o una evolución reversible¹².

Es muy importante, al realizar el interrogatorio de la historia clínica en estos pacientes, indagar sobre la presencia de factores predisponentes a demencia vascular (cardiopatías, hipercolesterolemia, enfermedad cerebrovascular, tabaquismo, alcoholismo). Así como precisar de forma adecuada el nivel educativo y las capacidades funcionales y sociales del individuo, previas. Referidas a la situación sociofamiliar (estructura familiar, figuras importantes, red social, cuidadores, situación laboral, económica, tiempo libre), así como adecuada semiología del padecimiento actual, con fecha de inicio de sintomatología, curso y síntomas asociados: cefalea, síntomas de parkinsonismo, incontinencia, depresión, caídas, constipación, alucinaciones¹².

Tratamiento ante DCL

Al tener diagnosticada esta entidad, es preciso determinar la conducta a seguir, categorizando el problema cognitivo, descartando una causa física, limitación cultural o falta de atención ante un problema ansioso-depresivo. Como se comentó, es preciso contemplar la pérdida parcial o global de capacidades previamente adquiridas, valorando el nivel de afectación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estas últimas preservadas en las fases iniciales de demencia¹².

Ante una pérdida limitada de capacidades sin repercusión o con nivel en actividades complejas, estaríamos ante un deterioro cognitivo sin demencia o “dudosa”, siendo preciso su seguimiento por 3-6 meses. Si la pérdida de capacidades es global y su repercusión en las actividades domésticas, ocupacionales y sociales es significativa, es posible que el facultativo esté frente a un síndrome demencial, siendo el manejo básico la conservación de las capacidades residuales y las relaciones sociales¹².

Manejo Farmacológico Individual

No existe un fármaco que pueda revertir el deterioro cognitivo en este grupo de pacientes, sin embargo se han utilizado con pocas evidencias, los siguientes fármacos descritos en el cuadro, que a continuación se presenta:

Fármaco	Dosis	Dosis objetivo
Donepezilo	2.5 a 5 mg-día	10mg por día aumentando c-4 sem.
Rivastigmina	1.5mg 2 veces por día	6mg 2 veces al día

Galantamina	4mg 4 veces al día	8-12 mg 2 veces al día aum. Cada 4 sem.
Tacrina	10mg 4 veces al día	20-40mg 4 veces al día

Fuente: 7. Lobo A, et al. Capítulo 4: Deterioro Cognoscitivo en el Anciano. Libro PDF. Catedrático de Psiquiatría y Jefe de Servicio de Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Hospital universitario Zaragoza, España.

Tipo	Función	Ejemplos
Antioxidantes	Reducen formación de radicales libres	Ginkgo biloba Vitaminas A, C y E Selegilina
Nootrópicos	Se ha postulado que favorece proceso de memoria y atención	Piracetam

Fuente: 7. Lobo A, et al. Capítulo 4: Deterioro Cognoscitivo en el Anciano. Libro PDF. Catedrático de Psiquiatría y Jefe de Servicio de Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Hospital universitario Zaragoza, España.

Tratamiento Cognitivo

Dentro de los puntos a tratar en la rehabilitación es básico que se tomen en cuenta los siguientes¹²:

- 1) Actividad recreativa
- 2) Ejercitación cognitiva
- 3) Razonamiento inductivo
- 4) Asociaciones de figuras
- 5) Aprendizaje de listas de palabras

Tratamiento Rehabilitatorio

Como se trató anteriormente en las causas del DCL, es importante tomar en cuenta las medidas generales, que a continuación se comentan¹²:

- 1) Control de factores de riesgo cardiovascular
 - 2) Tabaquismo
 - 3) Cambios en la alimentación

ESTILO DE VIDA

Definición

Estilo es distinción, por eso José Miguel Marinas, en su ensayo sobre la Ética del estilo, refiere, por tanto que “En el principio era el individuo... en la masa”, la manera de identificarse él en efecto y productor de la cultura, afirmándose en la vida común¹⁸. Con esto a lo que se trata de llegar es a la complejidad del término que se permite tratar en esta revisión.

Estilo, estilización de la vida, es el campo de problemas que enfrentamos en este conjunto de líneas de trabajo. Filosofía, sociología, literatura, psicoanálisis, roturan dimensiones de este territorio no bien acotado, pero lleno de rumores y de voces que acucian. La pregunta fatalista “*qué será de nosotros*” se trueca - convive y pelea con - la otra más directa “*cómo queremos vivir*”. Esta transformación implica dos pasos decisivos que conviene explicitar con claridad¹⁸:

- 1) Que la modernización, la ruptura con las hormas del pasado, hicieron surgir la posibilidad de tomar en las propias manos la vida
- 2) Que los modos de vida no se heredan o se aplican sino **se construyen**

Nuevamente José Miguel retoma el concepto de estilo de vida en una sociedad de consumo, haciendo equivalente esto al número de cigarrillo que fuman los ancianos, o de la frecuencia de consultas médicas, o del número de visitas a centros de ocio^{9, 18}.

Hasta el siglo XVIII “estilo” es una categoría normativa que designa el tipo de expresión lingüística adecuada a la representación de lo verdadero. De ahí que se haya tratado a los estilos del pasado de manera puramente descriptiva, apoyándose en un evidente criterio normativo que diferencia lo bueno y bello de lo contrario. Por tanto, el inicial uso del concepto estilo de vida posee un indudable carácter normativo, lo bello, bueno y normal es lo que se aproxima a la mayoría; mientras lo feo, malo o inconveniente es lo que se aleja de ella. Sin embargo, en el siglo XVIII empieza a emerger un nuevo uso del concepto de estilo. Por eso no es de extrañar la famosa frase de Leclerc de Buffon en su discurso a la Academia en 1753 “El estilo es el hombre mismo” (*Le style est l’homme même*) lo cual transmite un importante grado de agencia subjetiva en cuanto a la acertada percepción y representación de las cosas^{9, 18, 19}.

Diversos pensadores, por otro lado, hicieron distintas aportaciones más de tipo filosófico, enfocados al concepto de estilo de vida en la sociedad, entre ellos destacan George Simmel, Max Weber, Werner Sombart, Thorstein Veblen, Walter Benjamin, enfocándose casi todo su pensamiento, hacia una sociedad que consume bienes y tiempo de ocio, adecuadas al funcionamiento y a la adaptación social de los individuos que las realizan, más relacionado a un estatus económico. Sin embargo Norbert Elías, siendo una referencia de Carlos Soldevilla en su ensayo, en el año 1930, rastrea los cambios en las configuraciones de la individualidad y los grupos sociales a través de los códigos de conducta interpersonal, mostrando de manera relevante, la emergencia de nuevas formas de autoconciencia (medieval, cortesana, burguesa) por medio de cuestiones nítidamente comprensivas de los estilos de vida como son: el autocuidado y el autocontrol del cuerpo, las formas en la mesa y en el vestir, la preocupación por la alimentación y por la sexualidad. Y Pierre Bourdieu, en 1979, analiza las bases sociales de los comportamientos del consumo, estableciendo estrategias de “distinción” de rango y barreras de estatus (prestigio, privilegio y

poder), en base a la posesión ausencia o escasez de los tres tipos de capital: **económico, cultural y social**^{9, 18, 19}.

En tanto llama la atención que el concepto por sí mismo tiene una doble acepción, por un lado es una construcción conceptual (que hacemos corresponder con el heurístico estilo de vida), mientras que, por otro, connota un ideal implícito en el estilo mismo (al cual responde el heurístico de la estilización de la vida), cuyo sentido se relaciona con el ámbito de las formas, y que posee la virtud de distinguir a quien estiliza su vida con una cierta expresividad existencial. Por tanto, conviene retener que la génesis del concepto estilo de vida, referido a los modos de vida cotidianos, remite a la definición ontológica del ser humano^{9, 18, 19}.

Fue Alfred Adler, psiquiatra vienes, quien en 1929 acuñó el concepto de “Estilo de Vida”, y lo definió como “movimiento ininterrumpido hacia el fin”. Este movimiento se aplica a todas las actividades del individuo, de manera que unifica y organiza su personalidad global orientada hacia la misma meta final. Esta orientación se produce como una respuesta creativa de la persona a sus expectativas y condiciones de vida, respuesta que tiene su inicio en la niñez temprana¹⁷.

Por “Estilo de vida “hay que entender el carácter o la personalidad total de cada individuo, su manera de ser, pero además como si estuviera orientado hacia una meta consciente o inconsciente. Esto produciendo una serie de actividades o movimientos psicológicos y físicos: las actitudes, los pensamientos, los sentimientos, las reacciones corporales y las conductas características y únicas de cada persona, como si en última instancia conllevaran a una meta final. Todas las actividades mentales de una persona están orientadas hacia la misma meta de forma unitaria, entendiéndose como una actividad mental lo siguiente¹⁷:

- 1) Las actividades cognitivas: procesos mentales (memoria, percepción, atención, etc.), contenidos mentales (pensamientos e imágenes) y los significados personales (actitudes y creencias sobre sí mismo, los otros y la vida) conscientes e inconscientes.
- 2) Sentimientos, emociones y motivaciones, estados de ánimo, intereses, valores y deseos personales.
- 3) Conductas y acciones de la persona: sus actividades, expresión corporal y movimientos.
- 4) Los síntomas físicos, las enfermedades denominadas “psicosomáticas” e incluso las enfermedades puramente médicas también están relacionadas con los fines inconscientes del estilo de vida, haciendo una referencia más a su evolución, no a una afectación directa.

Origen y Formación del estilo de Vida

En el desarrollo propio del estilo de vida tiene un papel fundamental como el individuo se enfrenta y resuelve su sentimiento de inferioridad, experimentado por los humanos al encontrarse con las dificultades de la vida, por esto Adler refiere que las personas venimos al mundo con un potencial extrínsecamente bueno, tratando de obtener el ser cuidado, aceptado y querido, habiendo la capacidad de comunicar y compartir, para formar parte de un conjunto más grande. Sólo en una comunidad con otras personas, habitualmente la “familia” el niño puede desarrollar un “sentimiento de comunidad” (también denominado “interés social”), sólo así el individuo se convierte en persona. De esta manea, cualquier

conducta humana no se entiende como algo intrapsíquico, sino como un aspecto de la vida de esta persona con respecto a otras. Por esto Adler considera a la comunidad como el marco ético para la valoración de un acto humano, puesto que establece normas y exigencias, que sirven como referencia para el individuo, las consideraciones a realizar pueden cambiar de acuerdo a un grupo de individuos dentro de un marco social.¹⁷

Sin embargo existen factores que pueden impedir el desarrollo de una personalidad sana pues el individuo viene al mundo con un sentimiento, antes referido en el primer párrafo, como de “inferioridad”, de origen biológico, que constituye nuestras limitaciones como seres humanos, además de que se puede desarrollar incluso una “Inferioridad psicológica” relacionada con el valor social de nuestra vida y actividades para los otros y la propia autovaloración o autoestima personal, relacionada con la valentía para afrontar las tareas de la vida. Cuando el individuo se percibe limitado, inseguro por enfermedades, por condiciones desfavorables de la vida, por errores personales, por propias imperfecciones, autoconcepto negativo o por un sinnúmero de condiciones adversas tanto reales como imaginarias es posible experimentar un intenso malestar (inferioridad) el cual se trata de resolver, aminorar, reducir o escapar, produciendo una estrategia llamada “compensación”. Adler denominó a esta dinámica personal “del menos al más” del “de abajo hacia arriba”¹⁷.

Las creaciones personales de cada individuo, suponen usar el material de su propia experiencia, esto es condiciones de su vida, aprendizajes, estimulación o carencia de la misma por el entorno, características heredadas, entre otros elementos, de modo finalista para superar una serie de limitaciones iniciales tanto reales (deficiencias físicas, limitaciones en las condiciones de vida) como vividas subjetivamente (sentimientos de incapacidad, inseguridad, debilidad, etc.). Como estas decisiones se toman en los primeros años de la vida (usualmente antes de los cinco), incluso antes de tener desarrollado el lenguaje y de poner en palabras los conocimientos, la orientación permanece desconocida influyendo de forma indirecta en la dirección de su vida¹⁷.

Es posible agrupar los factores que contribuyen a la creación de un estilo de vida en biológicos y psicosociales de la siguiente manera¹⁷:

1) Factores biológicos individuales:

- a) Enfermedad o discapacidad: un niño con problemas de salud evidentemente se percibe diferente a sus pares y esto condicionar el curso de su vida, pues puede sentirse inferior, como resultado desarrollar conductas compensatorias acompañado esto de una serie de dificultades desde pequeños problemas de conducta, aprendizaje o agresividad severa. Pudiendo volverse resignado-pasivo o agresivo-hostil.
- b) Temperamento de niño: los niños, a decir de Adler, no nacen con una hoja en blanco, sino que traen una energía vital innata, una porción de ella es su temperamento, esto es determinante en la reacción de la madre, influyendo su manera de ser y su tipo de respuesta.

2) Factores Psicosociales:

a) Factores Familiares: habiendo en este rubro lo siguiente:

- i) Orden de los hermanos: esto influye en la formación del estilo de vida a través de la actitud que el niño adopta ante una situación adversa. Distinguiéndose las siguientes posiciones: hijo mayor, segundo hijo, hijo menor, hijo único y formas especiales. Habiendo que destacar dos aspectos uno que es el orden de nacimiento real y la posición o actitud psicológica al mismo, y por otro lado, la distancia en años entre hermanos, que configura las llamadas “subfamilias”

Las formas especiales, se refieren a los casos en los cuales hay un hijo intermedio, gemelo, el hijo fantasma, hijo adoptado o bien el único (a) entre chicas (os)¹⁷

- ii) Subfamilias: las diferencias de edad entre los hermanos, según consideraciones de los psicólogos adlerianos es importante, pues refiere que una diferencia mayor de cinco años varía la interpretación de la serie de hermanos. Puesto que los primeros en caso de diferencias mayores desarrollan un propio estilo de vida, comportándose con el resto más como padres hacia los demás¹⁷
- iii) Orden de Nacimiento y posición psicológica: esto se enfoca más con la vivencia subjetiva del niño, en lo que respecta, dado su orden natural, del tipo: rebelde, autoritario, pasivo, muy agresivo, etc.¹⁷
- iv) Situación de la familia y atmósfera familiar: otro factor influyente en el estilo de vida es el entorno social desfavorable en el que se puede encontrar la familia, que va desde **problemas económicos, negligencia paterna, delincuencia, toxicomanías, psicopatologías y marginación en general**. Las relaciones entre los miembros crean un determinado ambiente llamado “atmósfera familiar”, el cual influencia en la personalidad de todos, sobre todo en el niño (os), a través de las posturas adoptadas y el uso que hace de ellas. **Las principales figuras siendo: madre, con quien entra en contacto social el niño permitiendo la aproximación a los demás;** padre, aportando capacidad de contacto y cooperación social; hermanos y otros familiares (abuelos y tíos). La relación conyugal, por otro lado, con un funcionamiento basado en el amor, la atracción física y la cooperación igualitaria, puede influenciar para que el niño se identifique con el padre más cercano creando su propio estilo de vida creándose así la identificación. Los valores y las creencias compartidos entre los elementos familiares conforman un “ESTILO DE VIDA FAMILIAR”, superpuesto a los estilos de vida individuales, situación que los prepara para los acontecimientos venideros. En lo que atañe a la situación socioeconómica y sus dificultades, también influencia la dinámica del grupo a diferentes niveles¹⁷.

Tizen (1982)¹⁷

Describe las distintas Atmósferas familiares:

-
- 1) Atmósfera de rechazo
 - 2) Atmósfera autoritaria
 - 3) Atmósfera doliente
 - 4) Atmósfera represiva
 - 5) Atmósfera desesperada
 - 6) Atmósfera humillante
 - 7) Atmósfera de desavenencia
 - 8) Atmósfera competitiva
 - 9) Atmósfera pretenciosa

-
-
- 10) Atmósfera materialista
 - 11) Atmósfera sobre protectora o mimosa
 - 12) Atmósfera de compasión
 - 13) Atmósfera inconsecuente
 - 14) Atmósfera democrática

- i) Estilo educativo de los padres: los estilos que prevalecían en la época de Adler de tipo educativo-autoritario, donde se imponían los valores y sus normas con dureza y rigor, sin dejarse cuestionar, han cambiado en la actualidad, incluso llegando a considerarse la educación demasiado laxa o permisiva. Se propone incluso que dada la inseguridad o la comodidad los padres optan por un modelo *laissez faire* o de sobreprotección. Llamando la atención que ambos estilos oscilan de un extremo a otro, lo cual produce de forma similar niños “inferiores” con dificultad para afrontar la vida. Por tanto han gestado, sucesores de la escuela adleriana, como Rudolf Dreikurs en Estados Unidos, modelos educativos denominados “democráticos” enfocados en fomentar un estilo de vida guiado por un alto grado de interés social¹⁷.

Características del estilo de vida

Las dos principales características de cualquier estilo de vida vienen definidas por: la formación creativa en la infancia temprana y por su finalidad inconsciente¹⁷.

De esta forma no se apartan los factores genéticos y ambientales que también influyen en la formación de la personalidad, pero mantiene que es más importante la actitud de la persona ante estos factores “objetivos” por sí mismos. El punto de partida es afrontar esas primeras vivencias de incapacidad, limitación e inseguridad que conforman sus sentimientos de inferioridad para superar dichas limitaciones. Estructurando en el niño opiniones y valoraciones, no sólo de sí mismo, sino de los otros y el mundo, durante los primeros cinco años de vida, mediante imágenes, lenguaje no verbal, recuerdos y emociones, que posteriormente introyecta orientando su comportamiento hacia una dirección variable, de acuerdo a las diferentes vivencias¹⁷.

Lo consciente e inconsciente no pertenece a dos esferas contradictorias, sino que reflejan dos aspectos por los que se expresa la misma unidad, finalizando en un estilo de vida individual¹⁷.

Las prioridades de la vida

Los autores de la corriente adleriana asumen que dentro de la infinita variedad de estilos de vida se pueden distinguir grandes formas básicas de estilos que denominan “prioridades”. Dentro de este apartado se ve lo que es típico de la conducta de la persona y cuál de sus objetivos es más importante para ella. Evidentemente una prioridad, no determina la conducta de una persona, pero es posible distinguir algunos patrones básicos en sus reacciones potenciales¹⁷.

Dentro de dichas prioridades encontramos: la comodidad, superioridad, control y agrado¹⁷.

Mantenimiento y cambio del estilo de vida

Toda vez que el individuo toma la decisión de cómo superarse y adquirir seguridad para compensar o contrarrestar los efectos de la inferioridad, toda la actividad psíquica del individuo tendrá que avocarse a la **autoconsecuencia del estilo de vida** propio de su constancia. La orientación adoptada por el individuo conforma una manera estable de actitudes, estilos de interpretación y valoración de sí mismo, los otros y el mundo, en un entramado de significados conscientes-inconscientes. Es el llamado **esquema aperceptivo o apercepción tendenciosa**, este conforma el componente cognitivo (significados y procesos mentales) del estilo de vida y tienen un papel importante en el mantenimiento del mismo a lo largo de la vida. Cada sujeto seleccionará de su experiencia aquello que está en relación con sus intereses y metas personales, conscientes e inconscientes, y deja de lado, interpretando a favor o minimizando aquellos elementos que no coinciden con su opinión personal. Esto produce un fenómeno que Adler en 1912, denominó “apercepción antitética y selectiva” y Beck, en 1960, lo rebautizó como “distorsiones cognitivas”¹⁷.

Separación de pareja

Como se comentó anteriormente el estilo de vida implica no sólo al individuo por sí mismo, sino un ente perteneciente a un grupo social, el tema de la pareja es tratado por Antonio Martín, en su libro sobre Psicología Humanística, refiriendo que el matrimonio, en sus versiones habituales, el civil y el eclesiástico, comporta peculiares dificultades a la hora de convertirse en problema. El creciente volumen de las separaciones esta generando problemas inusuales acerca de los que resulta preciso reformular planteamientos. Es de tales características y necesarias repercusiones que puede asegurarse que no cabe que se produzca una separación- por muy amistosa y mutuamente bien consensuada que parezca- que no implique consecuencias serias, sobre todo si hay niños, al menos de orden psicológico¹⁰.

Donde ha habido amor, pueden producirse situaciones de angustia, estrés, abatimiento, perplejidad, indecisión, incredulidad, tensión negociadora, progresivo deterioro relacional, abierto enfrentamiento, súbito cambio de rol, fuerte pérdida de autoestima o miedo a la descalificación social¹⁰.

Un 70% se suele arrepentir de la separación y otro porcentaje parecido vuelve a reconstruir una nueva convivencia, estas, sin embargo suelen ser menos gratificantes para las mujeres que para los hombres¹⁰.

Las repercusiones psíquicas por otro lado en los niños, suelen ser muy importantes, esto retomando los fundamentos antes precisados comentados por Adler, respecto al estilo de vida que se forja en la infancia y que sirve para afrontar esta sensación de inferioridad. Consumada la separación, una relación nueva, extraña y delicada comienza, posibilitando en los hijos una nueva educación, donde pueden haber tanto chantajes, mimos, convivencias e influencias tales, que permita esperar un cambio en el estilo de vida del niño, al que estaba habituado¹⁰.

Jubilación y vejez, cambio en el estilo de vida

Si cada día las expectativas de vida son mayores debido a los continuos adelantos de la medicina y a otros factores como los dietéticos e higiénicos en general, y si al mismo tiempo, se va poco a poco adelantando la edad de jubilación, encontraremos que el individuo no está preparado para ello, con una realidad apetecible, la de la prolongación de la edad madura, convertido esto, en un problema indeseable¹⁰.

Se ha demostrado que se incrementa la mortalidad en los primeros años inmediatamente después de la jubilación. Por tanto, es preciso que la población asuma estas dos situaciones ancestralmente no aceptadas: la jubilación y la vejez, la primera, debido a que quizá, puede ser la primera vez que tenemos un encuentro gozoso con nosotros mismos, a través de actividades nuevas, que nos sorprendan con descubrimientos tan importantes como recursos desconocidos de nuestra inteligencia. Respecto al segundo tema, la muerte, de forma filosófica, estamos habituados a una constante negación de la realidad, sin embargo si la actitud fuera opuesta, indudablemente nos haría tener mayores ventajas¹⁰.

El estreno de la jubilación por sorpresa, no debidamente preparada, ni esperada, ni deseada, es posible que aporte a la pareja problemas nuevos y delicados, que cambien el estilo de vida previamente llevado por ambos. La mujer puede verse seriamente invadida en su territorio y en sus cosas. El marido, en cambio, puede comenzar a sentirse como un extraño en su propio hogar¹⁰.

La jubilación, puede ser angustiosa si falla la red social de apoyo (familia, amigos, compañeros) que sería necesario haber previsto y cuidado. Las toxicomanías, pueden presentarse como una opción contra la angustia. Por otro lado algunos síntomas de declive físico, se sumarán robusteciendo la sensación incipiente de que se comienza a ser inútil, incapaz, impotente, además de parecerlo. Incluso problemas matrimoniales aletargados, pueden ahora aparecer en todo su esplendor en la ausencia de las habituales ocupaciones¹⁰.

Puede ser factible incluso que aparezca la somatización de cuestiones psíquicas latentes, en forma de necesidad compulsiva de chequeos y visitas a hospitales¹⁰.

La vejez es un problema social artificialmente abultado. Siendo un constructor social diseñado a la medida de intenciones claramente marginadoras. Es un recurso político con un peso substancial de votos apetitosos. Suele considerarse como una situación no deseada por una cultura de vigor y de fuerza, la cual utiliza connotaciones peyorativas adjudicadas a esta etapa de la vida¹⁰.

Factores de Riesgo / Estilo de vida. Revisión de su afectación en los individuos

Dentro del comportamiento y la salud en la vejez existen diversos estudios que han sido realizados uno de ellos en 1996, por parte de la Revista Española de Geriatria y Gerontología, en el cual se buscó valorar los comportamientos de los individuos como factores protectores y promotores de salud, así como variables de riesgo de mortalidad prematura, morbilidad y discapacidad funcional, dentro de él, se realizó una revisión de diversos trabajos epidemiológicos que han analizado la relación comportamiento-salud en gerontología. Al realizar una síntesis de la relación del estado de algunos comportamientos de elección personal implicados en la salud del anciano o de interés para un envejecimiento

satisfactorio: fumar, alcohol, ejercicio físico, comportamiento alimentario, hábitos de sueño y sexo seguro. Finalmente sugiriendo algunas implicaciones prácticas de la revisión destacando la necesidad de incorporar a las personas de edad en los programas de promoción de comportamientos de salud y de prevención de enfermedad, valorando la evidencia científica disponible al momento de aconsejar cambios en determinados comportamientos de riesgo, sobre todo en ancianos sin problemas de salud para los que ciertos comportamientos se asocian a un hedonismo ponderado y a disfrute de la vida⁶.

En el país en el estado de Jalisco, en el IMSS, la Universidad Nacional Autónoma de México en colaboración con el Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Instituto Nacional de Psiquiatría, en el año 2003 evaluaron la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mediante un versión en español del Diabetes DQOL, donde se buscó determinar la validez y fiabilidad, en una muestra de 152 personas con esta entidad médica, al completarse la muestra se les aplicó el DQOL y los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, analizándose en ellos la consistencia interna, validez factorial, validez convergente con los inventarios de Beck. Las subescalas y el total del DQOL mostraron adecuados índices de consistencia interna y el total de las preguntas se agruparon en los cuatro factores que corresponden a las dimensiones que evalúan el instrumento; y se encontraron relaciones moderadas y estadísticamente significativas con las medidas de ansiedad y depresión, aportándose por tanto validez y fiabilidad a dicha versión en español con DM2¹⁵.

En el año 2004, González, et al, en la Revista Española de Salud Pública, realizó un estudio prospectivo sobre la relación entre Cáncer y Nutrición, desde el año de 1993, en 10 países europeos, siendo la cohorte de 519, 978 individuos, de los cuales 366, 521 fueron mujeres y 385, 719 fueron hombres, al valorar se pudo indagar que hubo un efecto protector sobre todo por un consumo elevado de fibras, frutas y verduras para la presentación de Cáncer Colorrectal, así como también efectos protectores en la presencia de consumo de frutas respecto a la presentación de cáncer pulmonar, respecto al cáncer de mama se asocia a un consumo elevado de grasas saturadas, reiterándose lo comentado por Riboli, en 1992, quien fue citado en este artículo, él cual comenta que la dieta es parte fundamental en el estilo de vida.²⁰

En Costa Rica en el año 2007 la Universidad Nacional en coordinación con el Instituto de Investigaciones en salud, hicieron una investigación referente a los estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores en el Proyecto Creles-Costa Rica 2004-2006, en el cual a dicha muestra de pacientes se les realizó dos rondas de visitas separadas por dos años, efectuándose una entrevista estructurada, mediciones antropométricas, pruebas de funcionalidad física y toma de muestras de sangre y orina. Los resultados obtenidos describen características de riesgo diferenciadas por sexo, donde las mujeres presentan mayor obesidad, circunferencia abdominal, depresión o riesgo de depresión, deterioro cognitivo, mayor número de limitaciones físicas, mayor número sin pareja y en general una auto percepción de su salud como de regular a mala. Por su parte los hombres presentan menor obesidad, menor circunferencia abdominal, un porcentaje mayor con consumos menores a 2000 calorías por día, y son más activos, todo esto a pesar de reportar mayor índice de tabaquismo y mayor consumo de bebidas alcohólicas. En general apuntando a un menor riesgo para la salud en adultos mayores de sexo masculino⁵.

Nuevamente en el país en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, en el año de 2007, en el Departamento de Geriátría se valoró a 4 872 pacientes mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD), así como la presencia de enfermedades crónicas, obteniendo que en dicha muestra del total, 24% resulto dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas

e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión. Concluyéndose que la prevalencia de la dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años, demostrándose que las enfermedades crónicas están asociadas con la dependencia. Por tanto, consideran importante el tratamiento y la prevención de estas entidades crónicas que se asocian a una dependencia funcional¹⁵.

En el año 2007, la Revista de Enfermedades Digestivas reporta la influencia de la dieta y los estilos de vida en la presencia de Cáncer Colorrectal, siendo el estudio de tipo descriptivo, observacional y analítico, en la población de Albacete, España, con 291 participantes, de los cuales 54.9% eran varones, siendo las variables más relevantes asociadas a bajo riesgo de presentación: el consumo de alcohol medio (0.5), realización de ejercicio físico (0.3), consumo de aceite de oliva (0.7) y consumo de agua (0.3). Por otro lado los elementos asociados a un mayor riesgo de presentación de Cáncer en Colón son: consumo de huevo y tortillas (2.95), consumo alto de alcohol (1.8), consumo de arroz y pasta (2.15) y antecedentes familiares (3)²².

Igualmente estudios sobre la asociación de Cáncer Gástrico, con tabaquismo, alcoholismo, estrato socioeconómico (como elementos de estilo de vida) y polimorfismo en codón 72, gen P53, elaborado por Cardona Rivas, et al, en año 2007, con 65 pacientes vieron relación con niveles elevados de tabaquismo y nivel socioeconómico con la presentación de carcinoma, sin embargo con poca relevancia por la muestra tan pequeña⁸.

En la Revista Española de Salud Pública, se comenta a cerca de un estudio realizado a 6,729 habitantes de 18 a 75 años, donde se midió como parámetro de “Estilo de Vida” para la adherencia del tratamiento en la población canaria con DM2, antecedentes médicos, dieta, actividad física, medicamentos consumidos y tabaco, llamando la atención que tanto en varones como en mujeres, la frecuencia es más elevada de pacientes diabéticos con obesidad que los no diabéticos, (hombres 45 Vs 25%, Mujeres 54 Vs 27%), así como el consumo de grasas saturadas superaba en 93% en comparación a la población general¹³.

Respecto al concepto antes comentado de “Estilo de Vida”, Rodríguez Martín, et al, en la Universidad de Salamanca, igualmente en 2009, habla a cerca de la eficacia de la intervención educativa a nivel grupal sobre los cambios en los hábitos de salud, sobre todo en un grupo de hipertensos, siendo este un ensayo clínico aleatorio, a nivel de atención primaria, siendo el parámetro de evaluación: presión arterial, niveles de lípidos, IMC, ejercicio físico y consumo de nutrientes, llamando la atención que en las sesiones programadas al año (seis) hubo un descenso en el riesgo cardiovascular en el grupo de intervención en comparación al control, pues disminuyeron los niveles de sodio, peso, así como aumentó el tiempo de ejercicio aeróbico, con elevada ingesta de frutas, vegetales y productos desnatados (descremados)¹⁶.

Nuviala en 2009, en la revista de Internacional de Ciencias de las Actividades Físicas y el Deporte, realizó un estudio con adolescentes siendo los participantes 745, para poder valorar la autopercepción de la salud en base a su estilo de vida y actividades físicas organizadas, por lo cual se tomo como primer elemento a evaluar la forma de vida: alimentación, trabajo y ritmo vital; como segundo la frecuencia de actividad física, siendo destacado en los grupos de estudio, que la mayor parte de adolescentes que dedicaban una mayor tiempo de su vida a las actividades físicas organizadas (más de dos horas) se relacionaban más con actividades deportivas riesgosas, así como un mayor consumo de sustancias nocivas como alcohol y tabaco, a diferencia del otro grupo en donde se observó que no realizaban de forma tan intensa ejercicios físico, presentaban una mayor regularidad en su desempeño escolar no así utilizaban sustancias nocivas.

Método

JUSTIFICACIÓN

El deterioro Cognitivo Leve es un trastorno que se manifiesta con una disminución en el rendimiento de las capacidades mentales y se ha encontrado que de un 19 a un 50% de los pacientes con este trastorno progresan a la demencia de tipo Alzheimer, de tal forma que poder diagnosticar y retrasar la evolución de dicha enfermedad, significa la posibilidad para el paciente de llevar una mejor calidad de vida. Asociado a ello diversos estudios han explorado la relación del estilo de vida con diversas enfermedades desde las cardiopatías hasta las metabólicas, pasando claro esta, por algunas psiquiátricas.

El estilo de vida implica la relación entre los diversos hábitos, comportamientos y prácticas que implican preservar la salud, ya sea en la promoción o protección de ella, retrasando la presencia de múltiples enfermedades médicas. Se ha observado que los pacientes adultos mayores tienen un incremento en la morbi - mortalidad de padecimientos crónicos degenerativos, lo cual disminuye la esperanza de vida a diferencia de la población general, siendo su prevalencia mayor.

Fue Alfred Adler, psiquiatra vienés, quien en 1929 creó el concepto “estilo de vida” y lo definió como “un movimiento ininterrumpido hacia un fin”. Este movimiento se aplica a todas las actividades del individuo, de manera que unifica y organiza su personalidad global orientada hacia la misma meta final. Esa orientación se produce como una respuesta creativa de la persona a sus expectativas y condiciones de vida, teniendo su inicio en la niñez temprana¹⁷.

El propósito de este estudio es describir algunos elementos del estilo de vida, identificar algunos signos de deterioro adaptativo así como los estilos de crianza e interacción familiar de los pacientes usuarios de la clínica de la memoria.

El tratamiento integral en los pacientes psiquiátricos es imprescindible para una adecuada práctica médica, pues por mucho tiempo, se ha considerado a la psiquiatría, como una entidad aislada de la medicina en el aspecto clínico, incluso siendo apreciada por su subjetividad. Sin embargo nuestra formación inicial es la de médicos, ante todo generales, por lo cual, nos es posible tener una visión más extensa de la sintomatología referida por el paciente, teniendo la capacidad de poder manejar algunas situaciones clínicas así como canalizar al paciente de forma oportuna a la instancia de salud más adecuada, cuando carezcamos de la experiencia, el conocimiento o recursos para atenderlo, en caso de una mayor gravedad.

Planteamiento del problema

Debido a la complejidad del concepto, lo cual no solamente implica hábitos saludables como se aprecia en las distintas revisiones antes descritas a cerca de los estilos de vida en sus diferentes perspectivas, marcan una importante relación entre el proceso salud-enfermedad, contemplando las áreas físicas, psicológicas y socioculturales del individuo. La mayor parte de los estudios sugieren como parámetros de evaluación, actividades como: tabaquismo, alcoholismo, ejercicio físico, hábitos alimenticios, sueño y sexo seguro, siendo el motivo de su estudio, la correlación con padecimientos crónico-degenerativos como la

Hipertensión Arterial o la Diabetes Mellitus llegando hasta enfermedades como el cáncer, sobre todo de tracto gastrointestinal, dejando de lado el aspecto psicológico o social, así como la relación con patología psiquiátrica, por tanto es interesante saber ¿cuáles son los elementos del estilo de vida que caracterizan a los pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve usuarios de la clínica de la memoria?

Objetivo general

Identificar las actividades que caracterizan al estilo de vida de los pacientes de la Clínica de la Memoria en HPFBA, con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve, así como los elementos que pueden compartir con sus estilos de crianza e interacción familiar.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas durante la infancia y actuales de los pacientes con deterioro cognitivo leve en los usuarios a la Clínica de Memoria del HPFBA.
- Describir los factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos presentes en los pacientes usuarios de la Clínica de Memoria del HPFBA
- Identificar y describir el estilo de crianza a partir de la relación familiar, la vinculación con los padres y la expresión emocional en los pacientes usuarios de la Clínica de Memoria del HPFBA

VARIABLES

Definición Conceptual:

Información Sociodemográfica.

- Es la medición individual de cada uno de los aspectos que desde la perspectiva de esta investigación definen al grupo de pacientes de forma sintética la estructura social y su dinámica y distribución de la población.

Estilo de Vida

- Para fines de este estudio se define al estilo de vida como la suma de las decisiones del individuo que afectan su salud y sobre las cuales en menor o mayor medida, tiene algún tipo de control. Comprendiendo lo siguiente¹⁷:

a) Estilo de Crianza

- Un estilo educativo que los padres muestran de forma más o menos estable y que se manifiesta mediante unas prácticas de crianza específicas¹⁷

-
-
- El concepto estilo de crianza, implica toda la constelación de actitudes de los padres que se traducen en prácticas específicas que influyen en los comportamientos infantiles ¹⁵. La crianza abarca el conjunto de actividades que los padres practican con sus hijos, así como la administración de los recursos disponibles orientados a apoyar el proceso de desarrollo psicológico¹⁰

b) Interacción Social.

- Para fines de este estudio se define a la interacción social como la participación del individuo en los sistemas sociales que le proporciona cierto grado de satisfacción de pertenecer a dicho sistema, está relacionada con la capacidad de contacto con otros, sean familiares, amigos o compañeros de actividad¹⁰

TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva, que se caracteriza por ser: observacional y transversal, y sin intervención por parte de la investigadora en el fenómeno estudiado

Escenario

Clínica de la Memoria de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

SELECCIÓN DE LOS SUJETOS

Muestreo

Muestreo: No probabilístico, intencional por cuota, comprendiendo 30 pacientes.

Criterios de Inclusión de los sujetos

- Adultos mayores de 55 años.
- Ambos sexos.
- Usuarios del HPFBA de Servicio de Psicogeriatría.
- Paciente que cumplan con los criterios de Deterioro Cognitivo Leve basado en DSM IV TR.
- Que tengan la voluntad de participar en dicho estudio previa firma de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que cuentan con otra (s) patología psiquiátrica comórbida que se manifieste con síntomas de pérdida de memoria.
- Que acudan con queja principal de problemas de memoria asociada a diagnóstico de Demencia según criterios de DSM-IV TR

Criterios de Eliminación

- Que presenten alguna eventualidad y se retiren del estudio por su voluntad
- Pacientes que no deseen continuar en el estudio
- Pacientes que no concluyan la evaluación

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN

INVENTARIO DE SALUD, ESTILO DE VIDA Y COMPORTAMIENTO. SEViC

- 1) Validado en 1993 por Dr. Juan José Sánchez Sosa y Dra. Laura Hernández Guzmán
- 2) A lo largo de varias versiones sucesivas del cuestionario, se fueron refinando los reactivos al respecto de su claridad y pertenencia hasta lograrse un grado de consistencia interjueces no menor de 80%. La consistencia de la pertenencia de los reactivos a áreas generales de agrupación de reactivos, con base en el análisis de las respuestas de la muestra con la que se válido, arrojó valores Alfa de Cronbach que oscilan entre 0.68 y 0.80.
- 3) La versión utilizada consta de 178 preguntas.
- 4) Contiene reactivos con formato escala tipo Liker de cinco opciones de respuesta a cada reactivo
- 5) Primera sección: Se exploran en general el deterioro de la salud psicológica, en términos de problemas adaptativos frecuentes, tales como dificultades para relacionarse interpersonalmente, percepciones distorsionadas del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, incomodidad subjetiva, preocupaciones o miedos irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere con el funcionamiento adecuado, práctica de actividades objetables por quienes rodean a la persona y desviaciones de conducta que suelen conducir a sanciones sociales.
- 6) Segunda sección: Aquí se recolectan datos sobre variables de interacción familiar, crianza y otras variables interactivas en condiciones normales, así como las principales características sociodemográficas de los participantes.
 - a) Los signos de deterioro adaptativo se basan en una paráfrasis directa, en primera persona del singular, de las descripciones taxonómicas de sistemas clasificatorios, con la exclusión de cuadros clínicos que implican una ruptura funcional con la realidad. De esta manera, se incluyen prácticamente todas las

descripciones de aquellas categorías clínicas consideradas bajo el rubro de los desordenes de la personalidad.

- b) La sección estilos de crianza e interacción familiar se basó primordialmente en el análisis de las principales líneas de investigación que han documentado, por medio de resultados creíbles, los componentes interpersonales que definen un estilo interactivo.

PROCEDIMIENTO

- 1) Se realizó una revisión minuciosa de la relación de pacientes usuarios de la Clínica de la Memoria en el Servicio de Psicogeriatría.
- 2) El investigador detectó y contacto a los pacientes que cumplían con diagnóstico en su expediente clínico de Deterioro Cognitivo leve y que cumplieran con los criterios de inclusión.
- 3) Se le comentó a cada paciente sobre el estudio de investigación a realizar con los pros, contras y al aceptar, se les dio a firmar la carta de consentimiento informado.
- 4) Se les aplicó un cuestionario estructurado con ficha de identificación, reforzando la historia clínica, con un enfoque principal en los antecedentes personales no patológico: habitación, personas con las que viven, presencia de hacinamiento, hábitos alimenticios, actividad física, toxicomanías.
- 5) En una segunda sesión se les aplicó el INVENTARIO DE SALUD, ESTILO DE VIDA Y COMPORTAMIENTO

Análisis de Resultados

DATOS DEMOGRÁFICOS.

El universo de la muestra para este estudio estuvo compuesto por 30 pacientes.

Como se puede apreciar en la grafica (1) la población de la muestra que más utiliza la Clínica de Memoria del HPFBA son mujeres en porcentaje de 63.3% (19), a diferencia de los varones que se puede ver un nivel inferior en porcentaje de 36.7% (11).

Se puede apreciar que el mayor nivel escolar de la muestra, es la primaria, con un porcentaje de 33.3% (10), siendo el segundo lugar el nivel profesional con un 20% (6), con menor porcentaje el nivel de secundaria.

Respecto al estado civil, el porcentaje más alto se haya en los casados siendo de 46.7% (14/30), siendo el segundo lugar los divorciados en un porcentaje de 20% (6/30), llamando la atención la unión libre, que se ve en color amarillo.

En cuanto al nivel socioeconómico tanto previo como actual, es frecuente en ambos, la presencia de un nivel bajo o de clase trabajadora, en estado previo con una frecuencia de 60% (18/30), siguiendo la media baja en un porcentaje de 23.3% (7/30), siendo el último la clase media alta en un 3.3% (1/30). Como se comenta igualmente en la situación económica de los pacientes la percepción económica actual es la misma, pues la mayor frecuencia se sitúa en la clase baja/trabajadora en un 43.3% (13/30), sin embargo la diferencia es que en segunda frecuencia se sitúa la clase media/media baja, 26.7% y 20 % respectivamente (8/30 y 6/30).

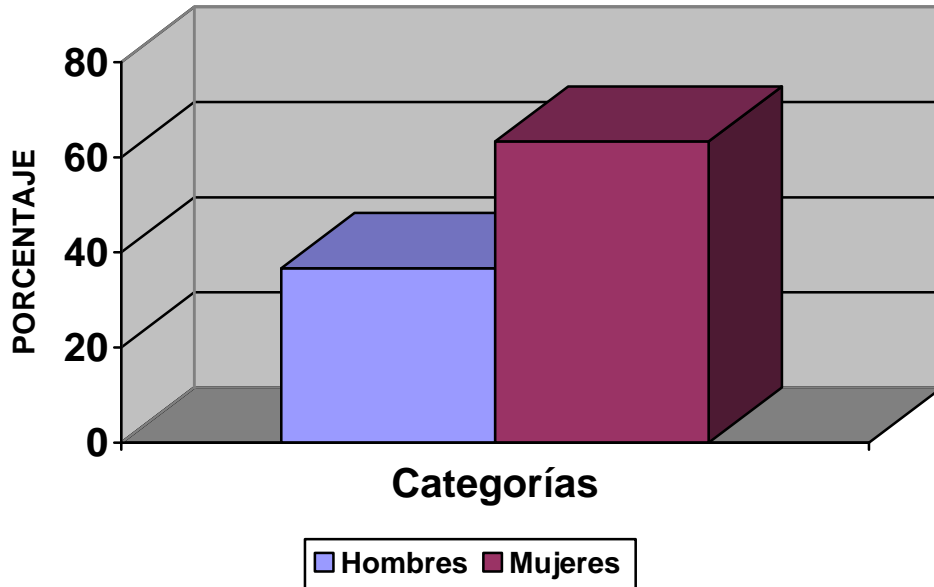
Por otro lado respecto a la ocupación de los pacientes resulta más frecuente ver que se dedican al hogar en un porcentaje de 53.3% (16/30), llamando la atención la similitud de frecuencias y porcentajes siguientes tanto por desempleo como por una necesidad de trabajo, como se puede apreciar en los valores de 20% (6/30) y 23.3% (7/30), respectivamente. Coincidiendo con el porcentaje más frecuente de sexo femenino que se refirió anteriormente, con la realización de labores domésticas en hogar.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo del paciente		
Hombres	11	36.7
Mujeres	19	63.3
Escolaridad del paciente		
No fui a la escuela	3	10.0
Primaria	10	33.3

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	2	6.7
Comercio o técnico	5	16.7
Bachillerato	4	13.3
Profesional o superior	6	20.0
Estado civil		
Soltero	5	16.7
Casado	14	46.7
Unión libre	2	6.7
Separado o divorciado	6	20.0
Viudo	3	10.0
Situación económica previa		
En asistencia social o beneficencia	2	6.7
Clase trabajadora o baja	18	60.0
Clase media baja	7	23.3
Clase media	2	6.7
Clase media alta	1	3.3
Situación económica actual		
En asistencia social o beneficencia	3	10.0
Clase trabajadora o baja	13	43.3
Clase media baja	6	20.0
Clase media	8	26.7
Ocupación		
Me dedico al hogar	16	53.3
Soy estudiante	1	3.3
Estoy desempleado	6	20.0
Trabajo	7	23.3
Total	30	100.0

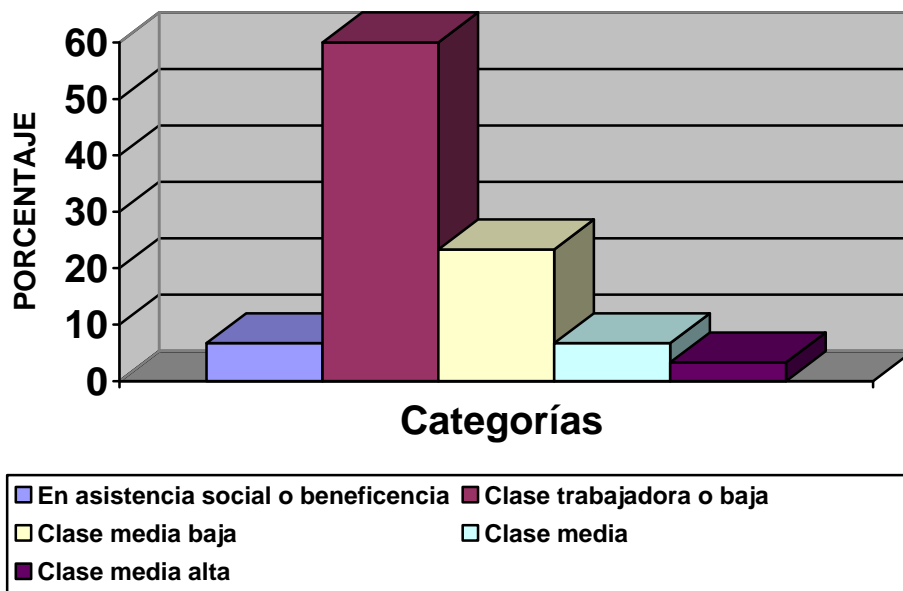
Grafica No. 1

SEXO DE PARTICIPANTES



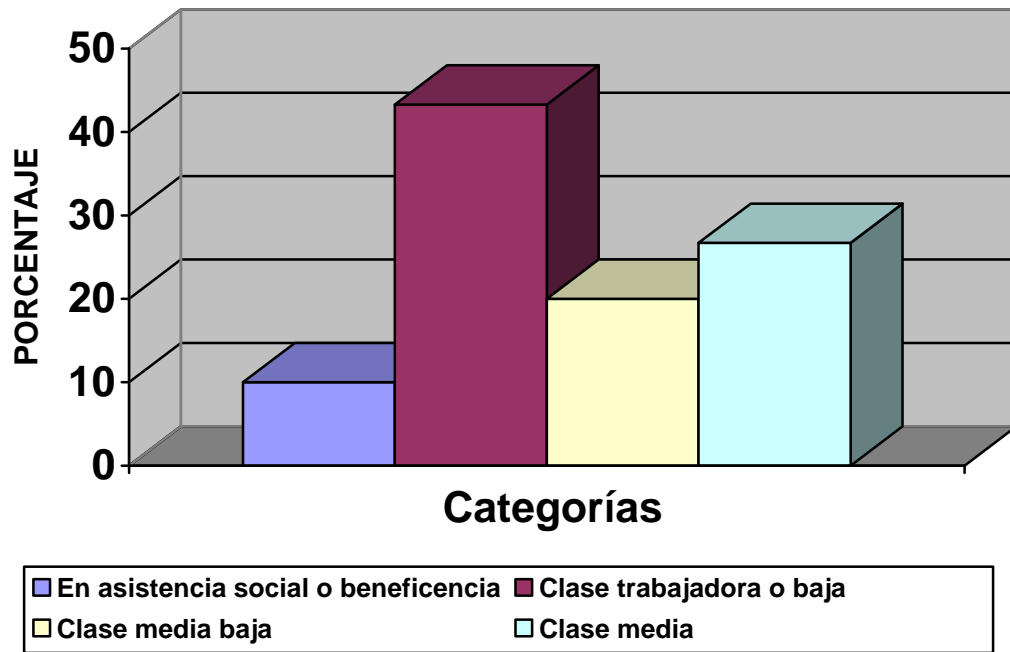
Grafica No. 2

NIVEL SOCIOECONÓMICO PREVIO DE PARTICIPANTES



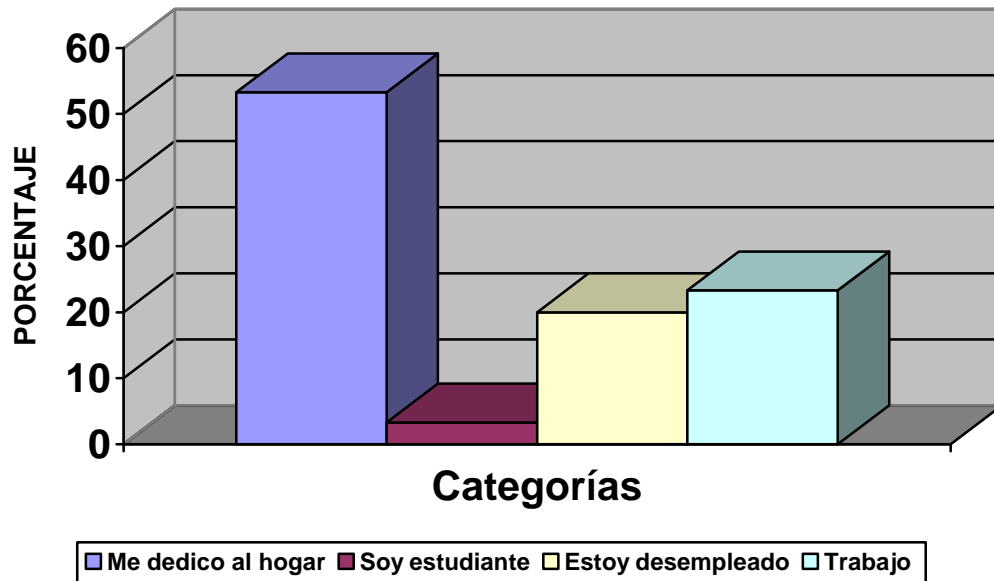
Grafica No. 3

NIVEL SOCIOECONÓMICO ACTUAL DE PARTICIPANTES



Grafica No. 4

OCUPACIÓN

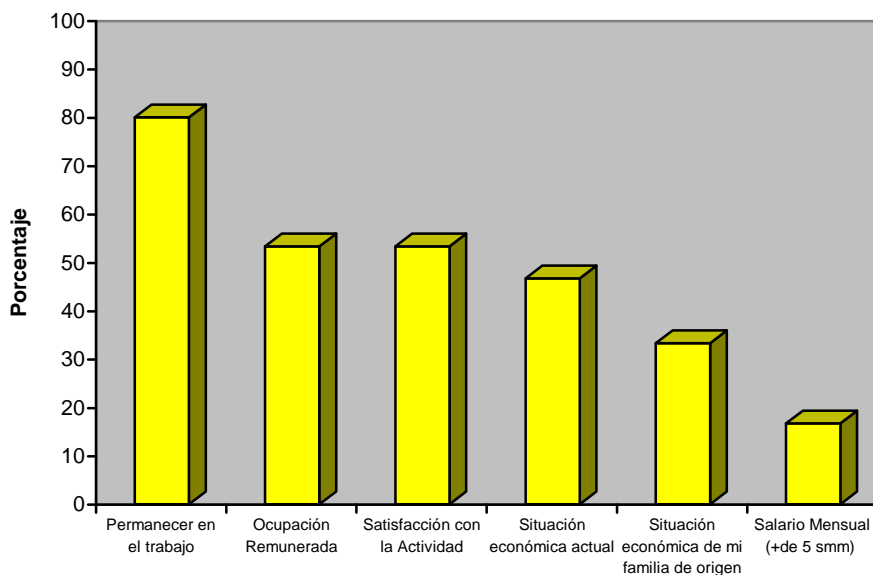


Situación Económica Laboral		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Permanecer en el trabajo	24	80.0
Satisfacción con la Actividad	16	53.3
Ocupación Remunerada	16	53.3
Situación económica actual	14	36.7
Situación económica de mi familia de origen	10	33.3
Salario Mensual (+de 5 smm)	5	16.7

Al explorar la situación laboral y económica, un deseo recurrente es el permanecer en el trabajo (80%), el contar con una actividad remunerada y sentirse satisfecho con la actividad que realizan, pues tienen porcentajes similares (53%).

Al indagar en torno a la situación económica pasada y actual, resalta el aumento en el porcentaje de entrevistados que se encuentran en una nivel socio-económico de clase media o superior, en contraste con el 33.3% que lo reportaron de su familia de origen, sin embargo unos pocos, es decir el 16.7%, poseen un ingreso superior a los 5 salarios mínimos mensuales.

Situación Laboral y Económica



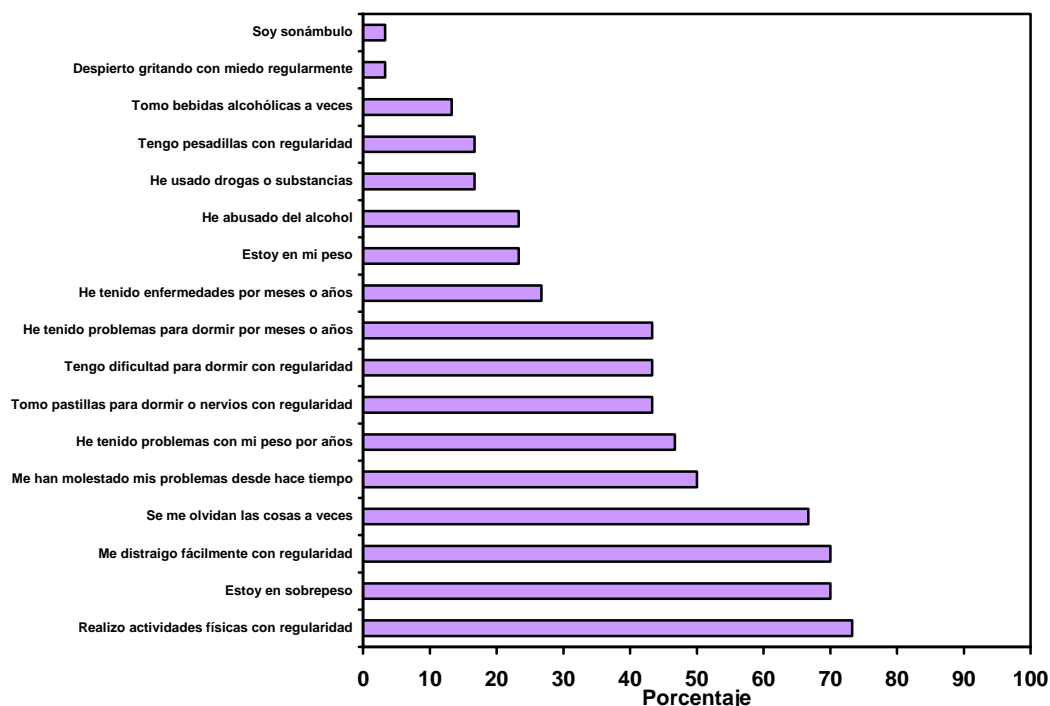
ESTILO DE VIDA

En cuanto al estilo de vida, podemos apreciar un alto porcentaje de pacientes que realizan actividades físicas con regularidad (73.3%) y ligado a lo anterior unos pocos reportan abuso de alcohol con anterioridad (23.3%) o en la actualidad (13.3%), así como uso de sustancias (16.7%).

El sobrepeso aparece consistentemente en los sujetos (70%) pero es de importancia recalcar que los problemas con el peso es algo que se ha presentado por años en casi la mitad de la muestra (46.7%), y esto se asocia a la presencia de problemas metabólicos agregados.

Las molestias asociadas a las funciones mentales como la capacidad de concentración (70%), de recordación (66.7%) y las asociadas con la posibilidad de tener un sueño reparador con la toma pastillas para dormir (43.3%), son molestias consistentes y reiteradas en los sujetos.

Estilo de Vida y Molestias Físicas

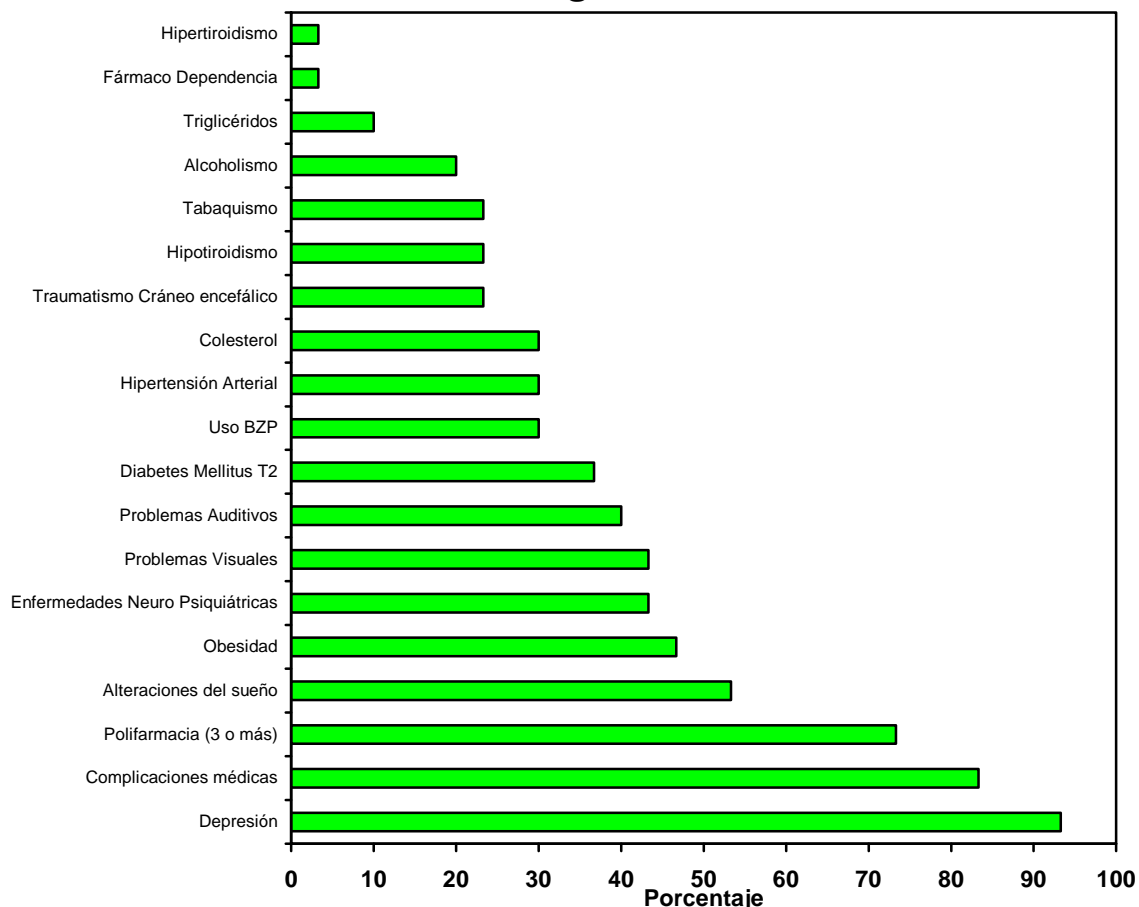


Como se puede apreciar, el principal síntoma asociado o concurrente con el DCL es la depresión aún más si consideramos que el 93.3% de los sujetos entrevistados reportan padecer esta sintomatología, le siguen en importancia las complicaciones médicas (el 83.3%) en donde se integra la comorbilidad con patologías metabólicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias o Distirioidismo (Hipotiroidismo), que incluso se desglosan por separado y asociadas con éstas, el consumo de una gran cantidad de medicamentos (73.3%).

Entre otros de los elementos que resaltan se encuentran los problemas visuales y auditivos, (43.3 y 40.0% respectivamente).

Finalmente la presencia de adicciones como el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia tiene un incidencia menor (23.3, 20.0 y 3.3 respectivamente).

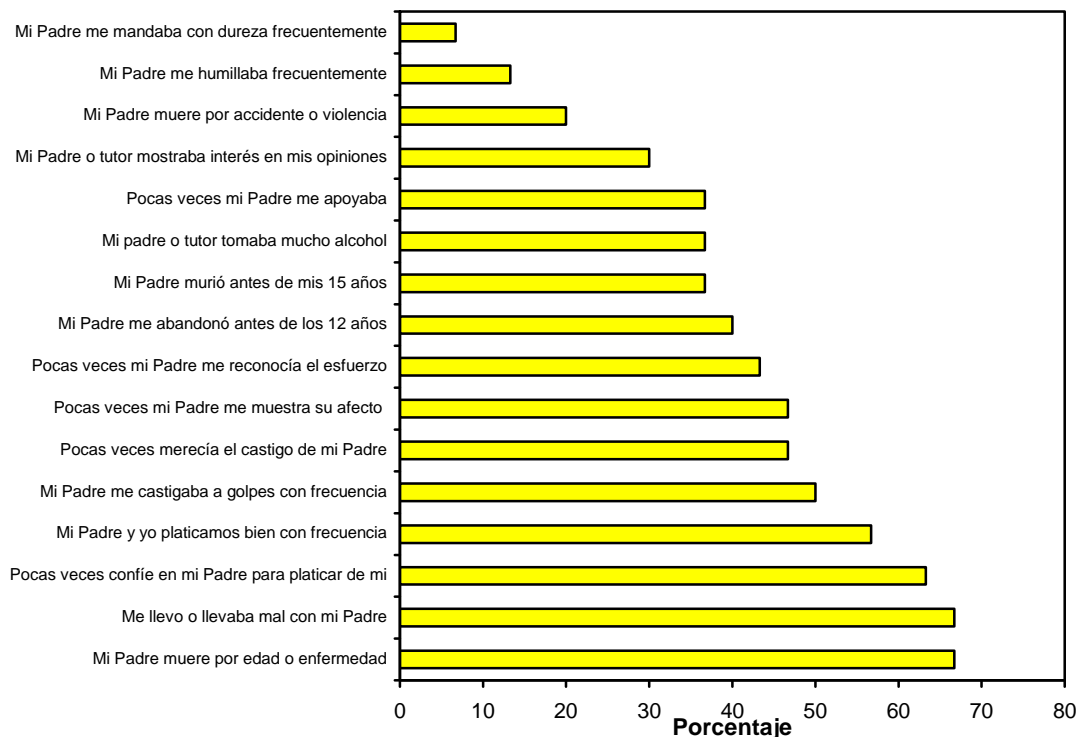
Sintomatología Asociada



Respecto a la vinculación con el padre, importante para el desarrollo de un individuo, encontramos que un alto porcentaje de los pacientes ya ha perdido a su padre (66.7), o incluso si no ha perdido también en un alto porcentaje la relación es conflictiva (66.7), con desconfianza (63.3%) y el uso de violencia (50%) con pocas muestras de afecto (46.7), reconocimiento (43.3) o apoyo (36.7%).

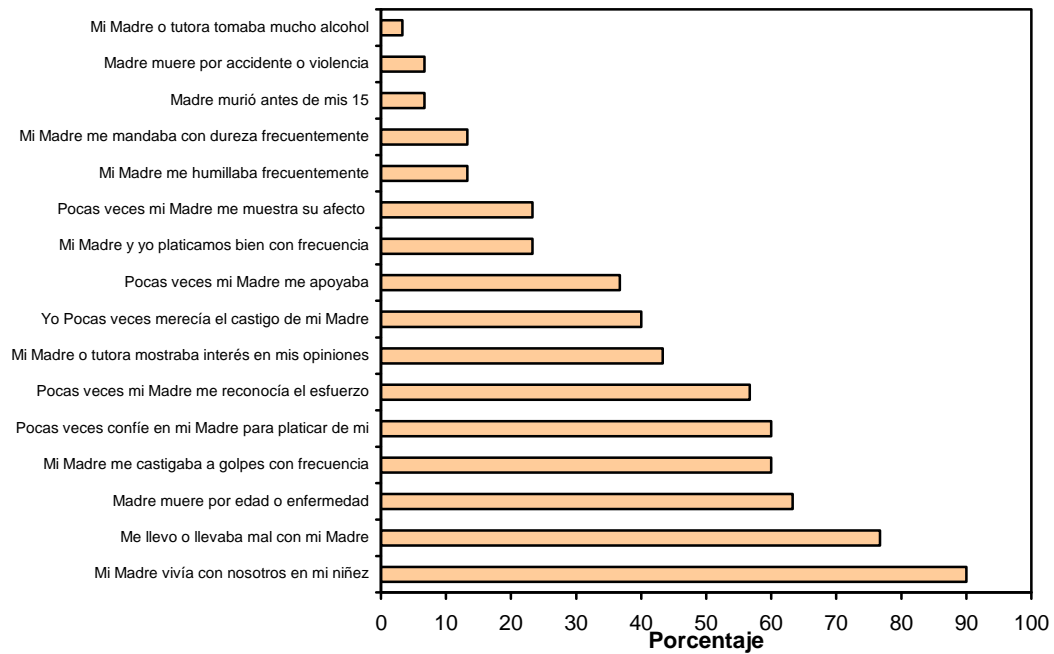
A pesar de lo anterior la comunicación con el padre es un elemento importante para los pacientes que se manifiesta en platicar bien frecuentemente (56.7%).

Vinculación con mi Padre

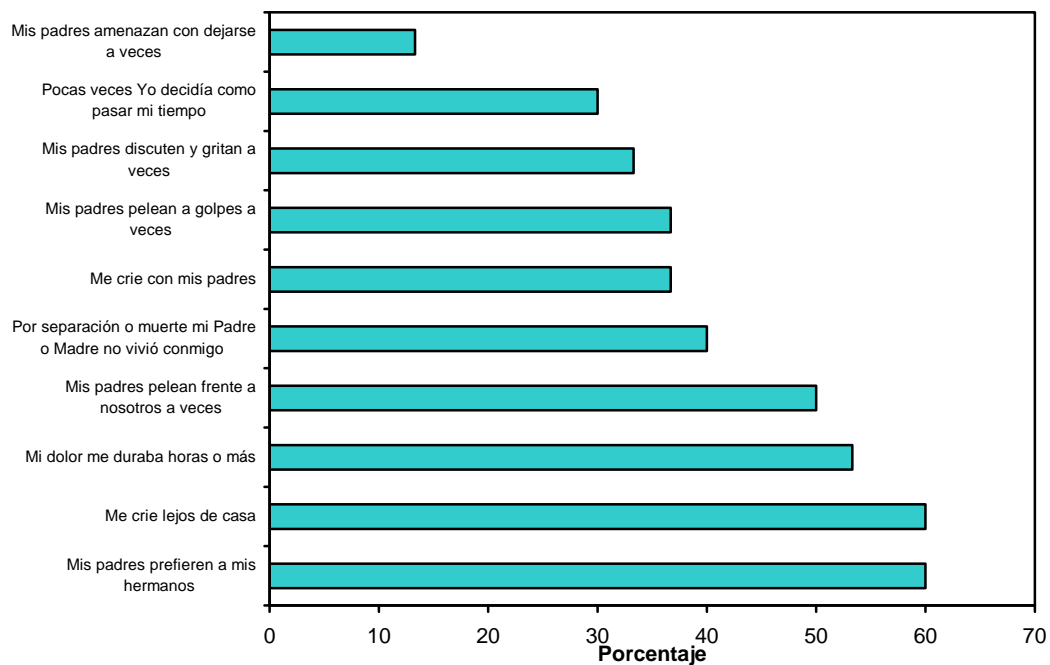


A diferencia con la vinculación materna, según reportan los pacientes, el 90% de ellos contaron con la presencia de la madre en su niñez, presentando situaciones de conflicto como llevarse mal con ella (76.9%) el castigo con violencia (60%) o la falta de confianza para platicar con ella (60%), llamando la atención un porcentaje muy bajo de consumo de alcohol previo, con un porcentaje de 3.3% (1/30), a diferencia del padre el cual presenta una frecuencia de 36.7% (11/30).

Vinculación con mi Madre

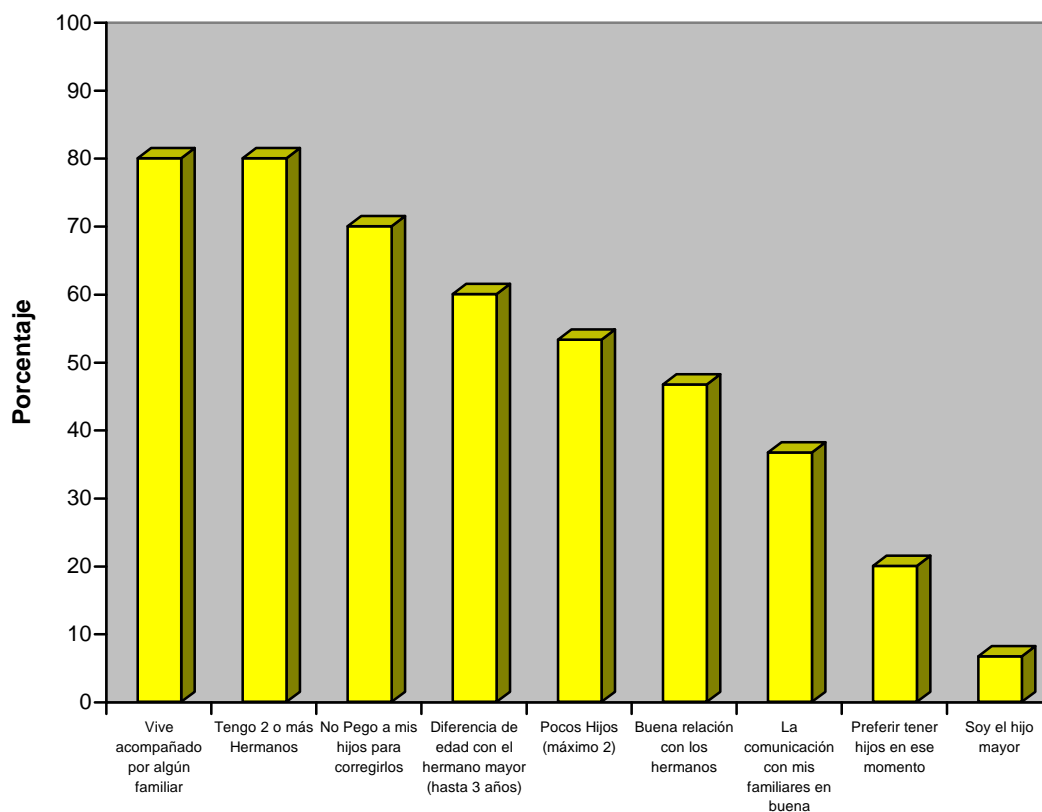


Vinculación con mis Padres



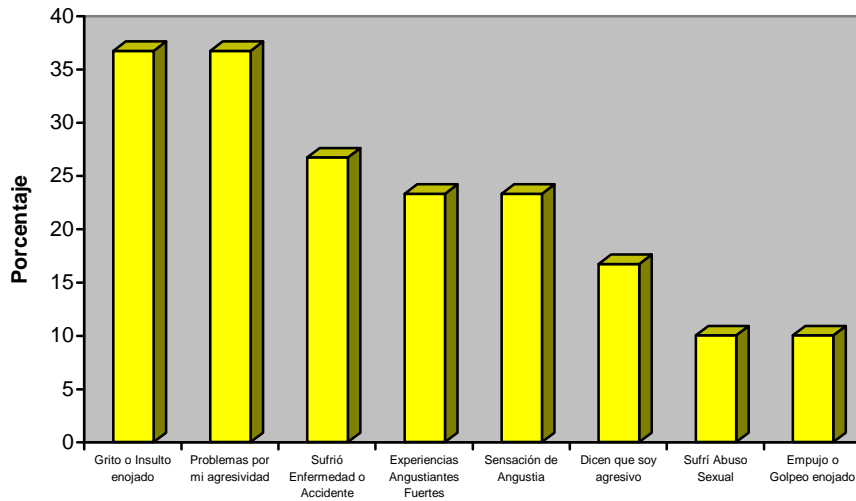
Las relaciones familiares son un aspecto positivo en la vida, por lo cual es relevante recalcar tanto la cantidad de sujetos que viven acompañados por al menos un familiar, como también la cantidad de hermanos con los que cuentan y la diferencias de edad que tienen con ellos, aún cuando la calidad de las relaciones se reduce hasta un 36.7% cuando se examina la comunicación con la familia o un 46% si se pregunta por la relación con los hermanos. Al apreciarse en la tabla destaca también la presencia de procreación de pocos hijos, con un porcentaje de 53.3% (16/30), a diferencia del número de hermanos de los pacientes en el cual el 80% (24/30) tuvo más de dos hermanos, compatible con modelos de familia más tradicionales y poco control prenatal.

Relaciones Familiares



Las experiencias emocionales intensas así como la manifestaciones agresivas de los sujetos presentan porcentajes menores al 36.7% siendo la principal manifestación el uso de los gritos e insultos y un porcentaje menor (10%), hacen uso de empujones o golpes, las experiencias angustiantes y la angustia se encuentran en el 23.3%.

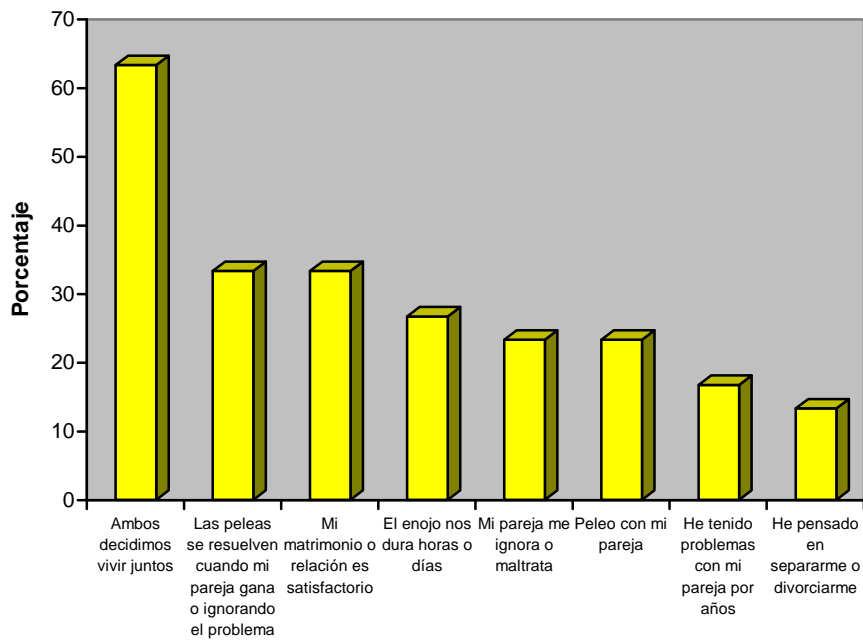
Experiencias Emocionales y Agresividad



En la relación de pareja, a pesar del alto porcentaje (63.3%) de sujetos que manifiestan como condición para su relación el deseo de ambos, solo el 33.3% se dicen satisfechos de su matrimonio.

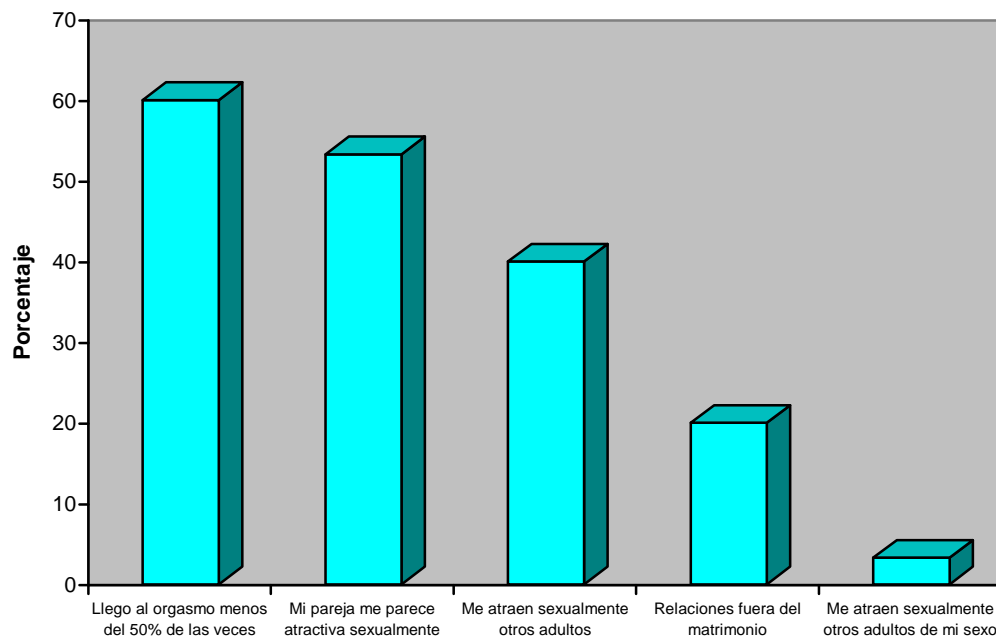
Si bien las situaciones conflictivas presentan porcentajes menores al 33.3%, se presentan en mayor variedad e incluso por años. Destacando un porcentaje realmente bajo de 13.3% (4/30) el pensar en separarse o divorciarse en la relación de pareja.

Relación de Pareja



El 53.3% de los pacientes se sienten atraídos sexualmente por su pareja y un 40% por otros adultos, lo que manifiesta un interés y deseo sexual incluso con relaciones fuera del matrimonio (20%), aún cuando la satisfacción sexual lograda es un elemento relevante de este tema, pues solo el 40% de los pacientes llegan al orgasmo en al menos una ocasión de cada dos que tienen relaciones sexuales.

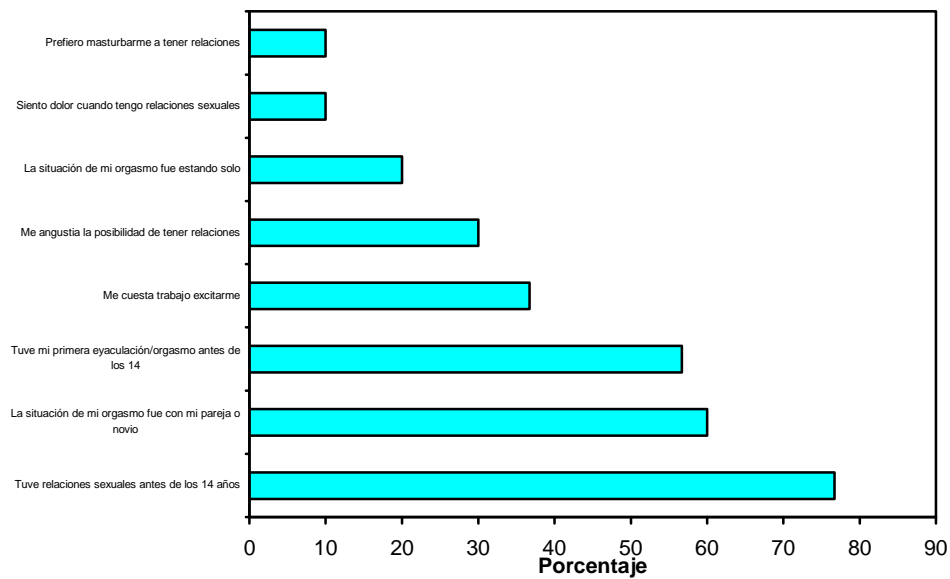
Pareja y Satisfacción Sexual



Las relaciones o experiencias sexuales tiene un inicio temprano en el 76.7% de los sujetos, siendo el novio (a) o la pareja el principal coparticipe del orgasmo del sujeto (60.0%), aún cuando el 56.7% reporta haber logrado el orgasmo antes de los 14.

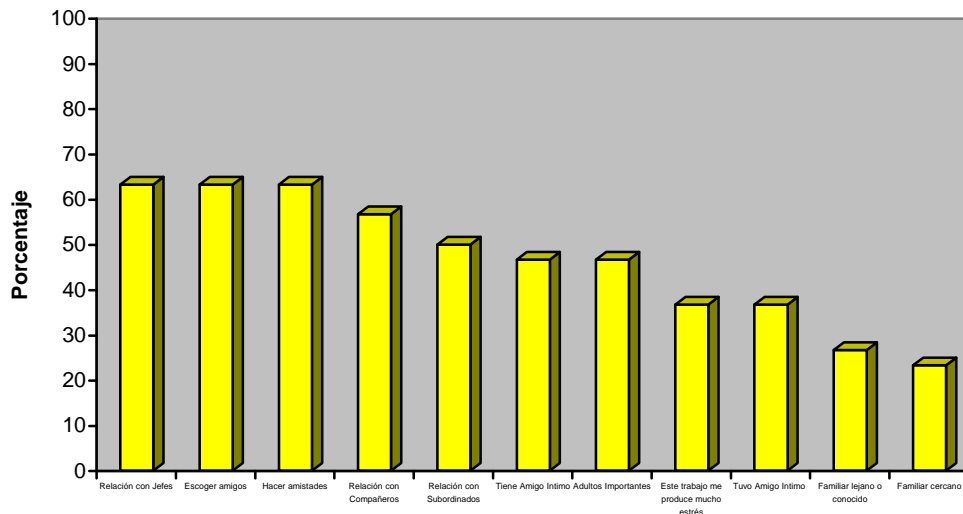
En el contexto actual, el principal problema se ubica en la imposibilidad de excitarse o mantener la excitación (36.7%) y al parecer ligado a ello, la presencia de la angustia ante la posibilidad de tener relaciones sexuales (30%), situaciones como el sentir dolor durante las relaciones sexuales o incluso la preferencia por masturbarse en lugar de tenerlas son poco frecuente (10%).

Relaciones Sexuales



Por su parte las relaciones sociales tienen las siguientes características, el contar con una buena relación con el jefe, la posibilidad de escoger a sus amigos y hacer nuevas amistades con un 63.3% de los entrevistados, con menor frecuencia se presentan las relaciones positivas con compañeros y subordinados y aún menor si consideramos la presencia de los amigos íntimos o un adulto significativo de la niñez (entre un 56.7 y un 46.7) los porcentajes de las relaciones con mayor carga emocional, se reducen a niveles inferiores al 36.7%.

Relaciones Sociales



Discusión y Conclusiones

El comportamiento es definido como una dimensión funcional del cuerpo, en interacción constante con el ambiente y el medio socialmente construido, así lo define Ribes en el año de 1990⁶. Precisamente por esto, todo aquello que el ser humano hace, o deja de realizar, piensa o siente, repercute con su salud, longevidad y “calidad” de vida. El modelo de envejecimiento satisfactorio propuesto por Baltes y Baltes es quien se basa en la perspectiva antes descrita, pues atribuye que ante la selección, optimización y compensación de algunas actividades es posible modificar nuestra vida y hacerla más efectiva para conseguir más años de vida libres de procesos mórbidos.

Según las revisiones antes citadas sobre estilos de vida en sus diferentes perspectivas, marcan una importante relación entre el proceso salud-enfermedad, contemplando las áreas físicas más que las psicológicas y socioculturales del individuo. La mayor parte de los estudios sugieren como parámetros de evaluación, actividades como: tabaquismo, alcoholismo, ejercicio físico, hábitos alimenticios, sueño y sexo seguro, siendo el motivo de su estudio, la correlación con padecimientos crónico-degenerativos como la Hipertensión Arterial o la Diabetes Mellitus llegando hasta enfermedades como el cáncer, sobre todo de tracto gastrointestinal, dejando de lado al aspecto psicológico o social, dentro del que se puede apreciar a la familia, amigos y compañeros laborales.

Al realizar esta investigación, es posible destacar la complejidad del concepto, pues no implica de forma simple el cambio de hábitos en cuanto al autocuidado, sino más bien una serie de secuencias que se gestan a lo largo de la vida. Entre ellos destaca el estilo de crianza que cada uno de nosotros tuvo en sus primeros años de vida, por la predominante figura materna, pilar de nuestra capacidad del contacto social, y también las relaciones interpersonales (padres, hermanos, demás familiares, amigos, pareja sentimental, entre otras), para confrontar las eventualidades diarias.

Precisamente dado el grupo de edad estudiado, se destaca de forma muy marcada la educación autoritaria recibida de sus familias nucleares, con poca comunicación de parte de ambos progenitores, en donde prevalecía una relación rígida con pocas muestras de afecto, habiendo incluso violencia hacia ellos, marcada en diferentes proporciones, acorde al tipo de pensamiento más tradicionalista, que prevalecía en esa época. Así mismo, la mayor parte de los pacientes en la actualidad están casados, y a pesar de que su relación la consideraron satisfactoria, es poco frecuente que refieran una vida sexual plena, incluso mostrando incomodidad para abordar este tema. Habiendo poco contacto social con personas fuera de su familia nuclear, con pocos amigos íntimos, lo cual es reforzado por la etapa del ciclo vital, compatible con el periodo de jubilación que la mayor parte de ellos presentan. Por tanto, se dedican en su mayoría a actividades del hogar para tratar de ocupar su tiempo libre, sin haber un proyecto preestablecido para manejar esta situación.

Por otro lado, la presencia de diversas enfermedades crónico-degenerativas (cardíacas, endocrinas, psiquiátricas, etc.) predispone al adulto mayor a una necesidad de realizar una serie de necesarios cambios en sus hábitos de Salud, para tratar de contener las complicaciones, evitando hospitalizaciones y disfuncionalidad en sus áreas de interés. Siendo una preocupación cada vez más marcada la elevada incidencia de estas entidades, por el aumento en la esperanza de vida del ser humano, fenómeno que se acentuará en los próximos años, por la inversión de la pirámide poblacional, generando gastos importantes en los Sistemas de salud a nivel nacional e internacional.

Es por esto que sería valioso proponer, tomar estos aspectos en cuenta al momento de valorar a un paciente en nuestra consulta diaria del área Psiquiátrica, sin pasar por alto la

complejidad del individuo, proveniente de un entorno “social”, no solamente, mirándolo en un aspecto biologicista y mucho menos instrumental, tratando de hacerle una serie de estudios médico-defensivos, para tratar de cumplir y evitar una queja o demanda.

El reforzar las ligas sociales en el paciente geriátrico no solamente puede ser benéfico para la remisión de síntomas afectivos de tipo depresivo, sino puede elevar su autoestima, fortaleciendo sus capacidades mentales, aplazando el deterioro cognitivo a largo plazo, brindándole más seguridad y motivación para su independencia.

Así mismo, es muy importante lograr en el paso por Hospitales Generales, la sensibilización a otros compañeros tanto médicos, como enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, respecto al cambio de conductas para lograr una vida más “saludable”, tratando de identificar los factores de riesgo físico y psíquico, que nos pudiera estar hablando de algún problema médico-psiquiátrico en el individuo adulto mayor. Tomando un poco más el aspecto de relaciones de pareja e interpersonales, así como el grado de funcionalidad actual pues la mayor parte de ellos, atraviesan el periodo de jubilación, fenómeno vivido con tristeza, ira o alegría, de acuerdo a las expectativas de cada individuo, y lo cual tiene repercusiones en las diversas áreas de su vida.

El fenómeno de “demencia”, es incluso motivo de sorpresa y rechazo por parte del viejo, algunos de ellos, al iniciar con problemas de memoria, recurren a distintos lugares de servicio médico, para valorar este diagnóstico, mientras que otros llegan a aislarse, tratando de que sus familiares cercanos no perciban que están teniendo problemas. El diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve de evolucionar de forma natural sin intervención médica, puede condicionar un Síndrome Demencial de consecuencias funestas.

El papel de la Clínica de Memoria como elemento diagnóstico de estadios leves de deterioro cognitivo, permite al adulto mayor, acercarse y vigilar la evolución de “estos olvidos” incluso favoreciendo su atención y rehabilitación, siendo crucial el abordaje integral, y porque no, el reforzamiento e incorporación al individuo de aspectos de su vida poco valorados. De ahí el interés de estudiar, la manera en la cual se desarrollaron en su infancia, con sus pares, compañeros de trabajo y en la actualidad con su pareja sentimental, nietos y amigos cercanos. De esta manera, sabiendo las similitudes de vida entre ellos, poder planear actividades o talleres que puedan tomar en cuenta estas áreas de la vida, brindando una mayor seguridad y menor percepción de vulnerabilidad, que ya de por sí, la edad avanzada genera.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM- IV TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
2. Celis R, Vargas C. **Estilo de vida y conductas de riesgo.** *Sinéctica* 25. Agosto 2004- enero 2005.
3. Cerecero P. et al. **Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México.** *Revista de Salud Pública de México.* 2009. 51 (6): 465-472.
4. Elizondo A. et al. **Prevalencia de Actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años en Pamplona.** *Revista española de Salud Pública.* 2005. 79 (5): 559-567.
5. Fernández X, Méndez E. **Estilos de vida y factores de riesgo para la salud para la salud de personas Adultas Mayores del proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006.** *Revista Población y Salud en Mesoamerica.* 2006 Num. 5. Universidad de Costa Rica.
6. Ferrer RA. Et al. **Comportamiento y salud en la vejez.** *Rev. Esp. Ger y Gerontol.* 1996;(3): 37-44.
7. Lobo A, et al. Capítulo 4: Deterioro Cognoscitivo en el Anciano. Libro PDF. Catedrático de Psiquiatría y Jefe de Servicio de Medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Hospital universitario Zaragoza, España. 2005.
8. Macias Martínez, C G. **El cáncer gástrico y su relación con los estilos de vida.** *Gaceta Médica de México.* 1998. 134 (1): 115-118.
9. Marinas, JM. Ensayo sobre la ética del estilo, en "Ética del espejo. Investigaciones sobre estilos de vida". 1ª ed. Madrid. Síntesis. 2005.
10. Martín González, AA. Cap. Trabajo y Calidad de Vida, en ""Psicología Humanística, animación sociocultural y problemas sociales. 1ª ed. Madrid. Ministerio de Cultura. 1988.
11. Navarro DD, et al. **Estilo de vida y salud ósea en mujeres de mediana edad.** *Revista Cubana de Endocrinología.* 2008. 19 (3):357-370.
12. Pérez, V. **Deterioro Cognitivo Leve una mirada previsor.** *Rev. Cub. Med. Gen. Int.* 2005; (2):1-8.

-
-
13. Riveros et al. **Intervención cognitivo conductual en pacientes diabéticos e hipertensos esenciales.** *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005. 5(3): 445-462
 14. Riveros RA, Sánchez Sosa JJ, Del Águila M. Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa). 1ª ed. México. Manual Moderno. 2009.
 15. Robles, R. Sanchez Sosa, JJ. Nicolini H. **Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo 2: propiedades psicométricas de la versión en español del DQQL.** *Psicothema* 2003. 15 (2): 247-252.
 16. Rodríguez M. et al. **Efficacy of an educational intervention group on changes in lifestyle in hypertensive patients in primary care: a randomized clinical trial.** *Revista Española de Salud Pública*. 2009. 83 (3): 441-452
 17. Ruiz, JJ. Capítulo 1.2 El Concepto de estilo de vida, en "Estilo de Vida. Sentido y equilibrio según la Psicología de Alfred Adler". 1ª ed. España. Paídos. 2006.
 18. Soldevilla, C. Ensayo sobre el concepto de estilo de vida en las ciencias sociales, en "Ética del espejo. Investigaciones sobre estilos de vida". 1ª ed. Madrid. Síntesis. 2005.
 19. Soldevilla, C. Ensayo sobre la funcionalidad de los estilos de vida, en "Ética del espejo. Investigaciones sobre estilos de vida". 1ª ed. Madrid. Síntesis. 2005.
 20. Solera A. et al. **Influencia de la dieta y los estilos de vida en el cáncer colorrectal.** *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2007. 99(4): 190-200.
 21. Ubeda, N. et al. **Dietary food habits, nutritional status and lifestyle in menopausal women in Spain.** *Nutrición Hospitalaria*. 2007. 22 (3): 313-321.
 22. Varela Moreiras, G. et al. **Homocisteína, vitaminas relacionadas y estilos de vida en personas de edad avanzada: Estudio SENECA.** 2007. *Nutrición Hospitalaria*. 22(3): 363-370.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLÍNICA

LUGAR Y FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO : **“ESTILO DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES USUARIOS DE CLINICA DE MEMORIA CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO LEVE, DEL SERVICIO DE PSICOGERIATRIA EN HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.”**

REGISTRADO ANTE EL CÓMITE LOCAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA CON EL NÚMERO _____

EL OBEJTIVO DEL ESTUDIO ES: **Identificar las actividades que caracterizan al estilo de vida de los pacientes de la Clínica de Memoria en HPFBA con diagnóstico de deterioro cognitivo leve así como los elementos que pueden compartir en sus estilos de crianza e interacción familiar.**

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN CONTESTAR UN CUESTIONARIO ESTRUCTURAL Y EL INVENTARIO DE SALUD, ESTILO DE VIDA Y COMPORTAMIENTO, ESTO EN LAPSO DE UNA A DOS SESIONES.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES: MOLESTIA Y TIEMPO REQUERIDO PARA CONTESTAR DICHAS PRUEBAS. SIENDO EL BENEFICIO: CONOCER LA FRECUENCIA Y PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN MI CALIDAD DE VIDA LO CUAL PUEDE AYUDAR A LA IDENTIFICACION TEMPRANA .DE DICHAS ENTIDADES CON UNA INTERVENCION OPORTUNA.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO, ASI COMO RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER VDUDA QUE SE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO, 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 EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO DEL HOSPITAL.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL NME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL, TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL

PARTICIPANTE

NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA

DEL INESVTIGADOR PRICIPAL

TESTIGO

TESTIGO