



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES
CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE
DEMENCIA EN EL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”
TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO PARA LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:**

DRA. ESCALERA GONZÁLEZ PAMELA

Cel: 5544799989 Email: dra.pamescalerag@gmail.com

DIRECTOR DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

ASESOR METODOLÓGICO

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA

Cel: 5544907941 Email: anafontanell@hotmail.com

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, ENERO 2015
NUMERO DE REGISTRO: 2015-3605-11**



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.

EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN EL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Escalera González Pamela¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dra. Toro Fontanell Ana Gloria⁴.

ADSCRIPCIÓN DE AUTORES:

- 1 Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS
- 2 Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.
- 3 Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS
- 4 Médico Especialista en Medicina Familiar Adscrito al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

OBJETIVO:

Evaluar el deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8

MATERIALES Y METODOS:

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo, observacional. Muestra: 240 pacientes. Criterios de Inclusión: hombres y mujeres mayores de 60 años, derechohabientes. Criterios de Exclusión: pacientes que no firmen el consentimiento informado, con deficit auditivo, con diagnostico confirmado de demencia que presenten dificultad para comunicarse, que se nieguen a contestar las preguntas, no derechohabientes. Se empleo el cuestionario PFEIFFER para evaluar el deterior cognitivo.

RESULTADOS:

Se estudió 240 pacientes, el rango de edad más frecuente fue 60-69 120 (50%); La media de edad 70.89 años, desviación estándar de 7.45 años; predomino el sexo femenino con 159 (66.3%); la mayor parte desempleados 170 (70.8%); escolaridad primaria 105 (43.8%); mayor frecuencia en casados 111 (46.3%); con una mayor frecuencia en pacientes con dos comorbilidades asociadas 77 (32.1%), siendo la Hipertensión Arterial la predominante con 164 (68.3%). En cuanto el deterioro cognitivo el 37.8% de la población presentan un grado de deterioro siendo el leve el que prevalece en su mayoría.

CONCLUSIONES:

Se concluyo que los pacientes con factores de riesgo para demencia del HGZ/ UMF8 ya presentan un deterioro cognitivo y que este se ve agravado si el solo se cuenta con menos de siete años de escolaridad, si existen comorbilidades asociadas o la presencia de consumo de tabaco o alcohol

PALABRAS CLAVE: Deterioro cognitivo, Demencia, Factores de Riesgo, PFEIFFER

**EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO
EN PACIENTES CON
FACTORES DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE DEMENCIA EN
EL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico de tesis

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell
Especialista en Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico

AGRADECIMIENTOS

Primero y como siempre a Dios por la vida y las maravillosas oportunidades que ha puesto en mi camino.

A Raúl, mi mejor amigo y compañero de este andar llamado vida por su apoyo incondicional en esta etapa.

A mi mamita bella por enseñarme que si quieres algo no hay porque rendirse jamás.

A mi nany por ser siempre un ejemplo a seguir.

A mi padre por apoyarme en mis locuras.

A toda mi familia porque aun estando lejos están ahí.

A mis maestros de Medicina, sobre todo al Dr. Gilberto Espinoza, al Dr. Eduardo Vilchis y la Dra. Ana Gloria Toro Fontanell por enseñarme el amor a la Medicina Familiar.

Y por su puesto y no menos importantes Mar, Oscar, Alely y Kari, sin ustedes la residencia no hubiera sido lo mismo.

INDICE

1.MARCO TEÓRICO	7
2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3.JUSTIFICACIÓN	16
4.OBJETIVO GENERAL	17
5.HIPÓTESIS	18
6.MATERIALES Y MÉTODOS	19
7.TIPO DE ESTUDIO	19
8.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	20
9.POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	21
10.MUESTRA	22
11.CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	23
12.VARIABLES	24
13.DISEÑO ESTADÍSTICO	30
14.INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	31
15.MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATO	32
16. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	33
17. CRONOGRAMA	34
18. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	36
19. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
20. RESULTADOS	38
21. DISCUSIÓN	85
22. CONCLUSIONES	89
23. BIBLIOGRAFÍA	93
24.- ANEXOS	95

MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN

Nos enfrentamos a una transición demográfica en la que, gracias a los avances científicos y sociosanitarios, la tasa de fecundidad ha disminuido y la expectativa de vida se ha incrementado; esto ha condicionado una disminución de los números relativos y absolutos de la población más joven, contrastada con un incremento de los adultos mayores. Este hecho ha establecido a su vez una transición epidemiológica, en la que predominan las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas las demencias. La demencia es un síndrome adquirido, caracterizado por una declinación progresiva del funcionamiento cerebral y que se manifiesta por deterioro intelectual, alteraciones de la conducta y del humor, así como cambios en la personalidad. Para poder establecer el diagnóstico de demencia, dichas alteraciones deben interferir con la funcionalidad de quien las sufre. También puede acompañarse de otras manifestaciones neuropsiquiátricas tales como sintomatología psicótica y motora. En nuestro país tiene una prevalencia aproximada del un 8%, misma que puede ser de un valor superior puesto que es un padecimiento subdiagnosticado⁽¹⁾

La presencia de deterioro cognitivo se considera como un antecedente que posteriormente puede propiciar la aparición de demencia de cualquier tipo en especial de Enfermedad de Alzheimer. El deterioro cognitivo es cualquier déficit que aparezca en las funciones mentales superiores, siendo estas la consciencia, la atención, la memoria, el juicio, el habla, el lenguaje y la concentración, siendo la memoria la que mayormente se ve afectada. Se ha observado que existen múltiples causas que pueden provocar la aparición de esta condición neurológica por lo cual esto puede considerarse como un síndrome geriátrico que requerirá la evaluación y atención oportuna de los componentes del mismo y poder hacer en su momento, si llegase a presentar, el diagnóstico de demencia. El concepto que se tiene sobre el deterioro cognitivo no está bien delimitado, pero se puede decir que se puede observar como una disminución del rendimiento de alguna de las funciones mentales, la cuales conforme avanza la edad, provoca un enlentecimiento de los procesos mentales que depende de los órganos de los sentidos, de la atención, la respuesta motora y el procesamiento mental, siendo este último el que más se afecta en los ancianos.⁽²⁾

El deterioro cognitivo puede cursar por tres etapas, el deterioro cognitivo leve que es definido como la pérdida de la memoria subjetiva manteniendo el resto de las funciones mentales sin alteraciones. La siguiente etapa es el deterioro cognitivo moderado que se ve caracterizado por disminución leve de la capacidad de concentración y de atención, que se

ve manifestada cuando el paciente no puede seguir las instrucciones que se le dan. La última etapa, que algunos autores consideran como que el paciente ya se encuentra en demencia es el deterioro cognitivo severo, en el que hay disminución de la capacidad del habla y del cálculo, pero sobre todo de consciencia, siendo esto último lo que hace que la persona pierda su independencia para las actividades de la vida diaria. ⁽³⁾

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo, por definición es toda condición que propicia la aparición de determinada patología. Existen múltiples factores de riesgo que se han asociado con la aparición de demencia, lo cuales en su mayoría son prevenibles y otros son condiciones que no podrán ser modificados pero que existen alternativas que ayudan a que tengan una menor expresión de estos factores en aquella persona que los posea. Se ha demostrado que el tabaquismo incrementa substancialmente el riesgo de todos los tipos de demencia. Por lógica, la exposición a tabaco ambiental, también conocido como tabaquismo pasivo, también debería incrementar el riesgo de demencia de cualquier tipo. En un estudio realizado en China se demostró, en una muestra de 5,921 personas, el incremento de demencia es significativo y es dependiente de dosis, afectando por igual a fumadores y exfumadores. Por lo tanto, la reducción de la exposición a tabaco, tanto pasivo como activo, debe ser considerada una meta en cualquier estrategia preventiva de demencia. ⁽⁴⁾

El consumo de alcohol se relaciona ampliamente a demencia, sin embargo, no está claro si es un efecto tóxico directo del alcohol o por deficiencia secundaria de tiamina. Existen dos síndromes definidos por su consumo: Demencia relacionada a alcohol y síndrome de Wernicke-Korsakoff. Ambos síndromes se han tratado de integrar como daño cerebral relacionado a alcohol. No se sabe con precisión el nivel de consumo de alcohol que se requiere para desarrollar dicha enfermedad, ni tampoco si el consumo de alcohol de forma moderada puede tener un papel protector. Sería difícil valorar el consumo de alcohol como un factor de riesgo para demencia, sin embargo, se pudiera considerar el alcoholismo (diagnosticado por la prueba de tamizaje de Michigan) como un factor de riesgo para desarrollar demencia. ⁽⁵⁾

Los ancianos más ancianos de más de 90 años son la población, en países desarrollados, con mayor tasa de crecimiento relativa. La planeación de sistemas de salud aplicados a ésta población requiere una estimación exacta de tasas de demencia. La incidencia de demencia se duplica cada 5 años desde los 65 a los 90 años, sin embargo no se ha estudiado si el crecimiento se mantiene más allá de los 90 años. En un estudio prospectivo en la cohorte "90 y más" de Estados Unidos, encontraron que la incidencia de demencia continúa siendo

exponencial, a tal grado que a partir de los 90 años el 12.7% de la población desarrollará demencia, a partir de los 95 años el 21.2%, y a partir de los 100 años el 40% de la población. Esto implica que dichos pacientes, además de sus enfermedades de base, tendrán el potencial de desarrollar complicaciones asociadas a la demencia, con una carga adicional sobre el sistema de salud que los atiende. ⁽⁶⁾

Se ha encontrado que en cuanto al sexo, la aparición de demencia tiene una mayor incidencia en las mujeres que en los hombres, sobretodo en cuanto a la Enfermedad de Alzheimer, tal y como lo encontraron Sujuan and cols. en donde se analizaron diversos estudios en los cuales son las personas del sexo femenino las que presentan un mayor riesgo de desarrollar demencia, en especial el tipo de demencia previamente mencionada. ⁽⁷⁾

Durante los últimos veinte años, se ha acumulado evidencia de que los niveles elevados de colesterol se correlacionan con el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer. Por lógica, se ha esperado que el uso de estatinas, que disminuyen los niveles de colesterol, también disminuya la incidencia de demencia y enfermedad de Alzheimer. Diversos estudios en animales han demostrado además que el uso de estatinas disminuye los niveles de producción de la proteína β -amiloide, Sin embargo, en estudios humanos los resultados han sido inconsistentes, especialmente porque muchas investigaciones solamente toman en cuenta los niveles de colesterol total y no las lipoproteínas que se alteran en el tratamiento, como HDL y LDL. Por tanto, para la tesis se tomarán en cuenta los valores de colesterol y triglicéridos totales como factor de riesgo. ⁽⁸⁾

La Diabetes Mellitus, en especial la tipo 2 se ha asociado con un incremento de riesgo de enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, no se conocen con exactitud los mecanismos fisiopatológicos que llevan a dicha elevación. Los posibles mecanismos pudieran relacionarse a la toxicidad por glucosa y efectos de insulina en el metabolismo amiloide. En un estudio realizado en Holanda, se realizó seguimiento a pacientes con medición en los niveles basales de insulina sin ser diabéticos, para evaluar su relación con el desarrollo de Alzheimer. Los resultados demostraron que los niveles de insulina, y la resistencia a la misma, se asocian a un riesgo incrementado de enfermedad de Alzheimer únicamente durante los primeros 3 años de presentar dichas alteraciones. Posteriormente el riesgo no se encontró elevado. Además, los niveles basales de glucosa no tienen relación al riesgo. Por tanto, la pre-diabetes, caracterizada por un incremento a la resistencia a la insulina, sin ser diabetes mellitus, también puede ser considerada un factor de riesgo, en los primeros 3 años, para desarrollar demencia por enfermedad de Alzheimer. ⁽⁹⁾

Muchos estudios han encontrado que la diabetes incrementa el riesgo del deterioro cognitivo, aunque no se conocen los mecanismos exactos de esta asociación. Los productos de glicosilación avanzados (PGA) son productos que resultan de reacciones entre glucosa y proteínas. En un estudio realizado en Yale con una cohorte de pacientes sin demencia, con diabetes y con glucosa normal, se buscó una relación entre los PGA (medidos por reacción de pentosidina urinaria) y la realización del mini-mental de forma anual a través de 9 años. Independientemente de si hay diabetes o no, las concentraciones elevadas de los PGA se asociaron con mayor deterioro cognitivo en pacientes adultos. ⁽¹⁰⁾

La hipertensión en la edad media pudiera asociarse a incremento en demencia y deterioro cognitivo, sin embargo, por el tiempo de evolución es difícil demostrar dicha asociación. Sin embargo, gracias a la cohorte del estudio de Framingham, se cuenta con información de factores de riesgo vasculares de una población que ha envejecido, y al estudiar mediante resonancia magnética marcadores de envejecimiento cerebral, se ha podido llegar a una asociación con factores de riesgo medidos muchos años antes. En el estudio se encontró asociación entre hipertensión, diabetes, tabaquismo y obesidad con un incremento en la progresión de daño vascular cerebral, atrofia global e hipocámpica y deterioro cognitivo de ejecución 10 años después. ⁽¹¹⁾

La demencia es una condición cada vez más prevalente conforme la población envejece. Los problemas cardiacos son a su vez más prevalentes en la población anciana. Es lógico pensar que la enfermedad cardiovascular se asocia a demencia vascular, sin embargo, diversos estudios no sólo confirman dicha alteración, sino que además la relacionan con el desarrollo de enfermedad de Alzheimer. Otros factores de riesgo cardiovasculares implicados incluyen fibrilación auricular, infarto al miocardio, enfermedad vascular, falla cardiaca e hipertensión, especialmente si se presentan en la edad media del paciente. Dichos factores de riesgo pueden agruparse como “enfermedad cardiovascular” y es una variable objetiva detectable en el análisis de cualquier paciente. ⁽¹²⁾

En la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular (las formas de demencia más comunes) se alteran los niveles séricos de muchos metabolitos. Estos metabolitos pueden ser factores de riesgo o marcadores. En el estudio realizado por Lopamudra se evaluaron las concentraciones séricas de homocisteína, dehidroepiandrosterona sulfato y lipoproteína A, en pacientes con Alzheimer, demencia vascular y controles pareados por edad. Los resultados fueron los siguientes: La homocisteína se eleva en ambas demencias, pero significativamente más en la demencia vascular. La lipoproteína A se eleva solamente en pacientes con demencia vascular. Por último, los niveles de DHEA-S se encuentran disminuidos en enfermedad de Alzheimer pero no en demencia vascular. Lo anterior

sugiere que dichos marcadores pudieran ser utilizados para distinguir entre cada patología, y además el manejo de comorbilidades que elevan dichos metabolitos pudiera ser una estrategia de prevención para demencia. ⁽¹³⁾

La enfermedad vascular es la etiología de base en la demencia vascular. Además, a mayor incidencia de enfermedad vascular cerebral (número de EVC's, microinfartos), mayor probabilidad de desarrollar demencia vascular. Por tanto, si se aplican las mismas medidas preventivas para enfermedad vascular, también se están aplicando medidas preventivas. Las medidas incluye: Dejar de fumar, moderación del consumo de alcohol, control de peso, actividad física, dieta alta en potasio, dieta baja en sodio, estimulación social, manejo de depresión, manejo de hipertensión, fibrilación auricular y EVC recurrente, manejo de DM2. La identificación de la enfermedad vascular cerebral como el factor de riesgo más importante para desarrollar demencia vascular permitirá aplicar estrategias de reducción de riesgo. ⁽¹⁴⁾

La estenosis carotídea se relaciona con una mayor probabilidad de presentar infarto cerebral agudo o disminución del flujo significativa. Su manejo, por tanto, debería de reducir el riesgo de presentar demencia vascular. En un estudio hecho en China, se demostró que la intervención con angioplastia carotídea en pacientes con obstrucción significativa mejoró de forma significativa los resultados en pruebas de mini-mental, evaluación cognitiva de Montreal y la escala de inteligencia de Wechsler al compararse con controles. En resumen, la enfermedad carotídea conocida es un factor de riesgo modificable para desarrollar déficit cognitiva. ⁽¹⁵⁾

Los pacientes ancianos tienen una disminución esperada por su edad de la perfusión cerebral. Si a esta perfusión disminuida se le agrega bajo gasto cardíaco por enfermedad cardiovascular, el cerebro entra en una crisis de energía que puede ser responsable de la síntesis anormal de proteínas que posteriormente deriva en placas de beta-amiloide y neurofibrillas. Por tanto, la enfermedad cardiovascular (ApoE4, fibrilación auricular, eventos tromboticos, hipertensión, falla cardíaca, elevación de marcadores de inflamación, enfermedad coronaria, bajo gasto cardíaco y valvulopatía) es un factor de riesgo detectable y tratable para la demencia tanto vascular. ⁽¹⁶⁾

El manejo de Alzheimer en fase sintomática no retrasa o detiene la progresión de la enfermedad, solamente mejora la sintomatología. Por tanto, la única estrategia viable para disminuir su incidencia es la prevención. Los factores de riesgo para demencia incluyen ApoE4, edad, historia familiar, hipertensión, IMC, niveles de colesterol y niveles de actividad física. La historia familiar de Alzheimer es un factor de riesgo que debe ser identificado para

llevar un seguimiento estrecho del paciente y en caso necesario, iniciar manejo preventivo.⁽¹⁷⁾

Estudios epidemiológicos mundiales han demostrado que la dieta puede ser un factor de riesgo modificable para enfermedad de Alzheimer. El consumo de antioxidantes, vitamina B, polifenoles y ácidos grasos poliinsaturados son benéficos en la enfermedad establecida, y el consumo de pescado, frutas, vegetales, café y alcohol de forma moderada reduce el riesgo de Alzheimer. Los estudios aleatorizados son contradictorios a la información epidemiológica. Entre las dietas cuya asociación como factor de protección está demostrada se incluye a la dieta japonesa y la mediterránea. La obesidad y la desnutrición, en cambio, se asocian a riesgo incrementado de enfermedad por Alzheimer. ⁽¹⁸⁾

La enfermedad periodontal, caracterizada por pérdida de dentadura, está asociada a EVC y desarrollo cognitivo. Esto fue demostrado en un estudio que correlacionó el número de piezas dentales perdidas con cambios en la materia blanca cerebral e infartos asintomáticos. Los mecanismos subyacentes no han sido clarificados, pero se sugiere que pudiera existir malnutrición por pobre masticación e inflamación crónica por patógenos orales. Algunos estudios animales demostraron que la ausencia de masticación conlleva a menor síntesis de acetilcolina. Así mismo, muchos factores de riesgo para demencia también son comunes para pérdida de piezas dentales (tabaquismo, dislipidemia, DM2). Independiente del mecanismo la pérdida de piezas es un factor de riesgo que puede ser medible en la clínica.⁽¹⁹⁾

CUESTIONARIO PFEIFFER

El cuestionario SPMSQ creado en 1975 por el Dr. Pfeiffer fue adaptado y validado al castellano en el 2001 por el Dr. Jorge Martínez de la Iglesia y colaboradores, La fiabilidad inter e intraobservador del cuestionario fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82. La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. Este test evalúa la memoria acorto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Su utilidad estriba en que es una prueba de fácil administración, que no requiere ningún material específico para su cumplimentación y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización. Por otro lado, su sensibilidad y especificidad es elevada (S = 70%, E = 95%), y puede ser un instrumento de apoyo para el diagnóstico y seguimiento de las medidas terapéuticas y de la evolución de la enfermedad.⁽²⁰⁾

El cuestionario detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo, explorando la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. La recolección de la información es a través del cuestionario a manera de entrevista. La población a la que está indicado es a cualquiera que requiera de una valoración de su estado cognitivo. Es una escala sencilla de administrar. En cuanto a su valoración en caso de pacientes hospitalizados esta debe ser realizada en las primeras 72 horas de su ingreso o al momento del egreso o puede ser empleada en el consultorio. Se evalúa en función de los errores:

- 0-2 normal
- 3-4 deterioro cognitivo leve
- 5-7 deterioro cognitivo moderado
- 8-10 deterioro cognitivo severo.

En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona, ya que en caso de un nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría, en un nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos por categoría. El tiempo de administración del cuestionario es de aproximadamente 5 minutos.⁽²¹⁾

ANTECEDENTES

Como ya se menciona a lo largo del presente marco teórico hay numerosos estudios internacionales, los cuales analizan los factores de riesgo que son condicionantes para la aparición de demencia, estos estudios lo hacen con cada uno, sin agrupar en uno solo todos los factores para esta enfermedad. En nuestro país existe un estudio reciente realizado en el estado de Baja California Norte, llamado “Diabetes Mellitus as a risk factor for dementia in the Mexican Elder population” publicado en enero del 2013 en el cual analizaron el papel que representa la Diabetes Mellitus en la población mexicana como un factor de riesgo para la aparición de Demencia, en el cual se analizó una población de 749 participantes, los cuales ya contaban con el diagnóstico de esta enfermedad cronicodegenerativa, pero no de demencia y a los cuales se les dio seguimiento durante dos años, tomando en cuenta cuál era el tratamiento bajo el que se encontraba, el nivel socioeconómico, el grado de estudios de los pacientes y si contaban con alguna otra comorbilidad. Los resultados obtenidos arrojaron que los pacientes que cuentan con el antecedente de esta patología presentan el doble de riesgo de desarrollar demencia que aquellos que no tienen Diabetes Mellitus. Este riesgo se ve incrementado sobretodo si el paciente presenta además Hipertensión Arterial o Depresión.⁽²²⁾

Otro de los estudios realizados en nuestro país fue el que elaboró Mejía Arango y Cols en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” en el año 2007 en el cual tomaron en cuenta los mismos factores de riesgo que serán analizados para este estudio. Lo que se encontró con este estudio es que del total de la población analizada, 7% tuvo deterioro cognoscitivo y 3.3% tuvo deterioro cognoscitivo más dependencia funcional. No se encontró asociación entre las variables sociodemográficas y de salud y la probabilidad de deterioro cognoscitivo; sin embargo, la probabilidad de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional fue mayor en las mujeres, aumentó con la edad, fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión.⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de nuestro país conforme va avanzando el tiempo se esta convitiendo en una población de ancianos, lo cuales en su mayoría presentan patologías cronicodegenerativas, las cuales su incidencia se ha visto incrementada, estos padecimientos se han visto involucradas con el desarrollo del deterioro cognitivo y la posterior aparición de demencia por lo que se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ No. 8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN

Nuestra población tanto a nivel nacional como internacional esta siendo conformada en su mayoría, por los adultos mayores, lo que nos lleva a elevar la esperanza de vida lo que trae consigo a que existan pacientes de mayor edad con diversas enfermedades crónico degenerativas y que algunas de las mismas favorezcan el desarrollo de otras.

A nivel mundial la demencia se encuentra subdiagnosticada, ya que no se presta la suficiente atención a este tipo de padecimientos por creer que son propios de la edad. Es de suma importancia que el médico de primer contacto, en nuestro caso el Médico Familiar, este conciente, que existen múltiples factores que pueden llevar a los pacientes geriátricos a sufrir este padecimiento y que conforme la edad sea mas avanzada existirá un mayor riesgo de padecerla. Lo anterior provoca que la dinámica familiar se vea afectada y que se presenten crisis paranormativas a las que la familia se tiene que enfrentar.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

HIPOTESIS

Se coloca la hipótesis descriptiva con fines de enseñanza

HIPOTESIS NULA

- H0: Los pacientes con factores de riesgo para la aparición de demencia del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no presentan un grado de deterioro cognitivo

HIPOTESIS ALTERNA

- H1: Los pacientes con factores de riesgo para la aparición de demencia del HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” presentan un grado de deterioro cognitivo

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

a)Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.

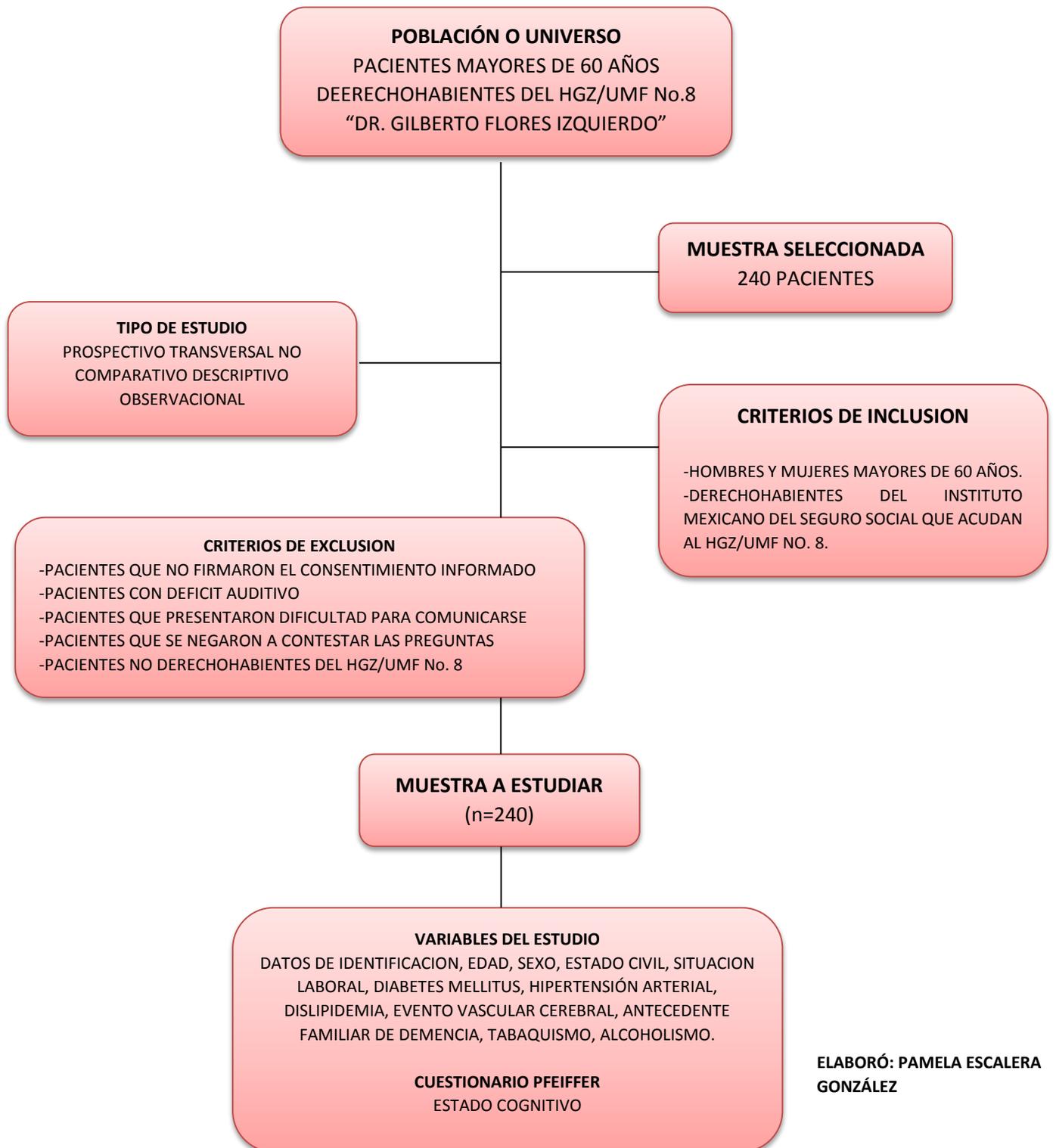
b)Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.

c)Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.

d)Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.

e)Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en los pacientes mayores de 60 años, que fueran derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta fue una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACION

La investigación se efectuó en los pacientes mayores de 60 años que acudan al HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social el cual se encuentra ubicado en la calle Río Magdalena #289, en la colonia Tizapan La Hormiga, en la Delegación Álvaro Obregón, en México Distrito Federal, es una población urbana, en un periodo comprendido de marzo de 2013 a febrero de 2015.

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 240 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Donde se conoce el total de unidades de observación que la integran

$$N = \frac{4 Z^2 P(1-P)}{W^2}$$

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 99%

W= Amplitud del intervalo de confianza

CRITERIOS

- **Criterios de Inclusión**

- Hombres y mujeres mayores de 60 años.
- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan al HGZ/UMF No. 8.

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes con déficit auditivo.
- Pacientes que presentaron dificultad para comunicarse.
- Pacientes que se negaron a contestar las preguntas.
- Pacientes no derechohabientes del HGZ/UMF No. 8.

- **Criterios de Eliminación**

- Pacientes que no terminaron de contestar las preguntas.

VARIABLES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.-Escolaridad
- 4.-Ocupación
- 5.-Estado civil
- 6.- Religión

VARIABLES DE FACTORES DE RIESGO

- 7.-Diabetes Mellitus
- 8.-Hipertensión Arterial
- 10.-Dislipidemia
- 11.-Evento Vascular Cerebral
- 12.-Antecedente familiar de demencia
- 13.-Tabaquismo
- 14.-Alcoholismo

VARIABLE DEPENDIENTE

- Deterioro cognitivo

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores de riesgo

VARIABLES DEL CUESTIONARIO PFIFFER

- Estado Cognitivo

DEFICIONES CONCEPTUALES

VARIABLES DEMOGRAFICAS

- **Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a hombres y mujeres.
- **Escolaridad:** Años de estudio cursados y aprobados dentro del sistema formal escolarizado.
- **Estado laboral:** Situación de trabajo en el que se encuentra actualmente. Empleado o Desempleado.
- **Estado civil:** Condición jurídica de cada persona desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar.
- **Religión:** Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. El termino hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como ritos y enseñanzas colectivas.

VARIABLES DE FACTORES DE RIESGO

- **Diabetes Mellitus:** Según la American Diabetes Association es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Con cifras de glucosa por encima de 126 mg/dl el paciente tiene el diagnostico de Diabetes.
- **Hipertensión Arterial:** Es la elevación de la tensión arterial por encima de los parametros normales considerando estos como 120/80 mmHg.
- **Dislipidemia:** Es un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que involucran un riesgo para la salud: Comprende situaciones clínicas en que existen concentraciones anormales de colesterol total mayor de 200mg/dl, colesterol de alta densidad (HDL) menor de 45mg/dl en mujeres y menor de 35mg/dl en hombres, colesterol de baja densidad (LDL) mayor de 130mg/dl y/o triglicéridos mayor de 150mg/dl.
- **Evento Vascular Cerebral:** Puede ocurrir cuando una arteria se obstruye produciendo interrupción o pérdida repentina del flujo sanguíneo cerebral o bien, ser el resultado de la ruptura de un vaso, dando lugar a una hemorragia.
- **Antecedente familiar demencia:** La presencia de enfermedad en este caso de algun tipo de demencia en familiares de primer grado que condiciona al sujeto a presentar la misma patologia.
- **Tabaquismo:** Según la definición de la OMS es una persona que ha fumado diariamente durante el ultimo mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

- **Alcoholismo:** consumo de bebidas embriagantes, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta.

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Deterioro cognitivo:** es una entidad clínica previa a la demencia, los individuos afectados presentan daños más allá de lo esperado para su edad y educación, pero que no interfieren significativamente con sus actividades diarias. Se evaluará mediante el Cuestionario PFEIFFER.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Factores de riesgo:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En este caso se tomará la edad del paciente, el sexo, el grado de escolaridad, la presencia de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipidemia, Antecedente de Evento Vascular Cerebral, Antecedente Heredofamiliar de Demencia, Consumo de tabaco y consumo de alcohol.

VARIABLE DISTRACTORA

- **Demencia:** Es el deterioro de los procesos cognitivos que impide la realización de actividades de la vida cotidiana de manera satisfactoria. La pérdida de la memoria es la capacidad cognitiva que más comúnmente se presenta

VARIABLES DEL CUESTIONARIO PFEIFFER

- **Estado cognitivo:** se define como la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento en base a la experiencia y características subjetivas que permiten valorar la información. Consiste en procesos como el aprendizaje, razonamiento, atención, memoria, resolución de problemas, toma de decisiones y el lenguaje.

DEFINICION OPERATIVA DE LA VARIABLES

NOMBRE DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD SEXO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=NINGUNA 2=PRIMARIA 3=SECUNDARIA 4=PREPARATORIA 5=UNIVERSIDAD 6=POSTGRADO
ESTADO LABORAL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=EMPLEADO 2=DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNION LIBRE
RELIGION	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CATOLICA 2=CRISTIANA 3=OTRA 4=NINGUNA
COMORBILIDADES ASOCIADAS	CUALITATIVA	NOMINAL	1=NINGUNA 2=1 COMORBILIDAD 3=2 COMORBILIDADES 4=3 COMORBILIDADES 5=4 COMORBILIDADES
ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS DIABETES MELLITUS	CUANTITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=0 años 2=Menos de 1 año 3=1-5años 4=6-10años 5=Más de 10 años
ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL HIPERTENSION ARTERIAL	CUANTITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=0 años 2=Menos de 1 año

ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA			3=1-5años 4=6-10años 5=Más de 10 años
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
ANTECEDENTE DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=0 años 2=Menos de 1 año 3=1-5años 4=6-10años 5=Más de 10 años
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
ANTECEDENTE DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=0 años 2=Menos de 1 año 3=1-5años 4=6-10años 5=Más de 10 años
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=0 años 2=Menos de 1 año 3=1-5años 4=6-10años 5=Más de 10 años
ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SI 2=NO
	CUALITATIVA	NOMINAL	1=0 años 2=Menos de 1 año 3=1-5años 4=6-10años 5=Más de 10 años

Elaboró: Pamela Escalera González

CUESTIONARIO PFEIFFER

NOMBRE DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
ESTADO COGNITIVO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=NORMAL 2=DETERIORO COGNITIVO LEVE 3=DETERIORO COGNITIVO MODERADO 4=DETERIORO COGNITIVO SEVERO

Elaboró: Pamela Escalera González

DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó acabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza 99% se calcularon distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalecía.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El cuestionario Pfeiffer fue adaptado y validado al castellano en el 2001 por el Dr. Jorge Martínez de la Iglesia y colaboradores, La fiabilidad inter e intraobservador del cuestionario fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82. La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. Este test evalúa la memoria acorto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Su utilidad estriba en que es una prueba de fácil administración y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización. Su sensibilidad y especificidad es elevada (S = 70%, E = 95)

Cuestionario detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo, explorando la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. La recolección de la información es a través del cuestionario a manera de entrevista. Es una escala sencilla de administrar. En cuanto a su valoración en caso de pacientes hospitalizados esta debe ser realizada en las primeras 72 horas de su ingreso o al momento del egreso o puede ser empleada en el consultorio. Se evalúa en función de los errores:

- 0-2 normal
- 3-4 deterioro cognitivo leve
- 5-7 deterioro cognitivo moderado
- 8-10 deterioro cognitivo severo.

En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona, ya que en caso de un nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría, en un nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos por categoría. El tiempo de administración del cuestionario es de aproximadamente 5 minutos.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

El estudio se elaboró en las instalaciones del HGZ/UMF No. 8. Primeramente el investigador se presentó ante el paciente como médico residente de Medicina Familiar, el cual se encontró realizando la presente investigación, explicando a grandes rasgos al paciente en qué consiste, se le cuestionó acerca su participación en el proyecto. Una vez que el paciente aceptó, se le entregó el consentimiento informado, que se incluye en anexos, el mismo que firmó, se le informó previamente al paciente que todas sus respuestas fueron de manera confidencial. Tuvo que explicar de manera clara la forma en que se llevó acabo la realización del cuestionario. Se obtuvieron los datos de identificación del paciente, así como los antecedentes que son de relevancia para el trabajo, posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario Pfeiffer por medio de una entrevista. Dando un tiempo máximo para la conclusión del estudio de aproximadamente 10 minutos. Esto se elaboró durante los meses de marzo a julio de 2014.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

- CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:
 - Se realizo una revisión sistemática de la literatura con resultados en la medicina basada en evidencia y con fuentes de información confiables.
 - Las fuentes de información deben ser similares para todos los participantes.
 - Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados.

- CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN:
 - Evaluar cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio.
 - Utilizar los mismos criterios de inclusión cuando se seleccionan las unidades de análisis.
 - Elegir los grupos de estudio que son representativos de la población.

- CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS:
 - Registrar y analizar los datos correctamente.
 - Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.
 - El instrumento se encuentra validado al castellano desde 2001.
 - Las respuestas del paciente no debieron ser influenciados por terceros.
 - Corroborar que el paciente no tuviera problemas auditivos.
 - Aclarar cualquier duda que el paciente pudo presentar durante la aplicación del cuestionario.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:
EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO
PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN EL HGZ/UMF No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2013

ETAPAS DEL PROTOCOLO/MES	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
TITULO	X											
MARCO TEORICO		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
JUSTIFICACION		X										
OBJETIVO			X									
HIPOTESIS			X									
MATERIALES Y METODOS				X								
DISEÑO				X								
POBLACION O UNIVERSO					X							
UBICACION					X							
MUESTRA						X						
CRITERIOS							X	X				
VARIABLES							X	X				
DISEÑO ESTADISTICO									X			
INSTRUMENTO										X		
METODO DE RECOLECCION										X		
MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS										X		
CRONOGRAMA											X	
RECURSOS												X
CONSIDERACIONES												X
BIBLIOGRAFIA												X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO
 PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN EL HGZ/UMF No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2014-2015

ETAPAS DEL PROTOCOLO/MES	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X									
RECOLECCION DE DATOS				X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANALISIS DE DATOS						X						
DESCRIPCION DE DATOS							X					
DISCUSION DE DATOS							X					
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO								X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X			
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Se contó para la realización de este proyecto de investigación con recursos humanos a base de un investigador. Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se utilizó un equipo de cómputo personal de la marca TOSHIBA con WINDOWS 8.1, así como una memoria USB de 16 GB para el almacenaje de datos y análisis de resultados como respaldo. Como recurso físico se contó el HGZ/UMF No.8, sala de cómputo y biblioteca de la misma. Los gastos generados de la investigación corrieron a cargo del investigador médico Dra. Pamela Escalera González.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración del Helsinki (1975) por la 18va. Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va. En Edimburgo, Escocia en Octubre de 2000 y sus posteriores modificaciones, en la Ley General de Salud de los Estado Unidos Mexicanos y en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud de los aspectos éticos de lo investigación en seres humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el titulo segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso el representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos los siguientes aspectos:

- Justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La carta de consentimiento informado se encuentra en los anexos.

RESULTADOS

- Se estudiaron 240 pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia del área de consulta externa del Hospital General de Zona #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en relación con el sexo se encontró 159 (66.3%) femenino y 81 (33.8%) masculino. (Ver tabla 1 y grafica 1)
- Los resultados obtenidos para la edad fueron los siguientes: valor mínimo de 60 años, valor máximo 90 años, la media de edad fue 70.89 años y la desviación estándar de 7.457 años.
- En el rango de edad se encontró 120 (50%) 60 a 69 años, 86 (35.8%) 70 a 79 años, 30 (12.5%) 80 a 89 años y 4 (1.7%) más de 90 años. (Ver tabla 2 y grafica 2)
- Para el rubro del estado laboral se obtuvo 70 (29.2%) empleado y 170 (70.8%) desempleado. (Ver tabla 3 y grafica 3)
- En cuanto al grado de escolaridad se observó: 17 (7.1%) ninguno, 105 (43.8%) con primaria, 51 (21.3%), secundaria, 28 (11.7%) preparatoria, 36 (15%) licenciatura y 3 (1.3%) postgrado. (Ver tabla 4 y grafica 4)
- Los resultados con respecto al estado civil encontrados fueron: 40 (16.7%), soltero, 11 (46.3%) casado, divorciado 30 (12.5%), viudo 52(21.7%) y unión libre 7 (2.9%). (Ver tabla 5 y grafica 5)
- De acuerdo a la religión se obtuvieron los siguientes resultados: 182 (75.8%) católica, 17 (7.1%) cristiana, 4 (1.7%) otra y 37 (15.4%) ninguna. (Ver tabla 6 y grafica 6)
- Lo que se encontró en el apartado de antecedente heredofamiliar de demencia fue: 19 (7.9%) con antecedente y 221 (92.1%) sin antecedente. (Ver tabla 7 y grafica 7)
- En cuanto a la presencia de comorbilidades asociadas los que se observo fue lo siguiente: 49 (20.4%) ninguna comorbilidad, 72 (30%) una comorbilidad, 77 (32.1%) dos comorbilidades, 32 (13.3%) tres comorbilidades y 10 (4.2%) cuatro comorbilidades. (Ver tabla 8 y grafica 8)
- De los pacientes estudiados, se analizó la presencia de antecedente de Diabetes Mellitus encontrando que: 99 (41.3%) esta con antecedente y 141 (58.8%) está sin antecedente (Ver tabla 9 y grafica 9)

- Con respecto al tiempo de padecer Diabetes Mellitus se obtuvo 3 (1.3%) con menos de un año, 23 (9.6%) uno a cinco años, 17 (7.1%) seis a diez años y 56 (23.3%) con más de diez años. (Ver tabla10 y grafica10)
- En el rubro de la presencia de antecedente de Hipertensión Arterial los resultados fueron: 164 (68.3%) con antecedente y 76 (31.7%) sin antecedente. (Ver tabla 11 y grafica 11)
- Para el tiempo de padecimiento de la enfermedad de Hipertensión Arterial se encontró 1 (0.4%) menos de un año, 49 (20.4%) uno a cinco años, 34 (14.2%) seis a diez años y 80 (33.3%) más de diez años. (Ver tabla 12 y grafica 12)
- Lo que se encontró en cuanto al antecedente de Dislipidemia fue: 75 (31.3%) con antecedente y 165 (68.8%) sin antecedente. (Ver tabla 13 y grafica 13)
- En cuanto al tiempo de padecer Dislipidemia se observó que 18 (7.5%) menos de un año, 34 (14.2%) uno a cinco años, 15 (6.3%) seis a diez años, 8 (3.3%) más de diez años. (Ver tabla 14 y grafica 14)
- Para el apartado de contar con el antecedente de Evento Vascular Cerebral se observó lo siguiente: 24 (10%) con antecedente y 216 (90%) sin antecedente. (Ver tabla 15 y grafica 15)
- De acuerdo con el tiempo de haber presentado un Evento Vascular Cerebral los resultados fueron 5(2.1%) menos de un año, 15 (6.3%) uno a cinco años, 3 (1.3%) seis a diez años, 1 (0.4%) más de diez años. (Ver tabla 16 y grafica 16)
- Con respecto al consumo de tabaco lo que se observó fue que: 88 (36.7%) si tiene consumo y 152 (63.3%) no tiene consumo. (Ver tabla 17 y grafica 17)
- Los resultados con respecto al tiempo de consumo de tabaco se encontró: 2(0.8%) uno a cinco años, 1(0.4%) seis a diez años, 85 (35.4%) más de diez años. (Ver tabla 18 y grafica 18)
- Para los pacientes que cuentan con el antecedente de consumo de alcohol lo que se encontró fue que: 65 (27.1%) si tiene consumo y 175 (72.9%) no tiene consumo. (Ver tabla 19 y grafica 19)
- En cuanto al tiempo de consumo de alcohol se obtuvo lo siguiente 1(0.4%) uno a cinco años, 3 (1.3%) seis a diez años, 61 (25.4%) más de diez años. (Ver tabla 20 y grafica 20)

- Con respecto a la evaluación del deterioro cognitivo mediante el cuestionario PFEIFFER se encontró que: 149 (62.1%) estado normal, 53 (22.1%) deterioro cognitivo leve y 38 (15.8%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 21 y grafica 21)
- En el rubro de sexo y deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para demencia se encontró en el sexo femenino 94 (39.2%) en estado normal, 34 (14.2%) con deterioro cognitivo leve, 31(12.9%) deterioro cognitivo moderado. En el sexo masculino 55 (22.9%) con estado normal, 19 (7.9%) deterioro cognitivo leve y 7 (2.9%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 22 y grafica 22)
- Para el rango de edad y el deterioro cognitivo se obtuvo en el de 60 a 69 años 83 (34.6%) con estado normal, 22 (9.2%) deterioro cognitivo leve, 15(6.2%) deterioro cognitivo moderado; en el rango de 70 a 79 años, 50 (20.8%) estado normal, 25 (10.4%) deterioro cognitivo leve,11 (4.6%) deterioro cognitivo moderado; en el rango de 80 a 89 años 15 (6.2%) con estado normal, 6 (2.5%) con deterioro cognitivo leve y 9 (3.8%) con deterioro cognitivo moderado; por último en el rango de 90 años y más 1 (0.4%) estado normal y 3 (1.2%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 23 y grafica 23)
- Los resultados obtenidos para el estado laboral y el deterioro cognitivo se encontró: en los que están empleados 59 (24.6%) estado normal, 5 (2.1%) deterioro cognitivo leve y 6 (2.5%) con deterioro cognitivo moderado; en los que se encuentran desempleados 90(37.5%) estado normal, 48(20%) deterioro cognitivo leve, 32 (13.3%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 24 y grafica 24)
- Con respecto al grado de escolaridad y el deterioro cognitivo se obtuvo en aquellos con ningún grado escolar 3(1.2%) con estado normal, 8 (3.3%) deterioro cognitivo leve y 6 (2.5%) deterioro cognitivo moderado; en el grado escolar de primaria 55(22.9%) con estado normal, 25 (10.4%) deterioro cognitivo leve y 25(10.4%) deterioro cognitivo moderado; para el grado escolar de secundaria 30 (12.5%) estado normal, 14 (5.8%) con deterioro cognitivo leve, 7 (2.9%) deterioro cognitivo moderado; en el grado de preparatoria 23 (9.6%) estado normal, 5 (2.1%) deterioro cognitivo leve; para el grado de licenciatura 35 (14.6%) estado normal, 1(0.4%) deterioro cognitivo leve; y en el grado de escolaridad de postgrado 3 (1.2%) estado normal. (Ver tabla 25 y grafica 25)
- En cuanto al estado civil y el deterioro cognitivo se encontró lo siguiente: soltero 26(10.8%) estado normal, 5(2.1%) deterioro cognitivo leve y 9(3.8%) deterioro cognitivo moderado; casado 69 (28.8%) estado normal, 30(12.5%) deterioro

cognitivo leve, 12 (5.0%) con deterioro cognitivo moderado; divorciado 26 (10.8%) estado normal, 3 (1.2%) deterioro cognitivo leve, 1 (0.4%) deterioro cognitivo moderado; viudo 23(9,6%) con estado normal, 13(5.4%) deterioro cognitivo leve, 16(6.7%) deterioro cognitivo moderado; unión libre 5(2.1%) estado normal, 2(0.8%) deterioro cognitivo leve. (Ver tabla 26 y grafica 26)

- Para el apartado de religión y deterioro cognitivo en pacientes con creencia católica 113(47.1%) con estado normal, 38(15.8%) deterioro cognitivo leve y 31(12.9%) deterioro cognitivo moderado; cristiana 10(4.2%) estado normal, 5(2.1%) con deterioro cognitivo leve y 2(0.8%) deterioro cognitivo moderado; otra religión 2(0.8%) estado normal y 2(0.8%) deterioro cognitivo leve; ninguna religión 24(10%) con estado normal, 8 (3.3%) deterioro cognitivo leve, 5(2.1%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 27 y grafica 27)
- Se valoró el hecho de contar con el antecedente familiar de demencia y deterioro cognitivo y se obtuvo: con antecedente 16 (6.7%) estado normal, 2(0.8%) deterioro cognitivo leve y 1(0.4%) deterioro cognitivo moderado; sin antecedente 133(55.4%) estado normal 51 (21.2%) deterioro cognitivo leve, 37(15.4%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 28 y grafica 28)
- En cuanto a la relación de comorbilidades asociadas y el deterioro cognitivo los resultados encontrados fueron: ninguna comorbilidad 39 (16.2%) con estado normal, 9(3.8%) deterioro leve y 1 (0.4%) deterioro moderado; con una comorbilidad 48 (20%) estado normal, 17 (7.1%) con deterioro leve y 7 (2.9%) deterioro moderado; con dos comorbilidades 42 (17.5%) estado normal, 20 (8.3%) deterioro leve y 15 (6.2%) con deterioro moderado; con tres comorbilidades 16 (6.7%) con estado normal, 7 (2.9%) deterioro leve y 9 (3.8%) con deterioro moderado; por último con cuatro comorbilidades 4 (1.7%) con estado normal y 6 (2.5%) con deterioro moderado. (Ver tabla 29 y grafica 29)
- En el rubro de antecedente de Diabetes Mellitus y deterioro cognitivo lo que se obtuvo fue lo siguiente: con antecedente 51 (21.2%) con estado normal, 23 (9.6%) con deterioro leve y 25 (10.4%) con deterioro moderado; sin antecedente 98 (40.8%) estado normal, 30 (12.5%) con deterioro leve y 13 (5.4%) con deterioro moderado. (Ver tabla 30 y grafica 30)
- Con respecto al tiempo de antecedente de padecer diabetes y deterioro cognitivo se encontró los siguientes resultados: menos de un año 1(0.4%) estado normal y 2(0.8%) deterioro cognitivo leve; de uno a cinco años 14 (5.8%)con estado normal, 6 (2.5%) deterioro cognitivo leve, y 3 (1.2%) deterioro cognitivo moderado; seis a diez años 11(4.6%) estado normal, 4(1.7%) con deterioro cognitivo leve y 2(0.8%)

deterioro cognitivo moderado; con más de diez años 25 (10.4%) con estado normal, 11(4.6%) deterioro cognitivo leve y 20(8.3%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 31 y grafica 31)

- De acuerdo a la presencia de antecedente de Hipertensión Arterial y deterioro cognitivo los resultados fueron: con antecedente 94 (39.2% con estado normal, 37 (15.4%) deterioro leve y 33(13.8%) con deterioro moderado; sin antecedente 55 (22.9%) con estado normal, 16 (6.7%) deterioro leve y 5 (2.1%) con deterioro moderado. (Ver tabla 32 y grafica 32)
- En el rubro del tiempo de padecer hipertensión arterial y deterioro cognitivo se obtuvo: con menos de un año 1(0.4%) deterioro cognitivo moderado; de uno a cinco años estado 35(14.6%) normal, 11(4.6%) deterioro cognitivo leve, 3(1.2%) deterioro cognitivo moderado; de seis a diez años 19 (7.9%) con un estado normal, 12(5.0%) deterioro cognitivo leve y 3(1.2%) deterioro cognitivo moderado; con más de diez años 40 (16.7%) estado normal, 14 (5.8%) deterioro cognitivo leve y 26(10.8%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 33 y grafica 33)
- De acuerdo a la presencia de antecedente de Dislipidemia y deterioro cognitivo lo que se encontró fue: con antecedente 45 (18.8%) con estado normal, 13 (5.4%) con deterioro leve y 17 (7.1%) deterioro moderado; sin antecedente 104 (43.3%) con estado normal, 40 (16.7%) deterioro leve y 21 (8.8%) con deterioro moderado. (Ver tabla 34 y grafica 34)
- Para el apartado de tiempo de antecedente de Dislipidemia y deterioro cognitivo el resultado fue: con menos de un año 14(5.8%) estado normal, 1(0.4%) deterioro cognitivo leve y 3 (1.2%) con deterioro cognitivo moderado; de uno a cinco años 16 (6.7%) con estado normal, 9 (3.8%) deterioro cognitivo leve y 9(3.8%) deterioro cognitivo moderado; de seis a diez años 10(4.2%)con estado normal, 2(0.8%) deterioro cognitivo leve y 3(1.2%) deterioro cognitivo moderado; con más de diez años 5(2.1%) estado normal, 1(0.4%) deterioro cognitivo leve, 2(0.8%) con deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 35 y grafica 35)
- Con respecto a la presencia de antecedente de Evento Vascular Cerebral y deterioro cognitivo lo que se pudo obtener fue: con antecedente 8 (3.3%) con estado normal, 4 (1.7%) deterioro leve y 12 (5%) con deterioro moderado; sin antecedente 141 (58.8%) estado normal, 49 (20.4%) deterioro leve y 26 (10.8%) con deterioro moderado. (Ver tabla 36 y grafica 36)

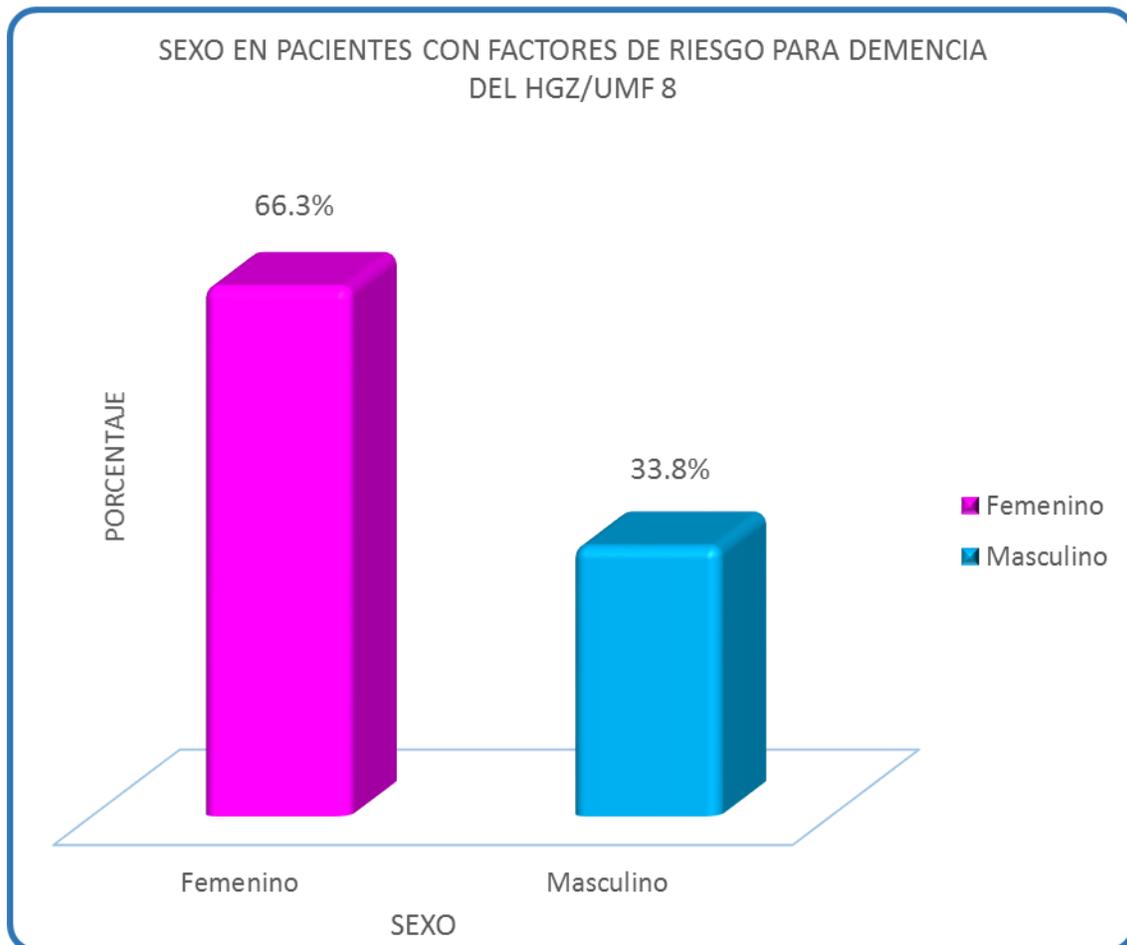
- Los resultados en relación al tiempo de antecedente de Evento Vascular Cerebral y deterioro cognitivo se encontró: menos de un año 3(1.2%) estado normal, 2(0.8%) deterioro cognitivo leve; de uno a cinco años 3(1.2%) estado normal, 2(0.8%) deterioro cognitivo leve, 10(4.2%) deterioro cognitivo moderado; de seis a diez años 2(0.8%) estado normal, 1(0.4%) deterioro cognitivo moderado; 1(0.4%) más de diez años deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 37 y grafica 37)
- De acuerdo al antecedente de consumo de tabaco y deterioro cognitivo lo que se encontró fue: Si consume 52 (21.7%) con estado normal, 22(9,2%) con deterioro leve y 14 (5.8%) deterioro moderado; no consumo 97 (40.4%) estado normal, 31 (12.9%) con deterioro leve y 24 (10%) con deterioro moderado. (Ver tabla 38 y grafica 38)
- Para el tiempo de consumo de tabaco y deterioro cognitivo lo que se encontró fue: uno a cinco años 2(0.8%) con deterioro cognitivo leve; de seis a diez años 1 (0.4%) deterioro cognitivo leve; más de diez años 52 (21.7%) estado normal, 19 (7.9%) deterioro cognitivo leve, 14(5.8%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 39 y grafica 39)
- Los resultados obtenidos en relación al antecedente de consumo de alcohol y deterioro cognitivo los que se obtuvo fue lo siguiente: si consumo 40 (16.7%) estado normal, 16 (6.7%) con deterioro leve y 9 (3.8%) con deterioro moderado; no consumo 109 (45.4%) con estado normal, 37 (15.4%) con deterioro leve y 29 (12.1%) con deterioro moderado. (Ver tabla 40 y grafica 40)
- En el rubro de tiempo de consumo de alcohol y deterioro cognitivo los resultados fueron: uno a cinco años 1 (0.4%) estado normal; seis a diez años 1(0.4%) estado normal, 2 (0.8%) deterioro cognitivo leve; más de diez años 38 (15.8%) normal, 14(5.8%) deterioro cognitivo leve, 9(3.8%) deterioro cognitivo moderado. (Ver tabla 41 y grafica 41)

TABLA 1

SEXO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF 8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	159	66.3
Masculino	81	33.8
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 1



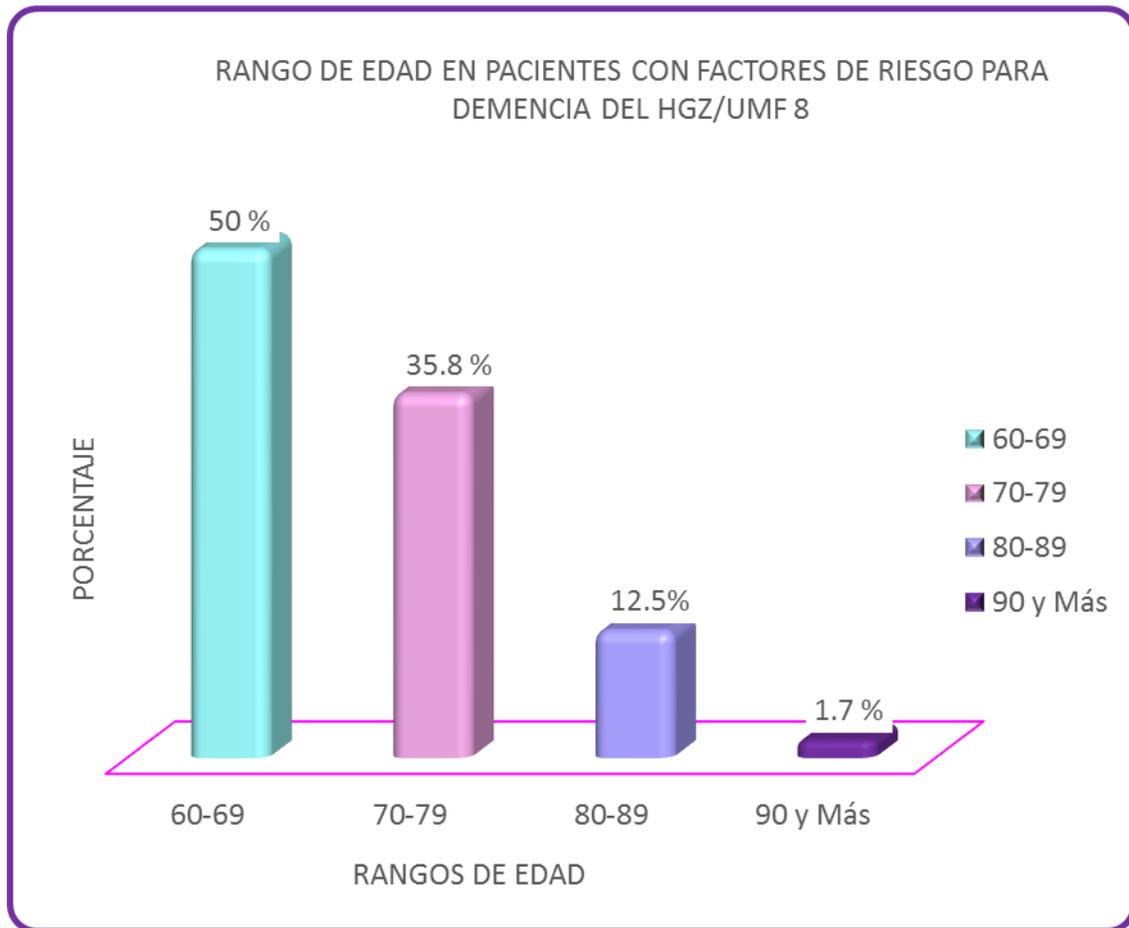
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 2

RANGO DE EDAD EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ7UMF 8		
	Frecuencia	Porcentaje %
60-69	120	50
70-79	86	35.8
80-89	30	12.5
90 y Más	4	1.7
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 2



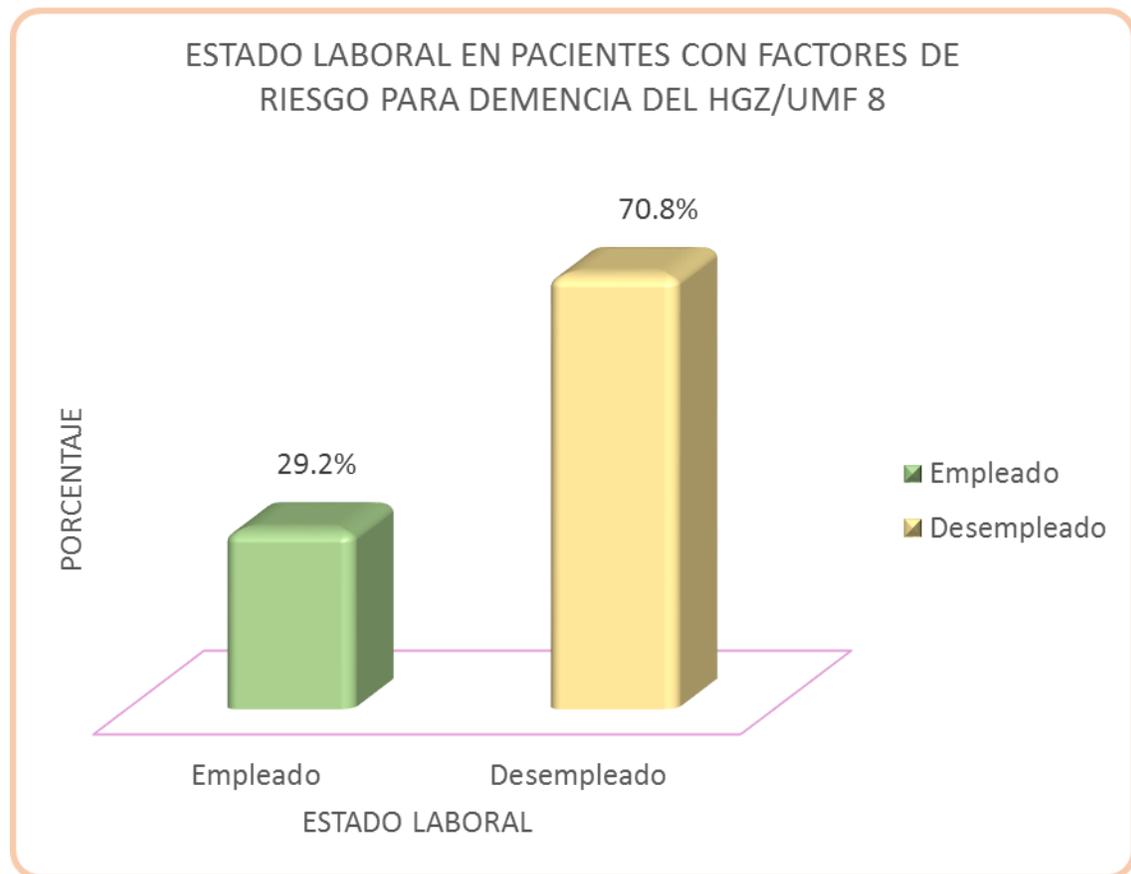
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 3

ESTADO LABORAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/ UMF 8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Empleado	70	29.2
Desempleado	170	70.8
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 3



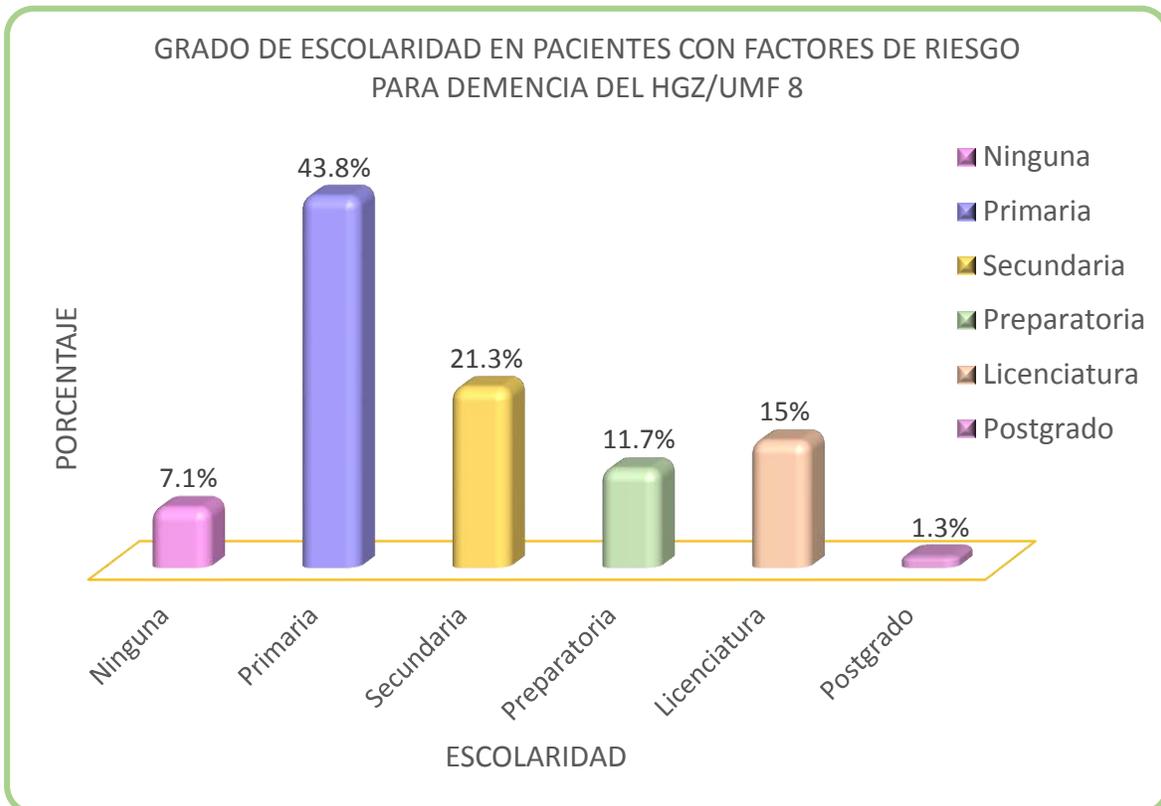
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 4

GRADO DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF 8		
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje %
Ninguna	17	7.1
Primaria	105	43.8
Secundaria	51	21.3
Preparatoria	28	11.7
Licenciatura	36	15
Postgrado	3	1.3
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 4



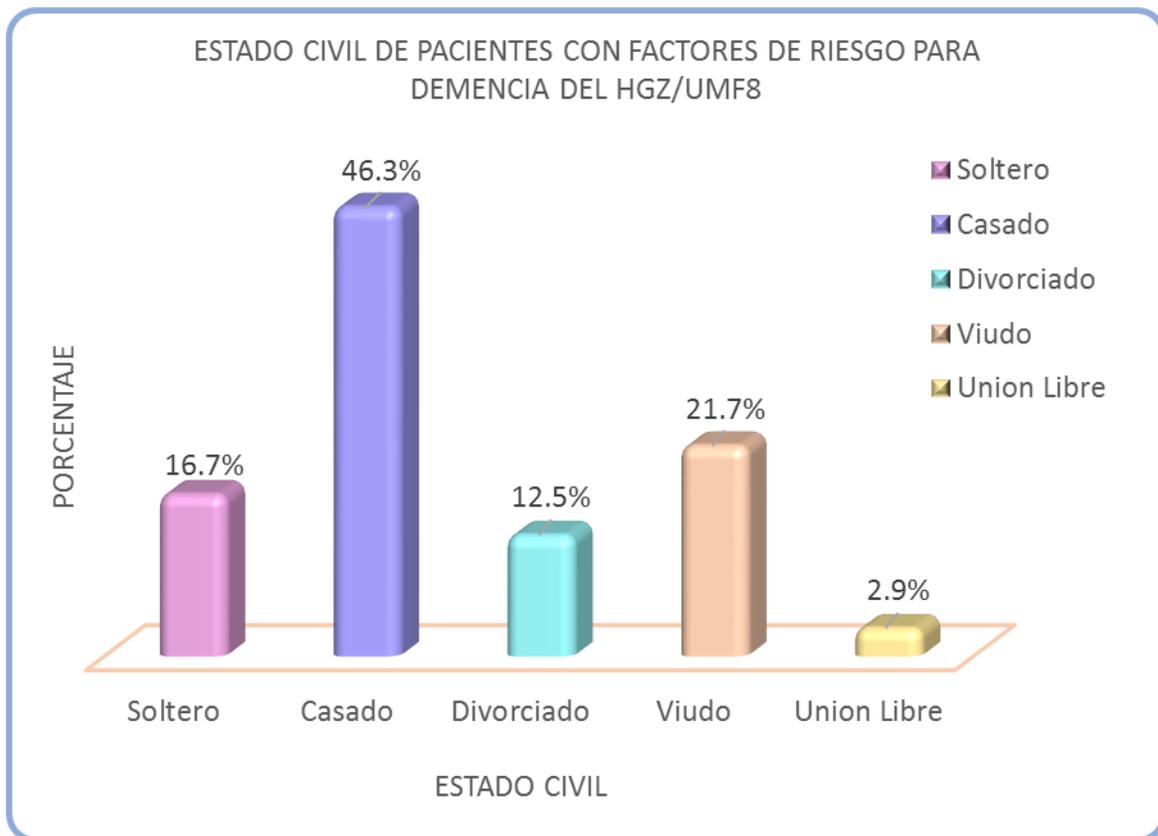
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 5

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Soltero	40	16.7
Casado	111	46.3
Divorciado	30	12.5
Viudo	52	21.7
Unión Libre	7	2.9
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 5



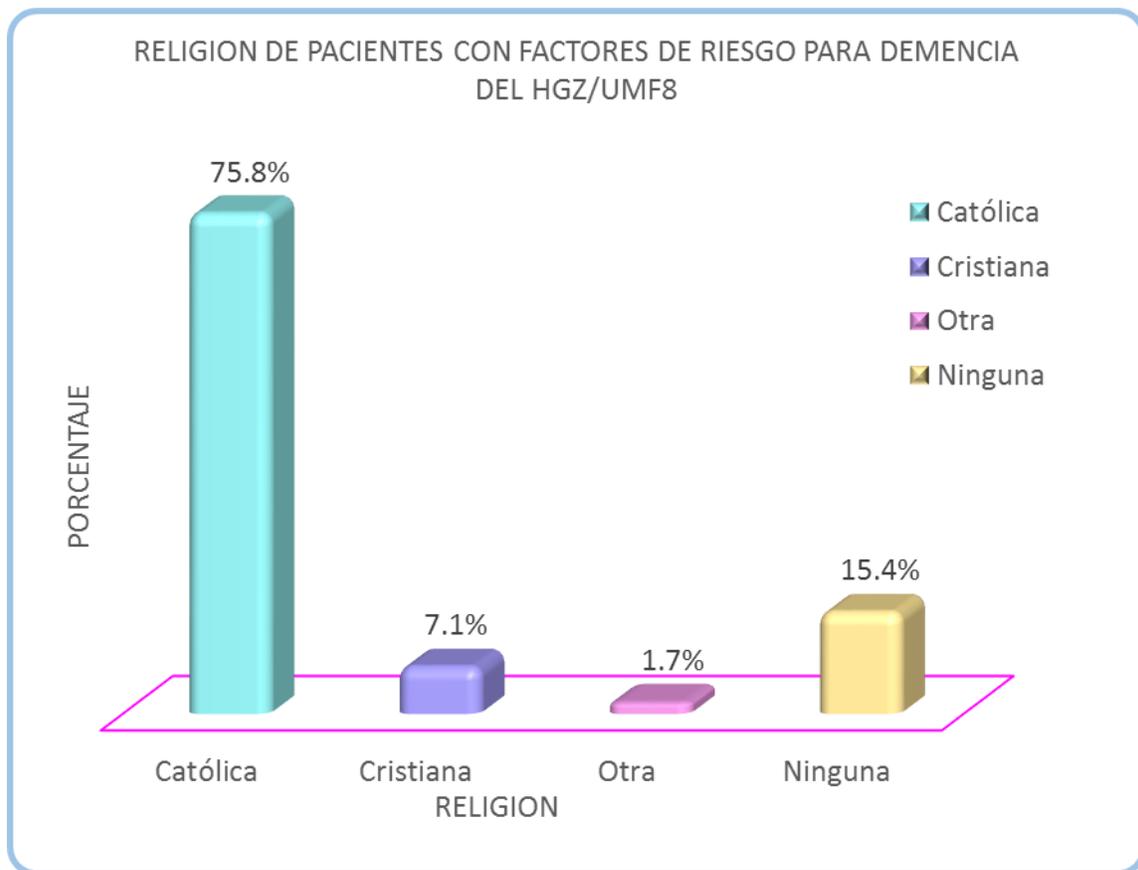
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 6

	Frecuencia	Porcentaje %
Católica	182	75.8
Cristiana	17	7.1
Otra	4	1.7
Ninguna	37	15.4
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 6



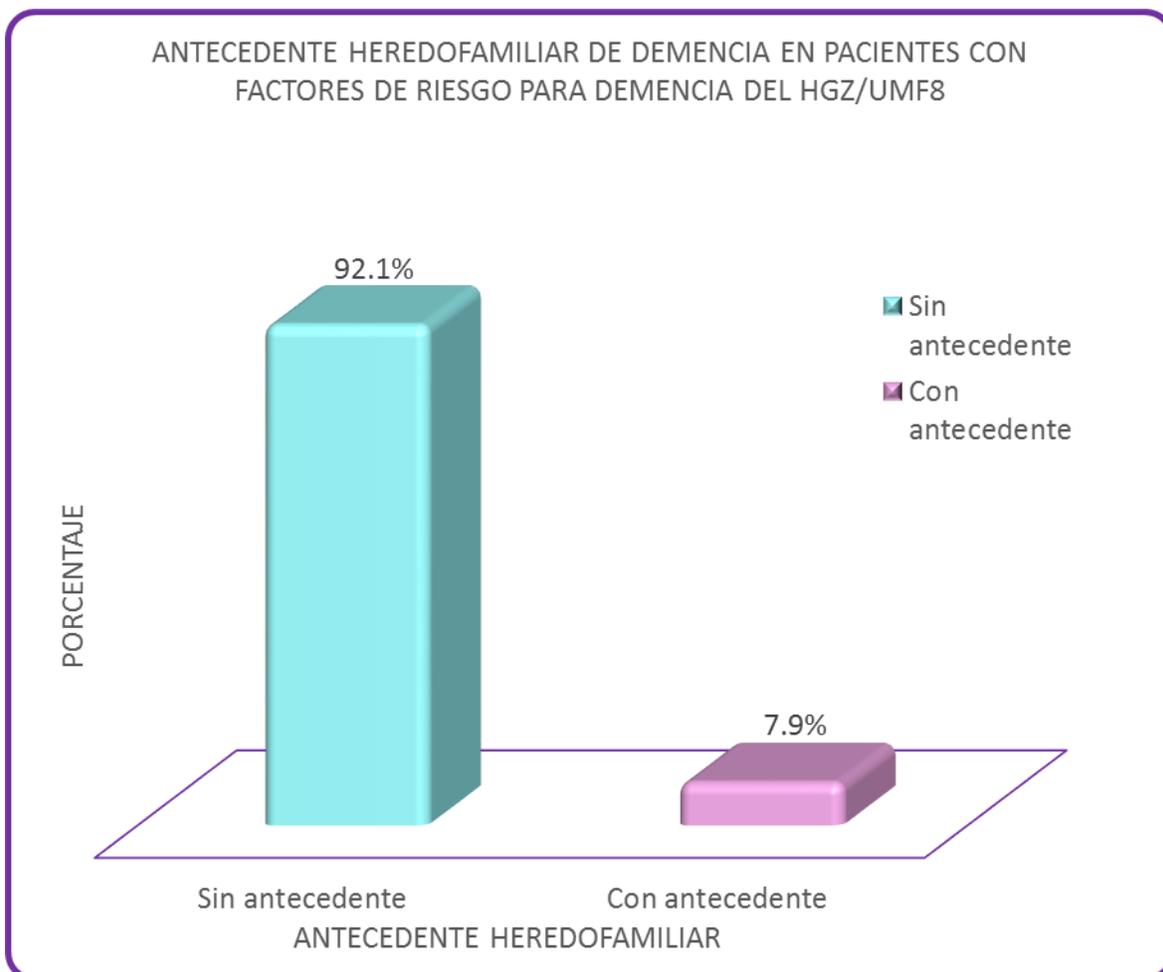
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 7

ANTECEDENTE HEREDOFAMILIAR DE DEMENCIA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Sin antecedente	221	92.1
Con antecedente	19	7.9
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 7



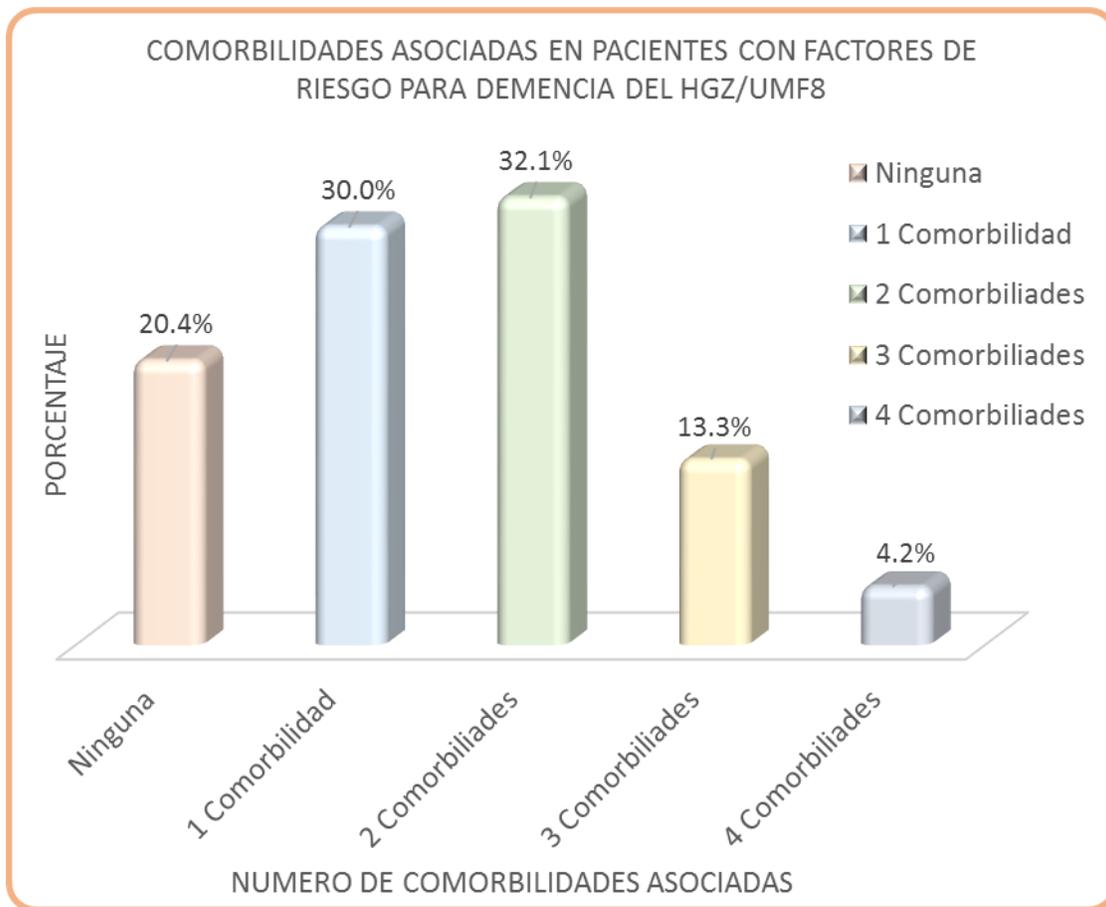
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 8

COMORBILIDADES ASOCIADAS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF 8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Ninguna	49	20.4
1 Comorbilidad	72	30.0
2 Comorbilidades	77	32.1
3 Comorbilidades	32	13.3
4 Comorbilidades	10	4.2
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 8



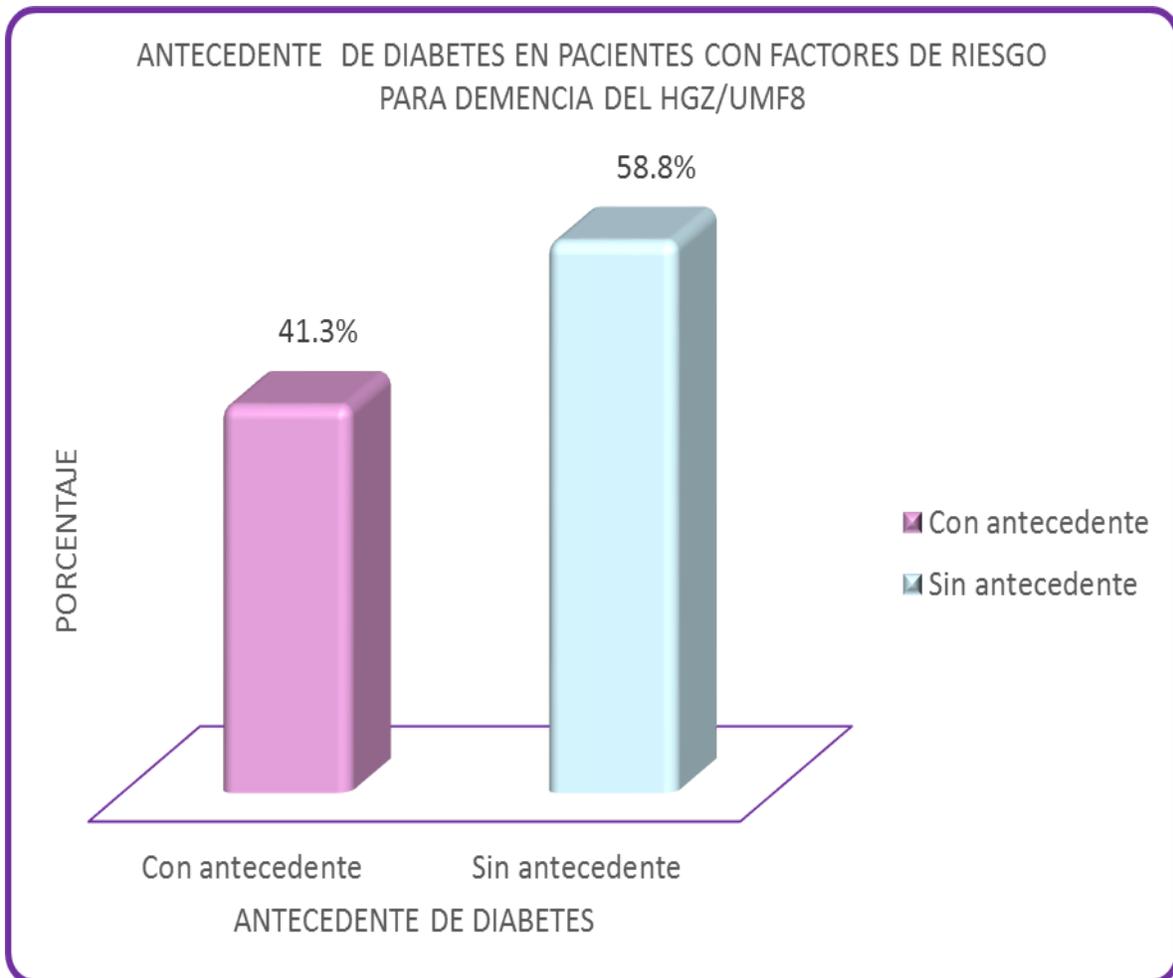
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 9

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Con antecedente	99	41.3
Sin antecedente	141	58.8
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 9



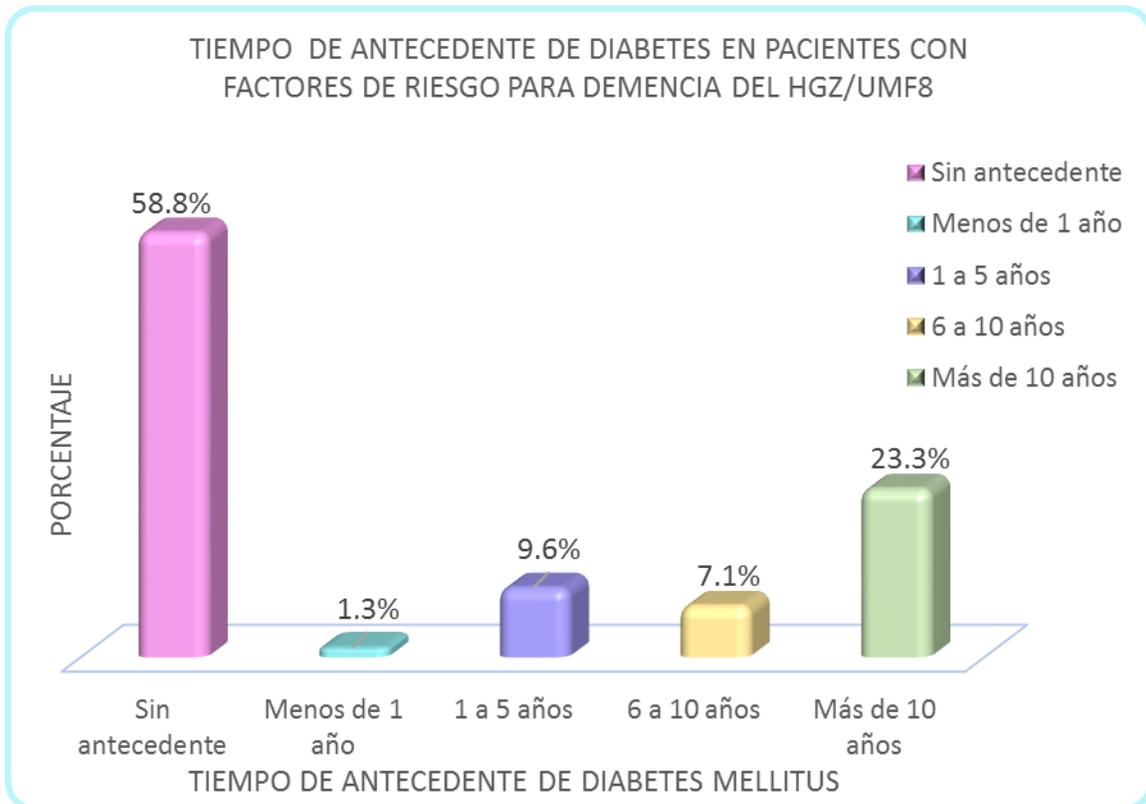
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 10

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE DIABETES EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Sin antecedente	141	58.8
Menos de 1 año	3	1.3
1 a 5 años	23	9.6
6 a 10 años	17	7.1
Más de 10 años	56	23.3
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 10



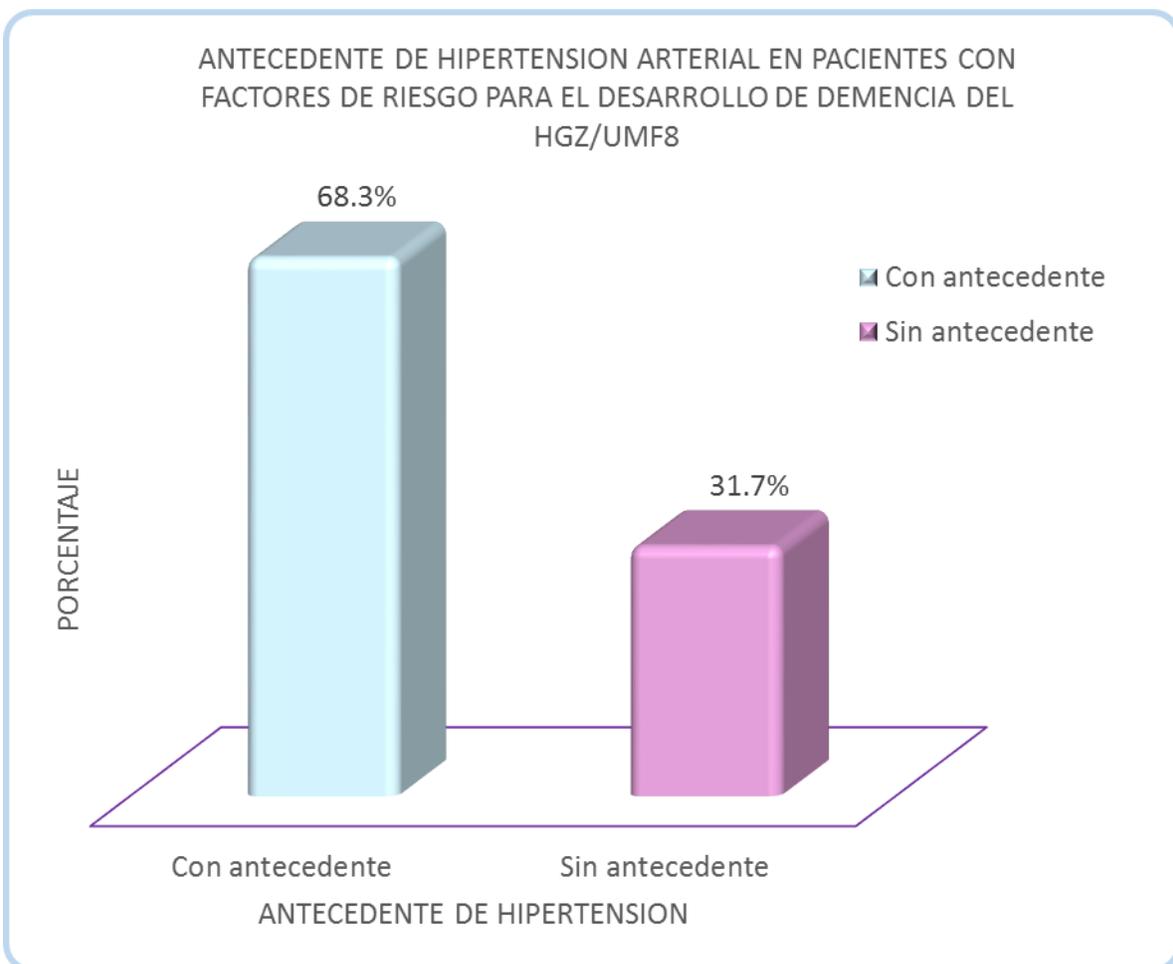
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 11

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Con antecedente	164	68.3
Sin antecedente	76	31.7
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 11



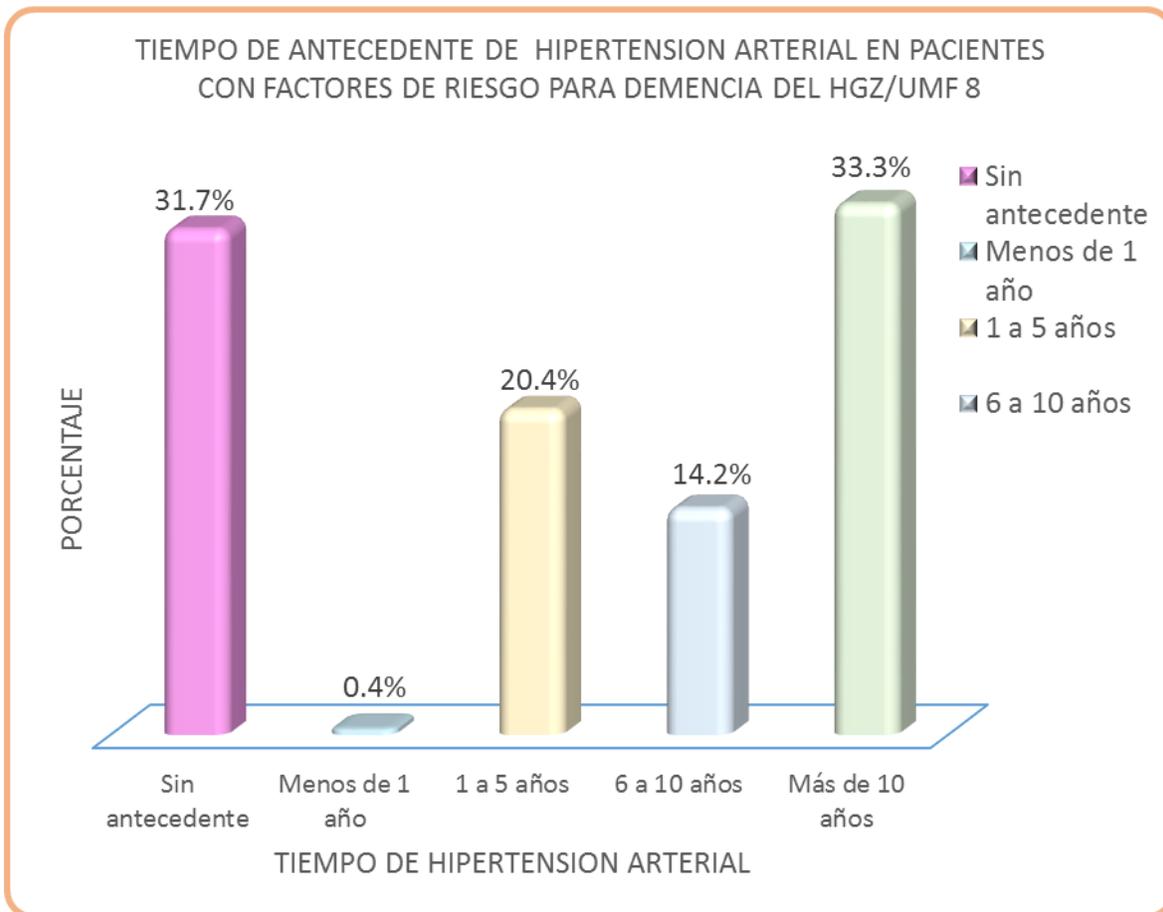
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 12

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Sin antecedente	78	31.7
Menos de 1 año	1	0.4
1 a 5 años	49	20.4
6 a 10 años	34	14.2
Más de 10 años	80	33.3
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 12



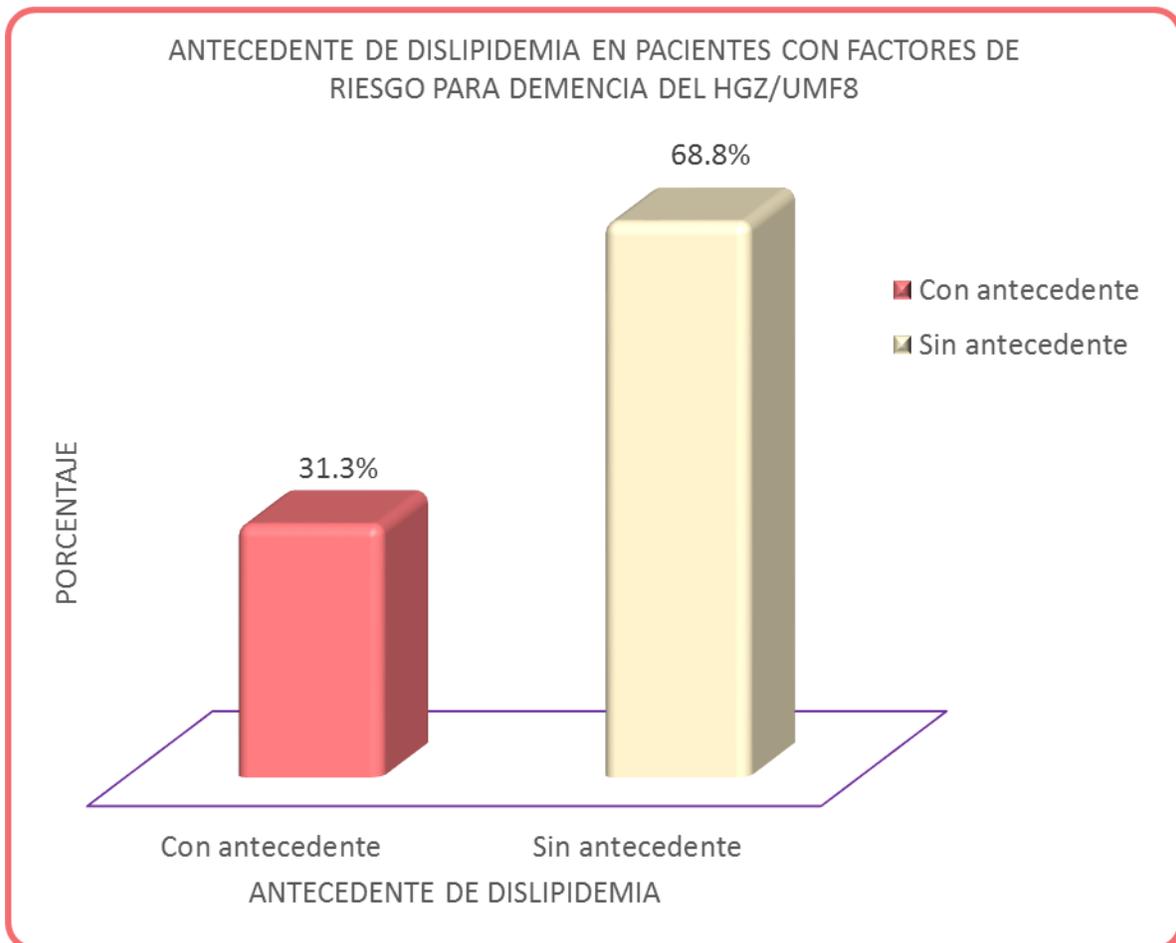
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 13

ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Con antecedente	75	31.3
Sin antecedente	165	68.8
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 13



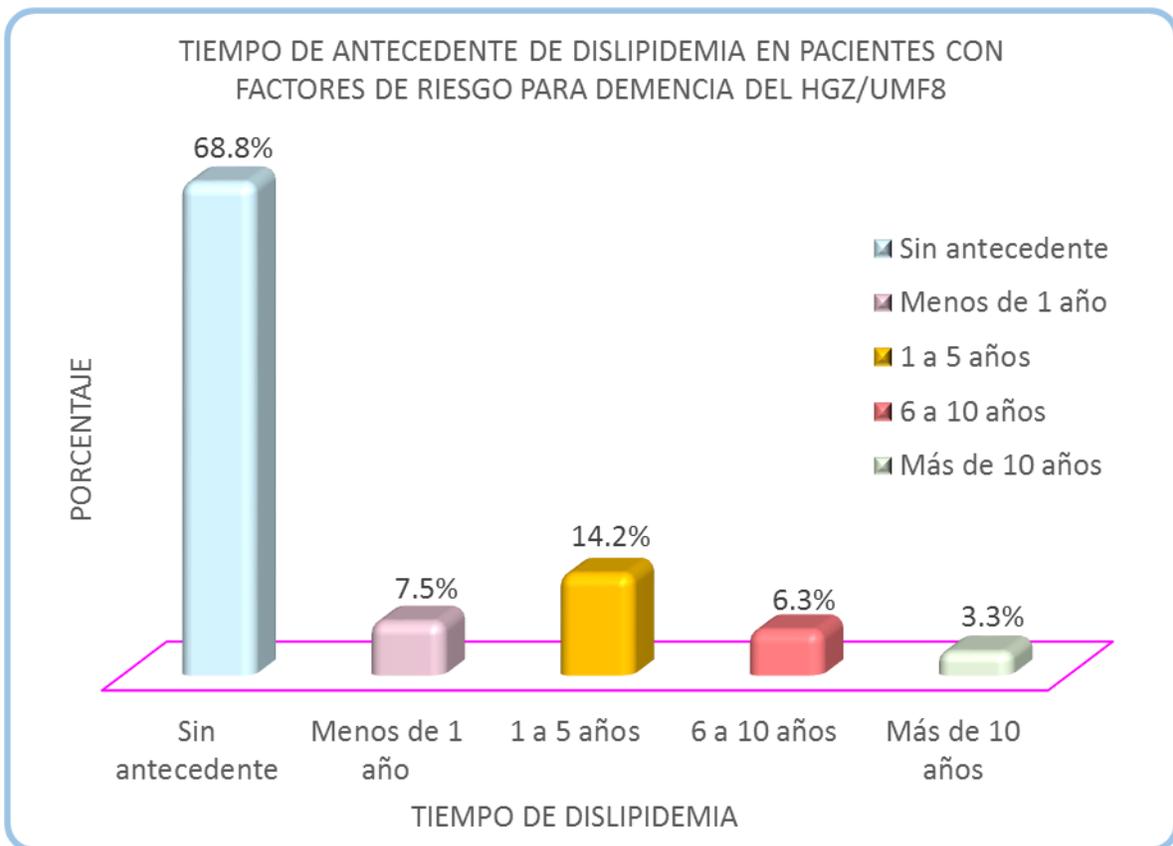
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 14

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES CIN FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Sin antecedente	165	68.8
Menos de 1 año	18	7.5
1 a 5 años	34	14.2
6 a 10 años	15	6.3
Más de 10 años	8	3.3
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 14



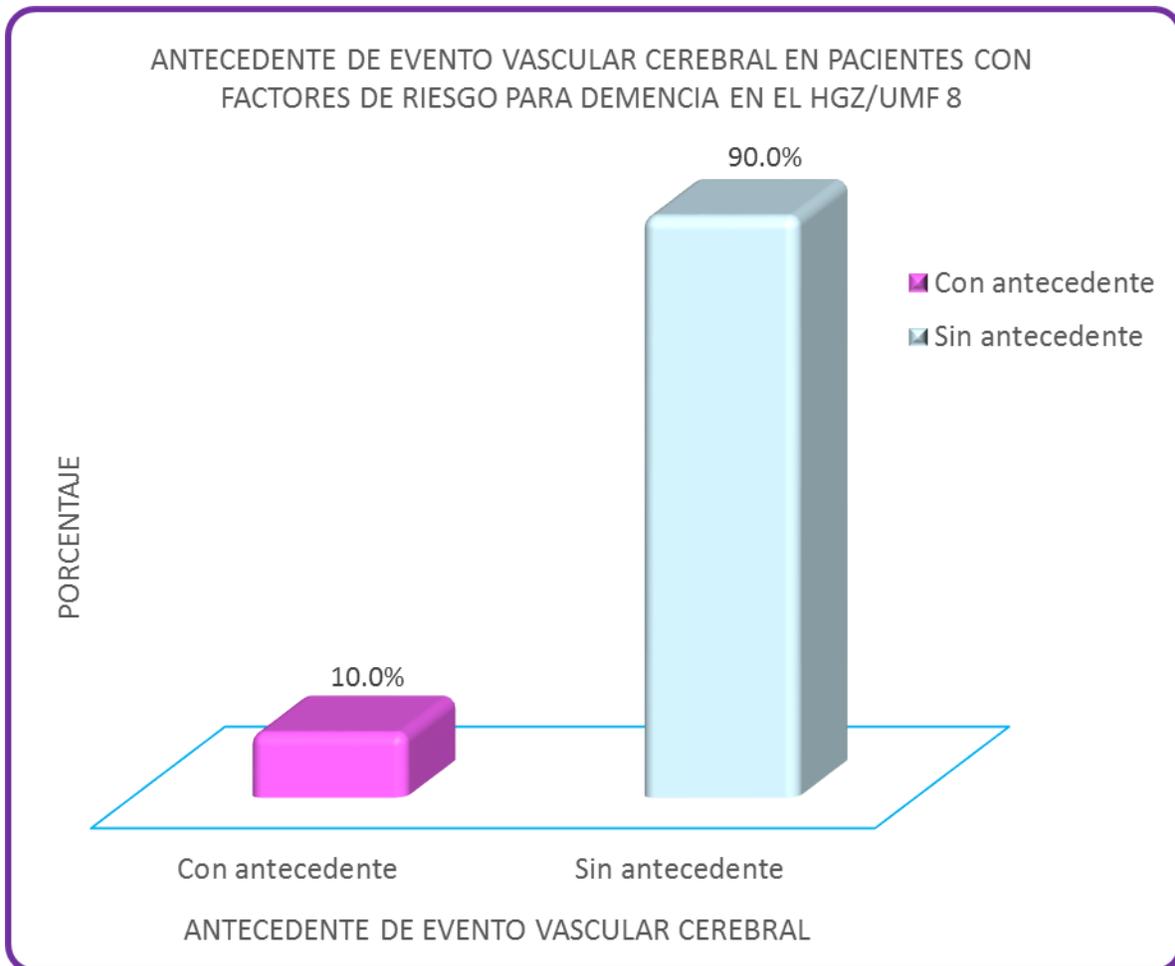
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 15

ANTECEDENTE DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA EN EL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Con antecedente	24	10.0
Sin antecedente	216	90.0
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 15



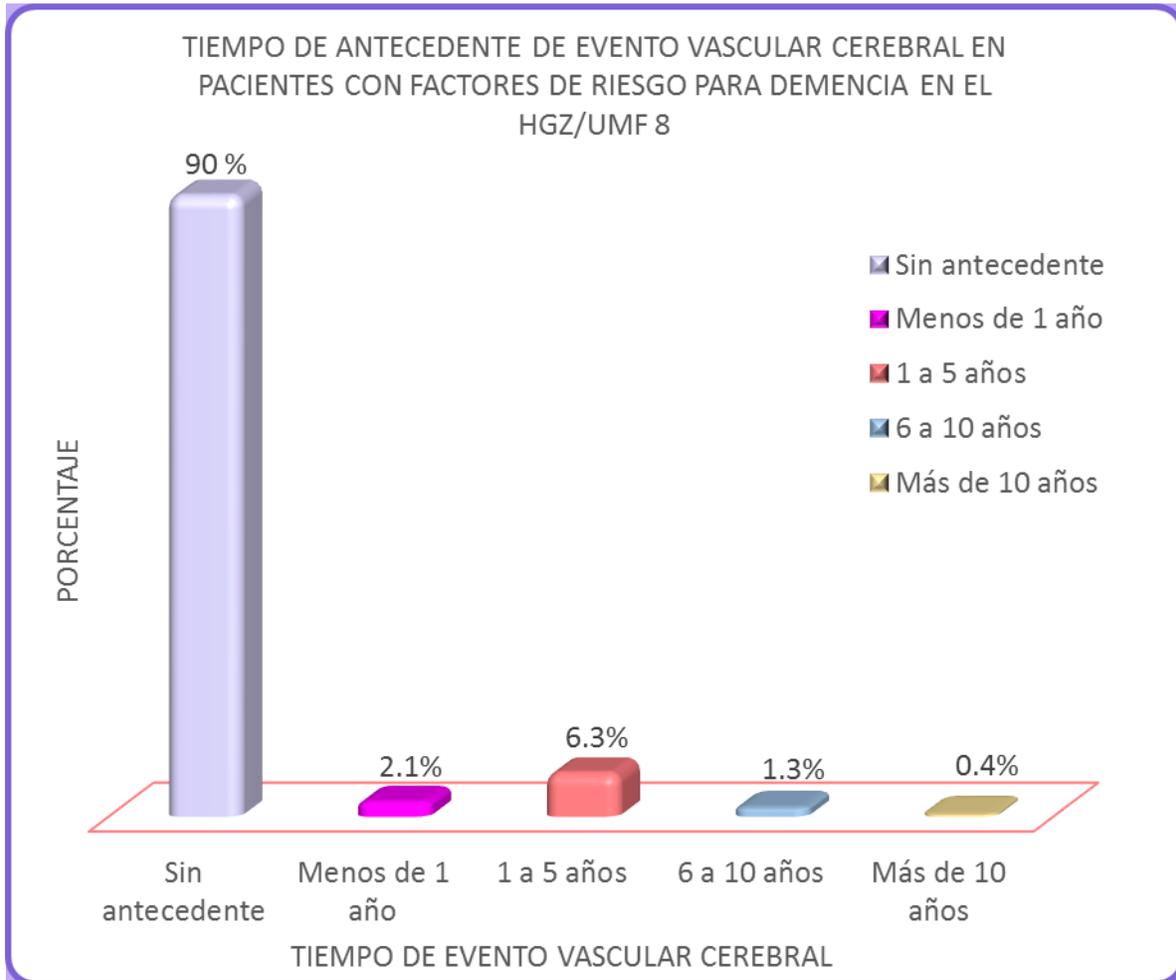
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 16

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA EN EL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Sin antecedente	216	90
Menos de 1 año	5	2.1
1 a 5 años	15	6.3
6 a 10 años	3	1.3
Más de 10 años	1	0.4
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 16



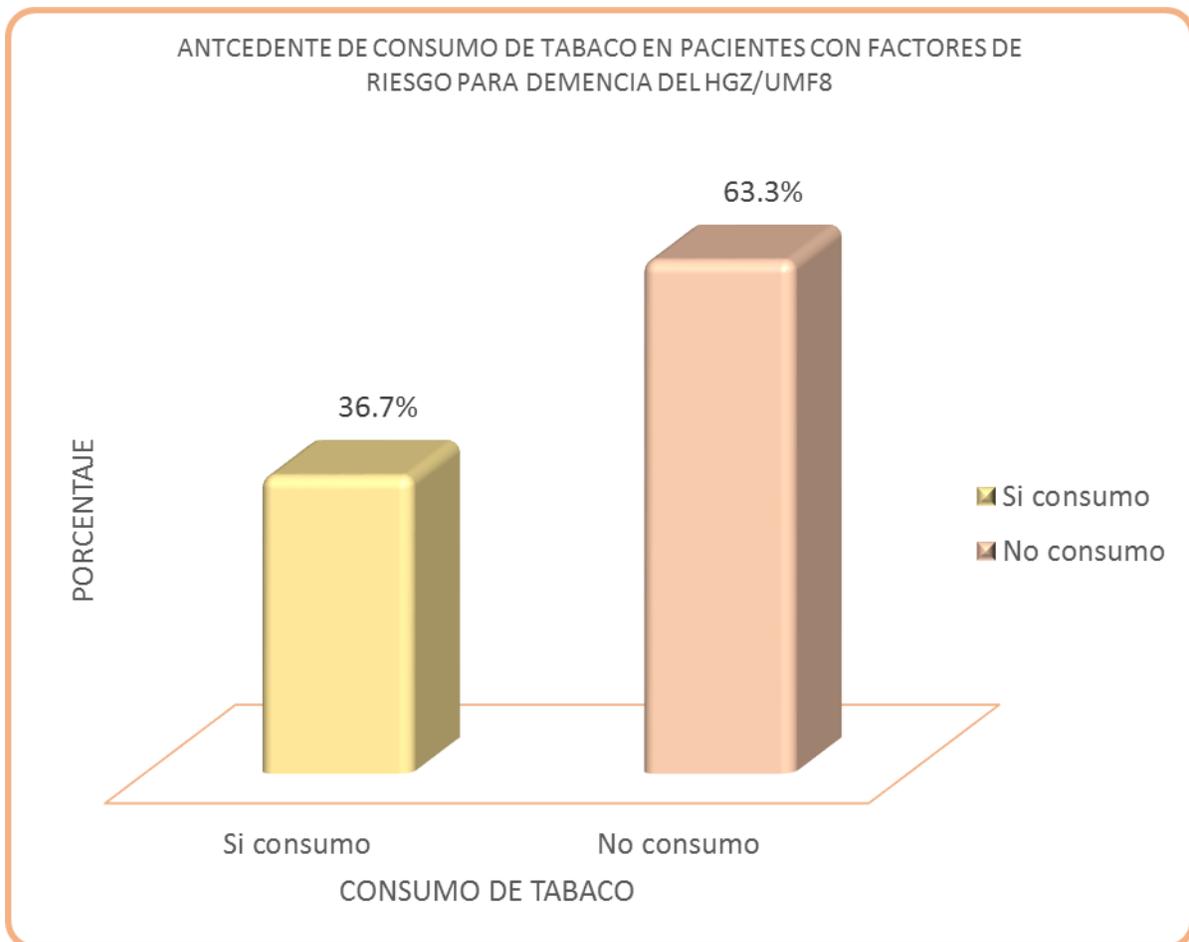
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 17

ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN EL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Si consumo	88	36.7
No consumo	152	63.3
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 17



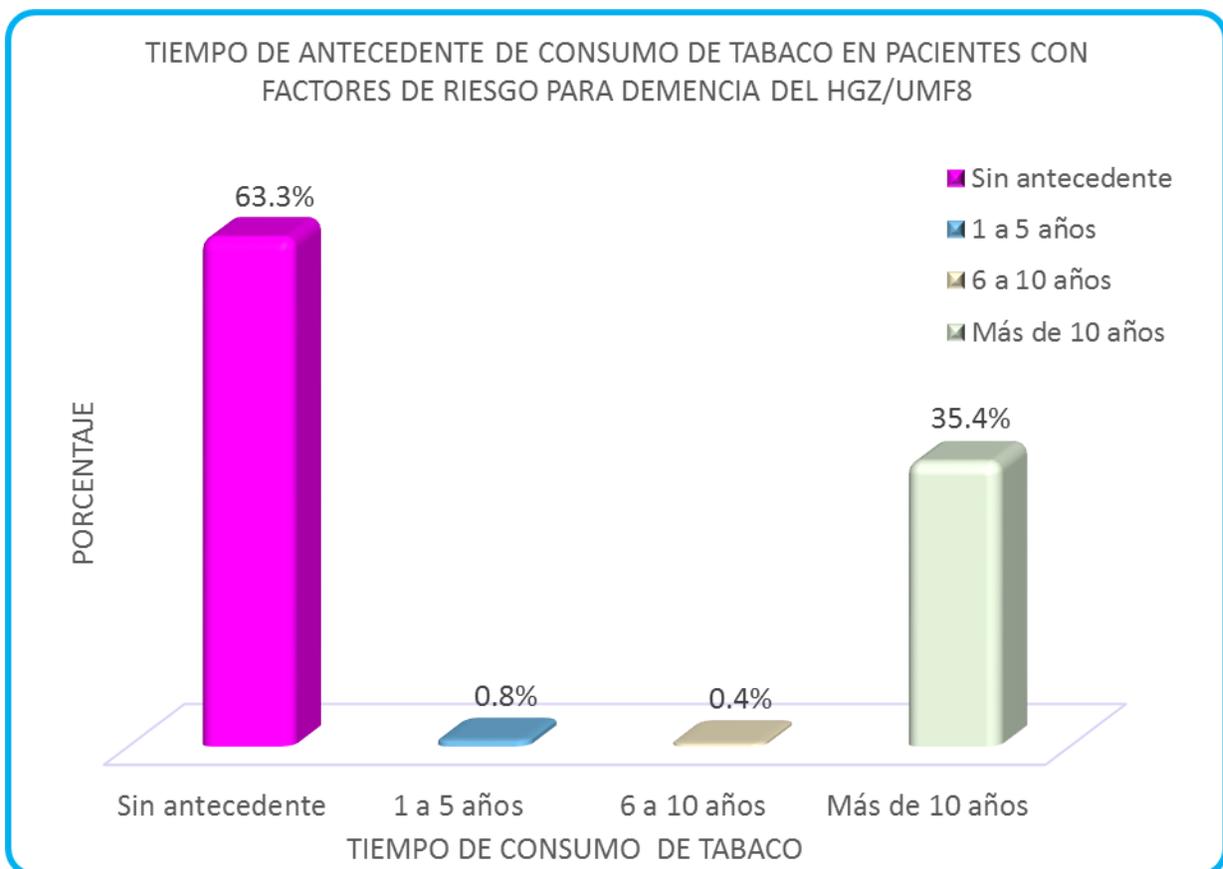
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 18

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN EL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Sin antecedente	152	63.3
1 a 5 años	2	0.8
6 a 10 años	1	0.4
Más de 10 años	85	35.4
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 18



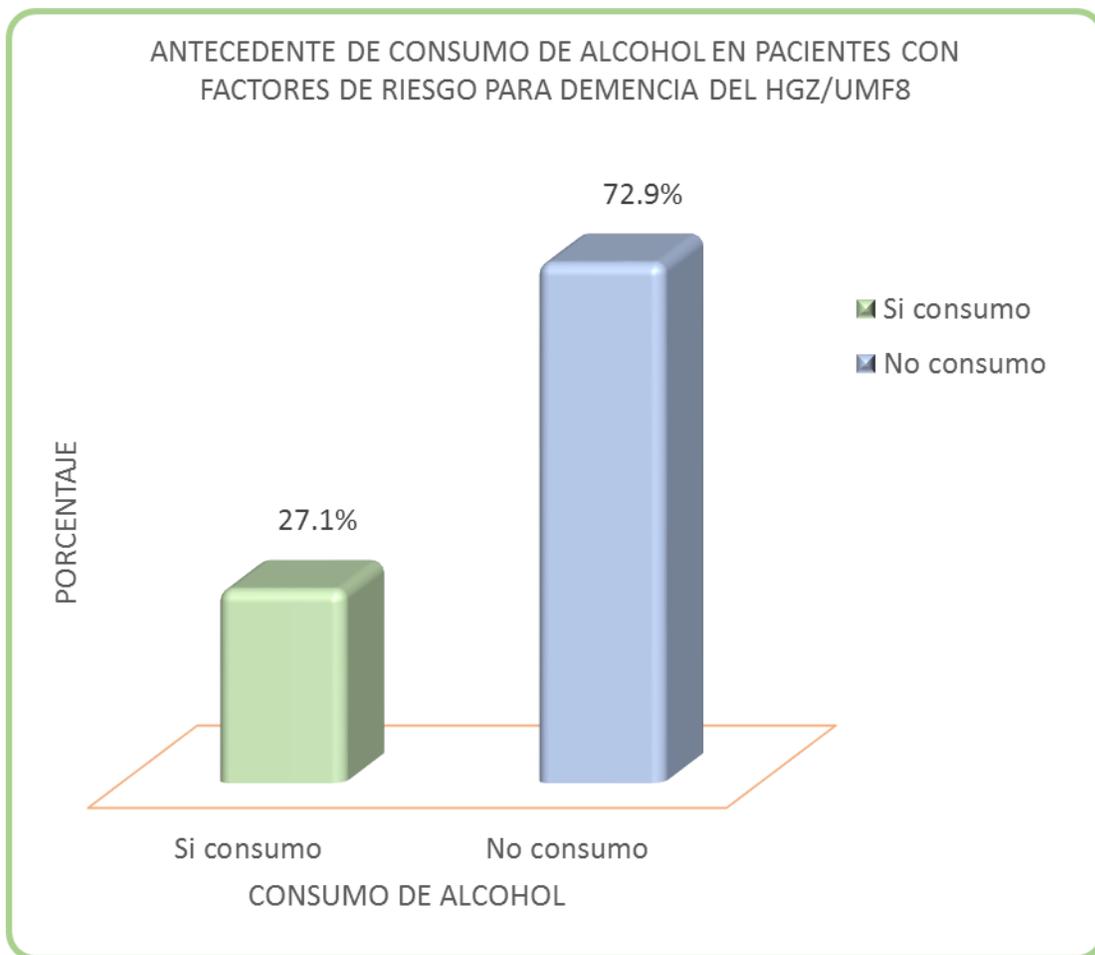
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 19

ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Si	65	27.1
No	175	72.9
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 19



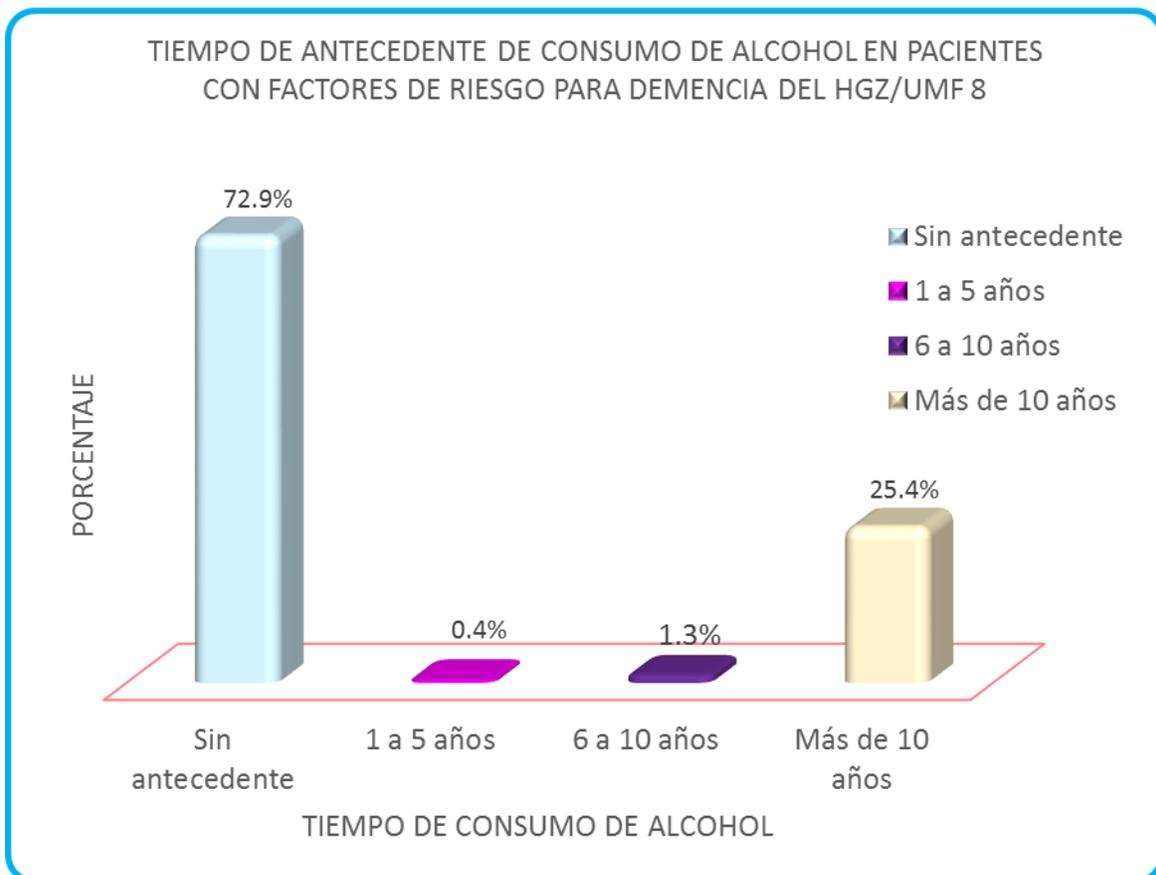
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 20

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Sin antecedente	175	72.9
1 a 5 años	1	0.4
6 a 10 años	3	1.3
Más de 10 años	61	25.4
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 20



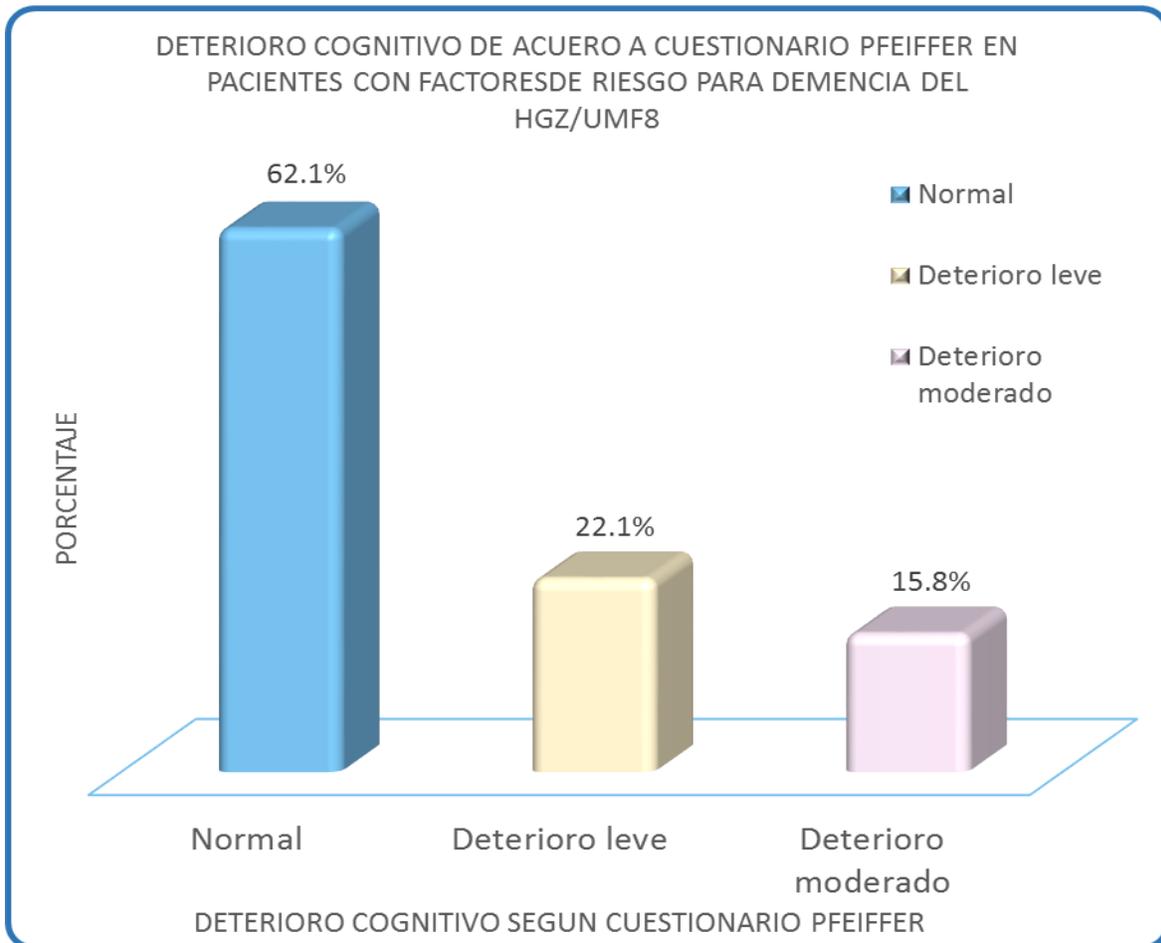
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 21

DETERIORO COGNITIVO DE ACUERDO AL CUESTIONARIO PFEIFFER EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8		
	Frecuencia	Porcentaje %
Normal	149	62.1
Deterioro Leve	53	22.1
Deterioro Moderado	38	15.8
Total	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 21



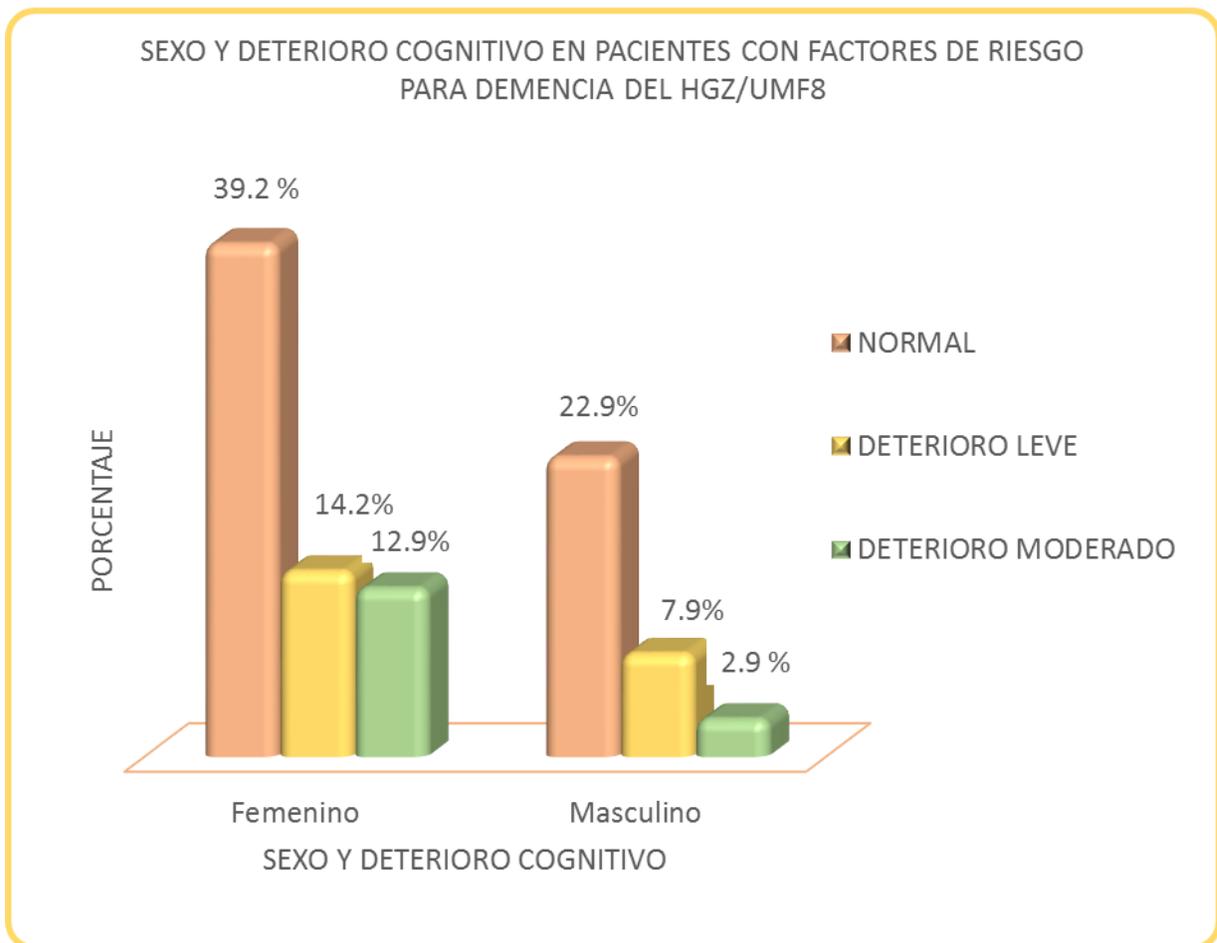
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 22

SEXO Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
Femenino	94	39.2	34	14.2	31	12.9	159	66.2
Masculino	55	22.9	19	7.9	7	2.9	81	33.8
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 22



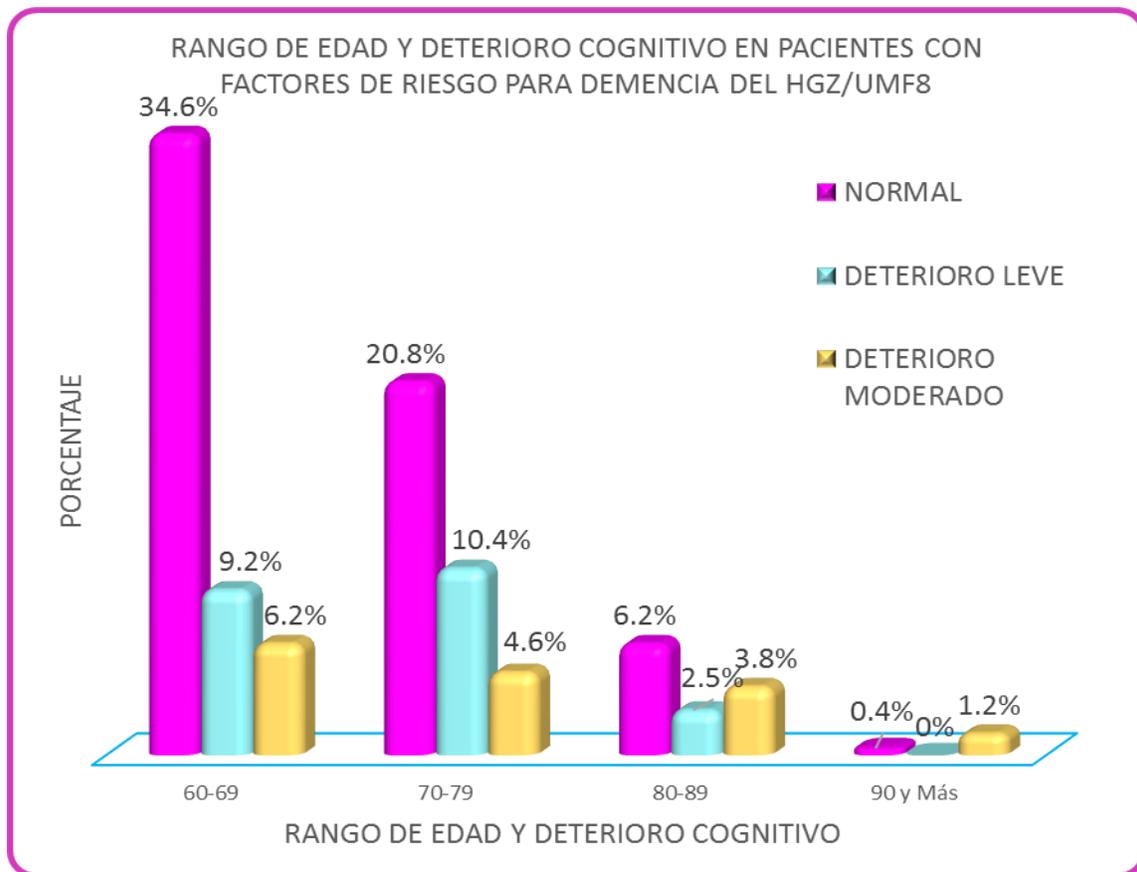
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 23

RANGO DE EDAD Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
60-69	83	34.6	22	9.2	15	6.2	120	50.0
70-79	50	20.8	25	10.4	11	4.6	86	35.8
80-89	15	6.2	6	2.5	9	3.8	30	12.5
90 y Más	1	0.4	0	0	3	1.2	4	1.7
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 23



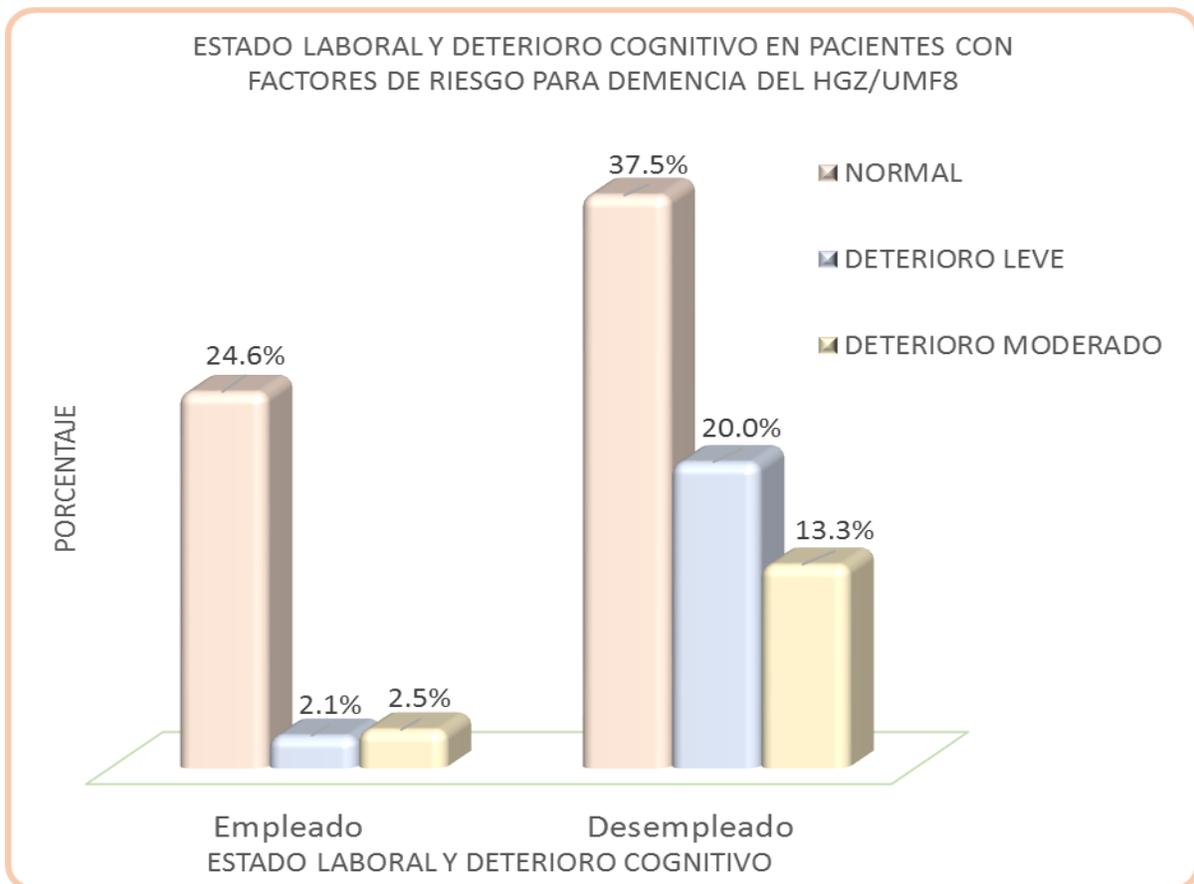
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 24

ESTADO LABORAL Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleado	59	24.6	5	2.1	6	2.5	70	29.2
Desempleado	90	37.5	48	20.0	32	13.3	170	70.8
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 24



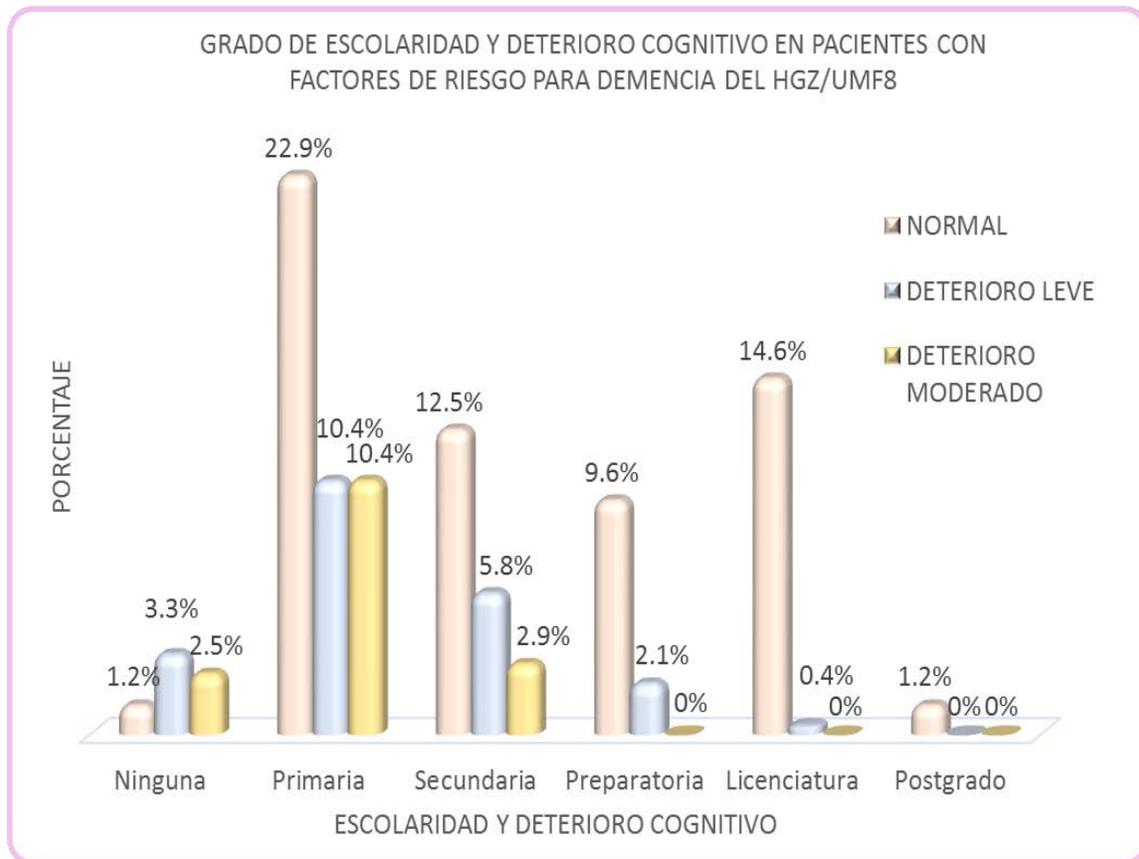
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 25

GRADO DE ESCOLARIDAD Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ninguno	3	1.2	8	3.3	6	2.5	17	7.1
Primaria	55	22.9	25	10.4	25	10.4	105	43.8
Secundaria	30	12.5	14	5.8	7	2.9	51	21.2
Preparatoria	23	9.6	5	2.1	0	0	28	11.7
Licenciatura	35	14.6	1	0.4	0	0	36	15.0
Postgrado	3	1.2	0	0	0	0	3	1.2
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 25



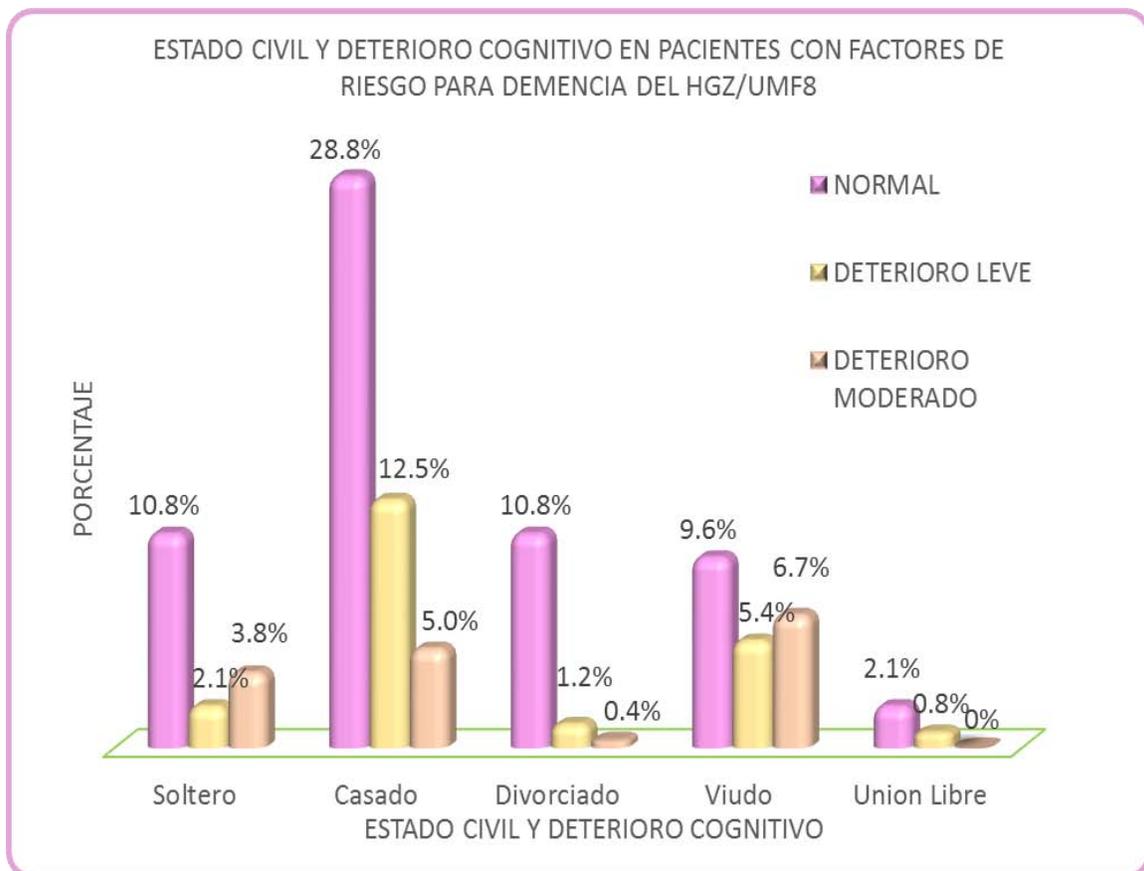
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 26

ESTADO CIVIL Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltero	26	10.8	5	2.1	9	3.8	40	16.7
Casado	69	28.8	30	12.5	12	5.0	111	46.2
Divorciado	26	10.8	3	1.2	1	0.4	30	12.5
Viudo	23	9.6	13	5.4	16	6.7	52	21.7
Unión Libre	5	2.1	2	0.8	0	0	7	2.9
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 26



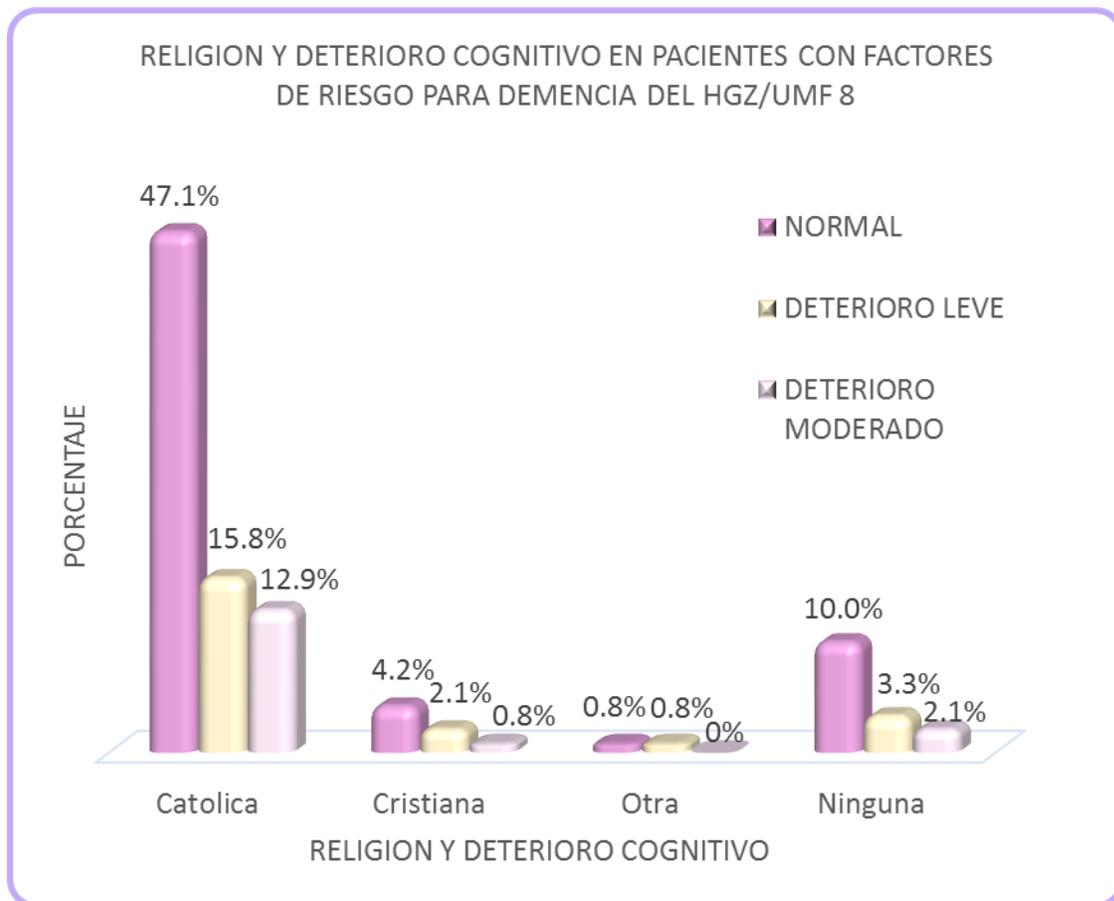
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 27

RELIGION Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Católica	113	47.1	38	15.8	31	12.9	182	75.8
Cristina	10	4.2	5	2.1	2	0.8	17	7.1
Otra	2	0.8	2	0.8	0	0	4	1.7
Ninguna	24	10.0	8	3.3	5	2.1	37	15.4
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 27



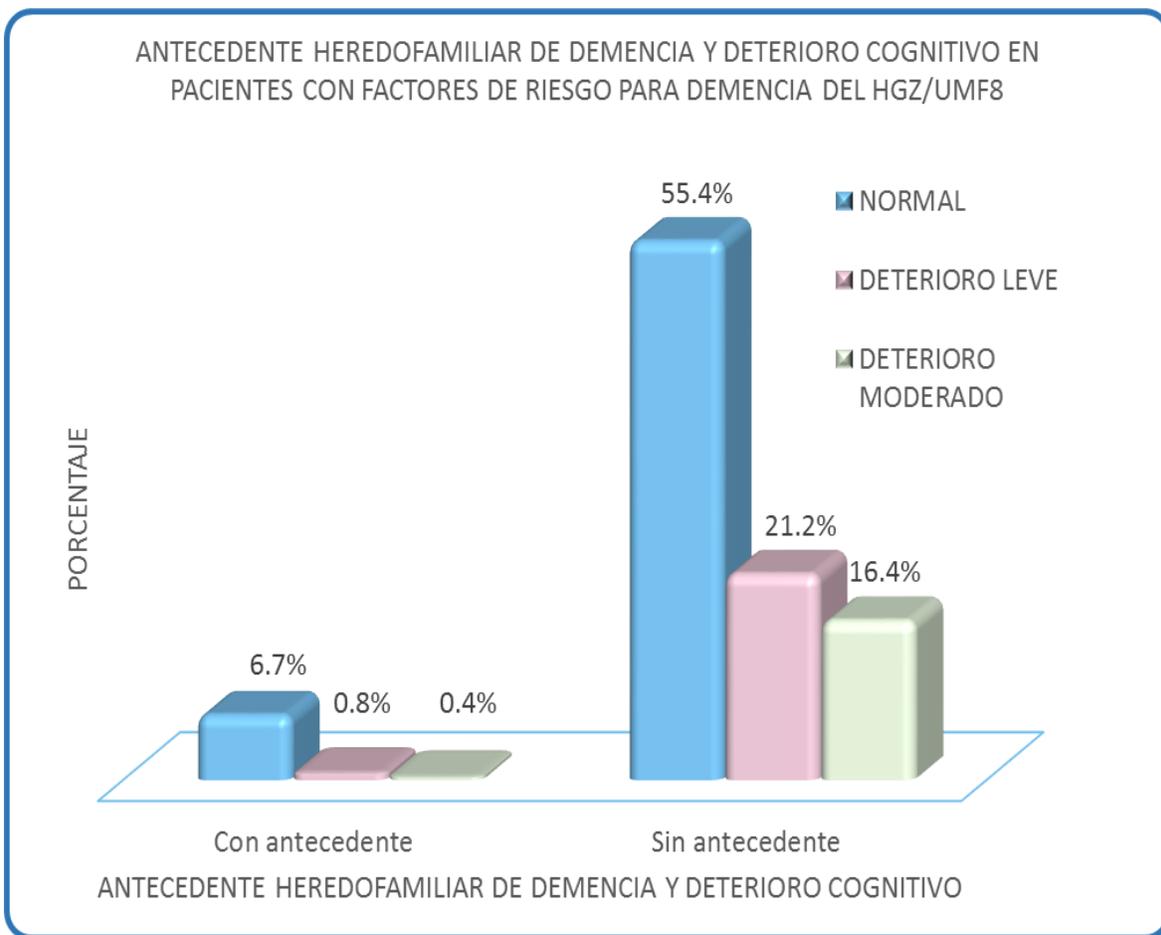
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 28

ANTECEDENTE HEREDOFAMILIAR DE DEMENCIA Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con antecedente	16	6.7	2	0.8	1	0.4	19	7.9
Sin antecedente	133	55.4	51	21.2	37	16.4	221	92.1
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia. 2015

GRAFICA 28



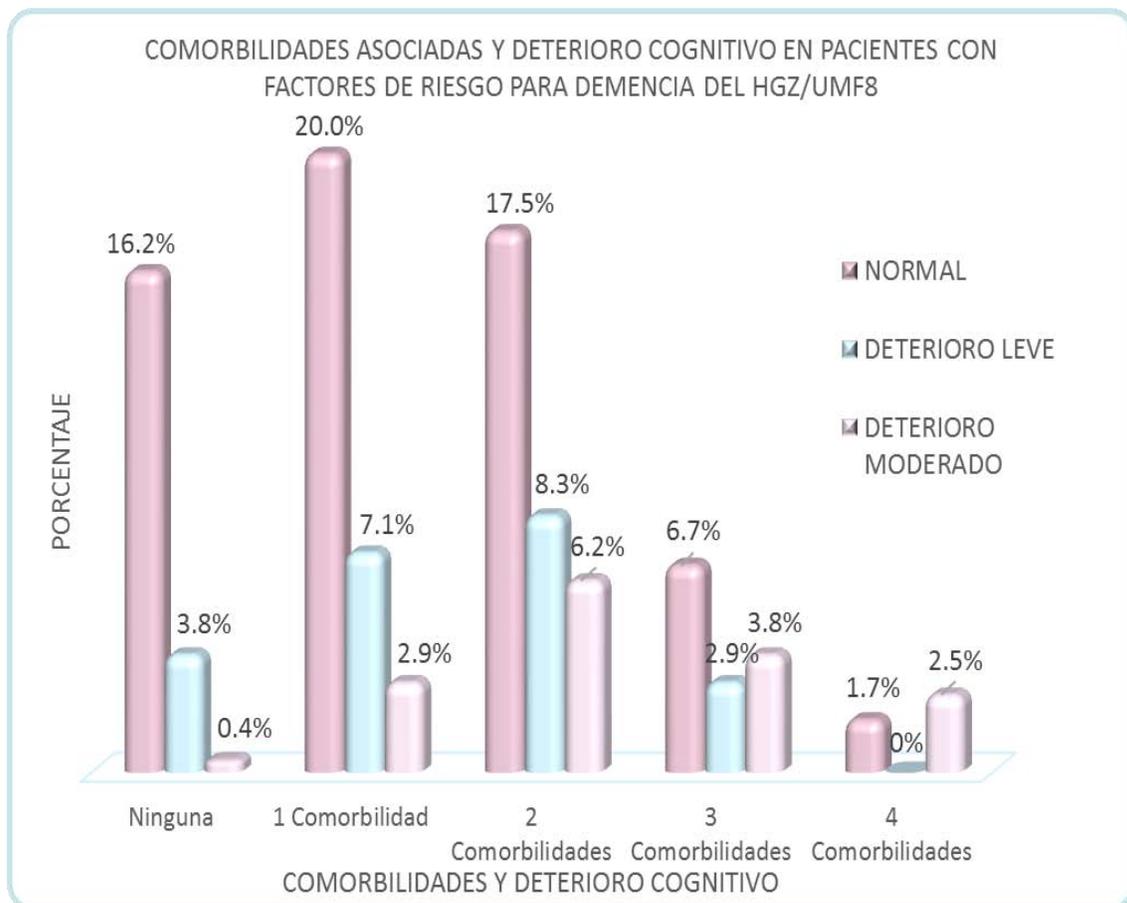
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia. 2015

TABLA 29

COMORBILIDADES ASOCIADAS Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ninguna	39	16.2	9	3.8	1	0.4	49	20.4
1 Comorbilidad	48	20.0	17	7.1	7	2.9	72	30.0
2 Comorbilidades	42	17.5	20	8.3	15	6.2	77	31.2
3 Comorbilidades	16	6.7	7	2.9	9	3.8	32	13.3
4 Comorbilidades	4	1.7	0	0	6	2.5	10	4.2
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinosa-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia. 2015

GRAFICA 29



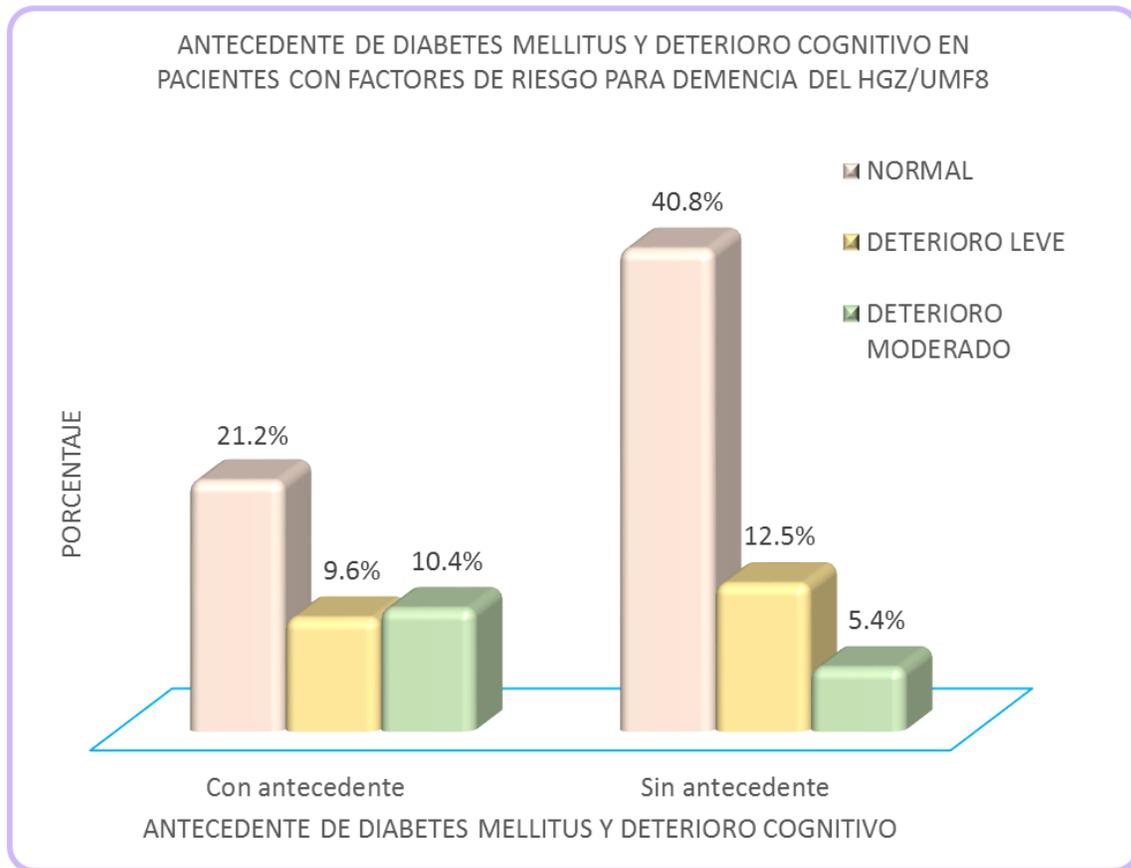
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinosa-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 30

ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con antecedente	51	21.2	23	9.6	25	10.4	99	41.2
Sin antecedente	98	40.8	30	12.5	13	5.4	141	58.8
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 30



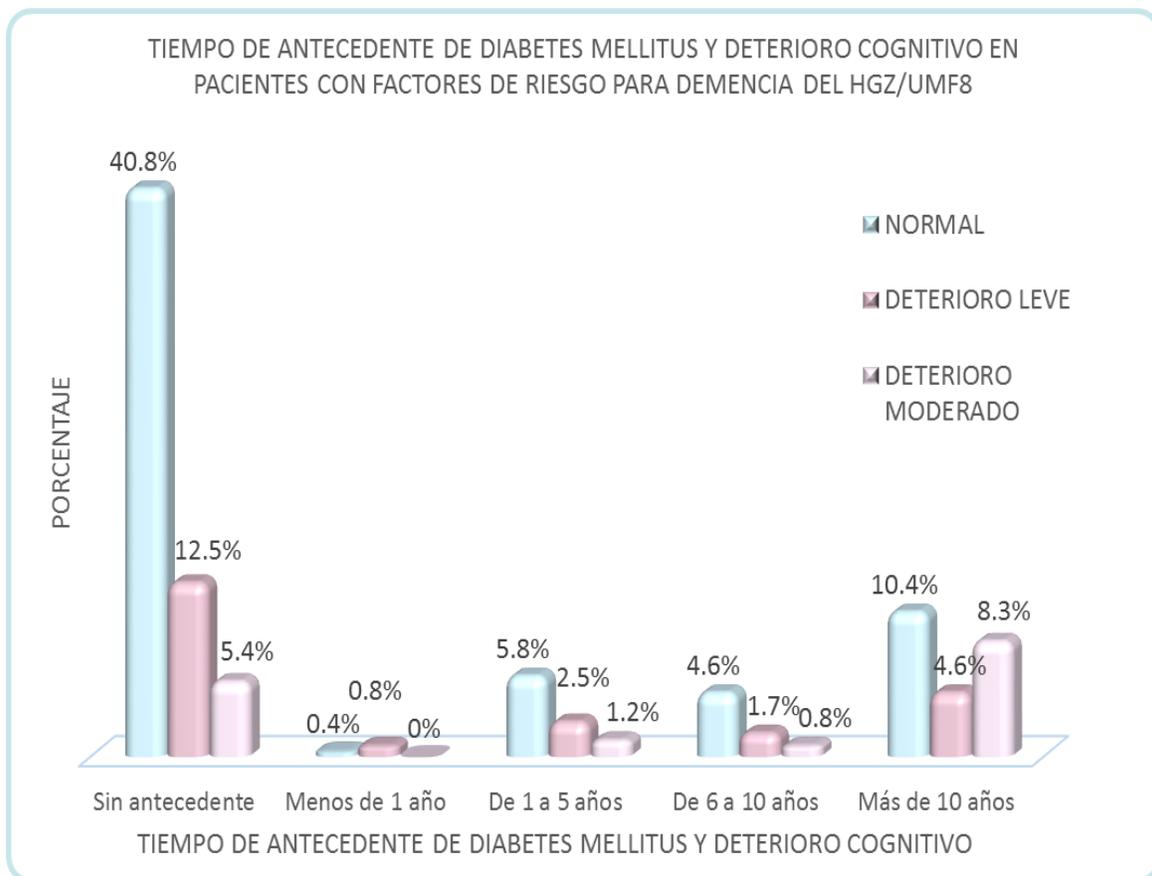
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 31

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin antecedente	98	40.8	30	12.5	13	5.4	141	58.8
Menos de 1 año	1	0.4	2	0.8	0	0.0	3	1.2
De 1 a 5 años	14	5.8	6	2.5	3	1.2	23	9.6
De 6 a 10 años	11	4.6	4	1.7	2	0.8	17	7.1
Más de 10 años	25	10.4	11	4.6	20	8.3	56	23.3
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 31



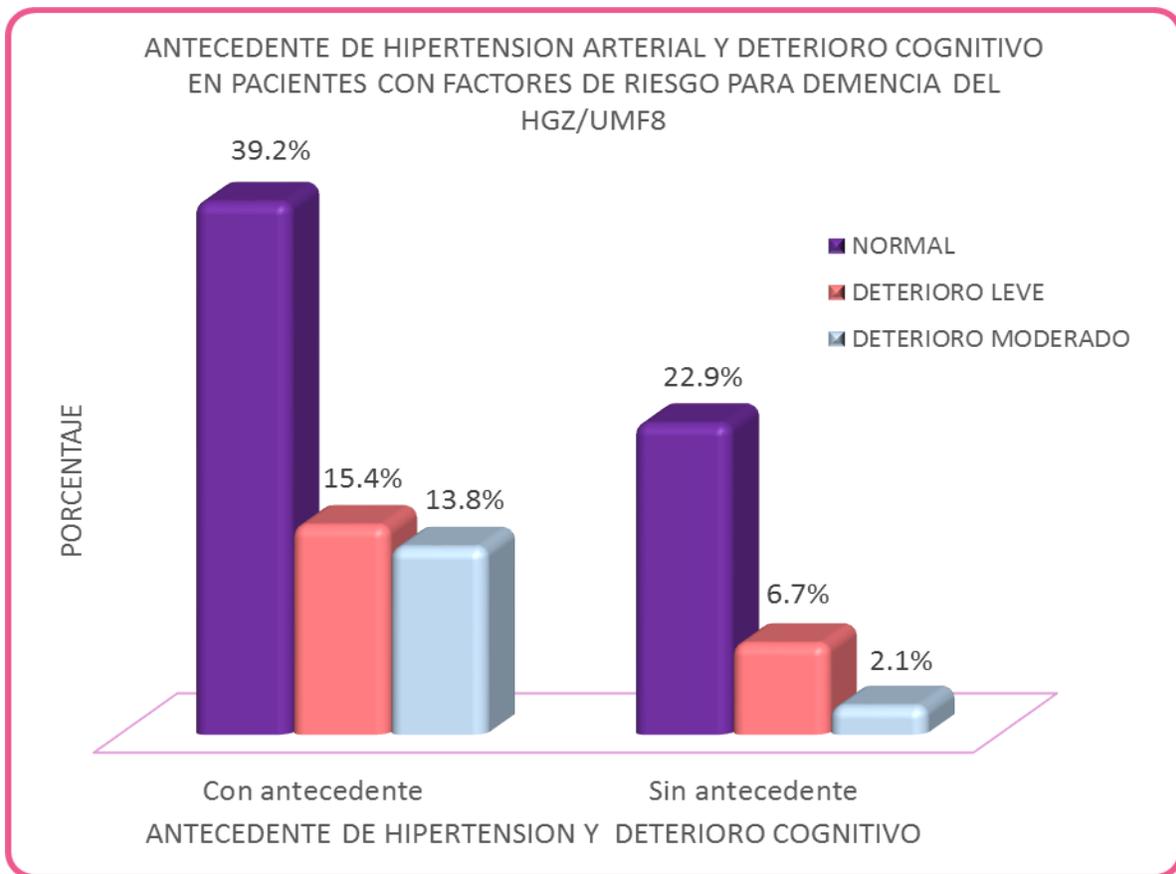
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 32

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con antecedente	94	39.2	37	15.4	33	13.8	164	68.3
Sin antecedente	55	22.9	16	6.7	5	2.1	76	31.7
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 32



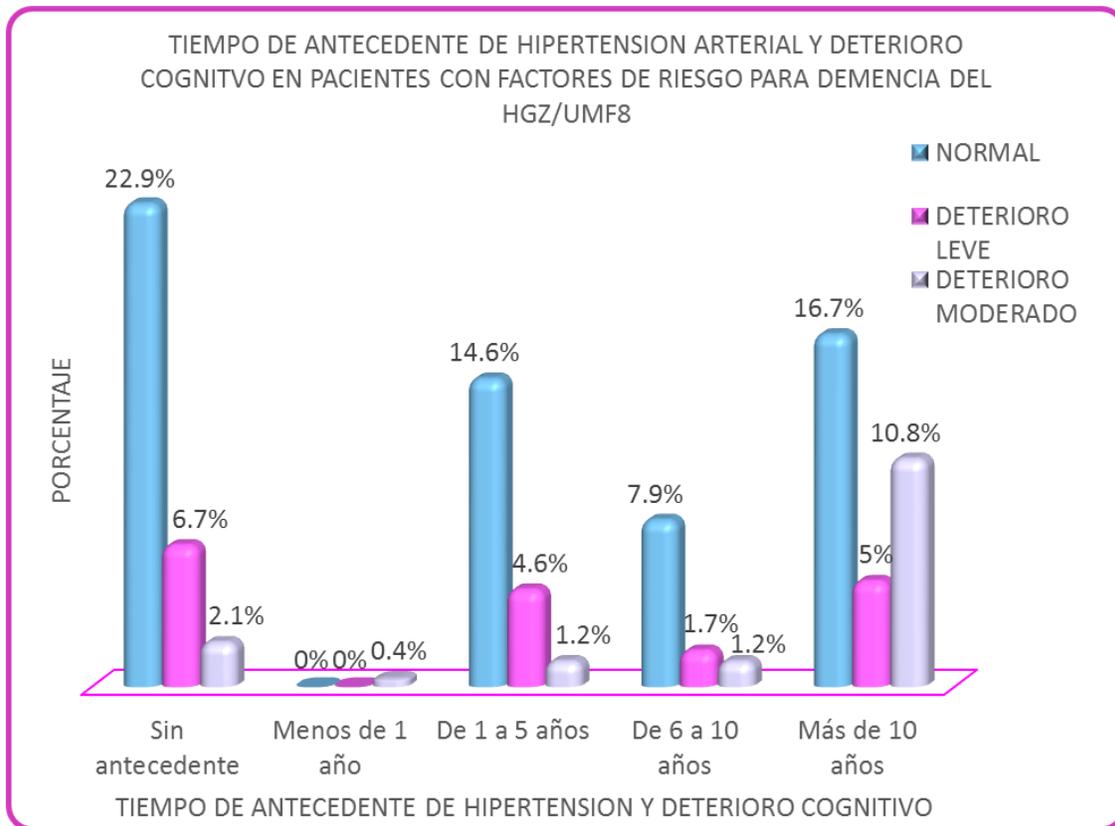
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 33

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin antecedente	55	22.9	16	6.7	5	2.1	76	31.7
Menos de 1 año	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4
De 1 a 5 años	35	14.6	11	4.6	3	1.2	49	20.4
De 6 a 10 años	19	7.9	12	1.7	3	1.2	34	14.2
Más de 10 años	40	16.7	11	5	26	10.8	80	33.3
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 33



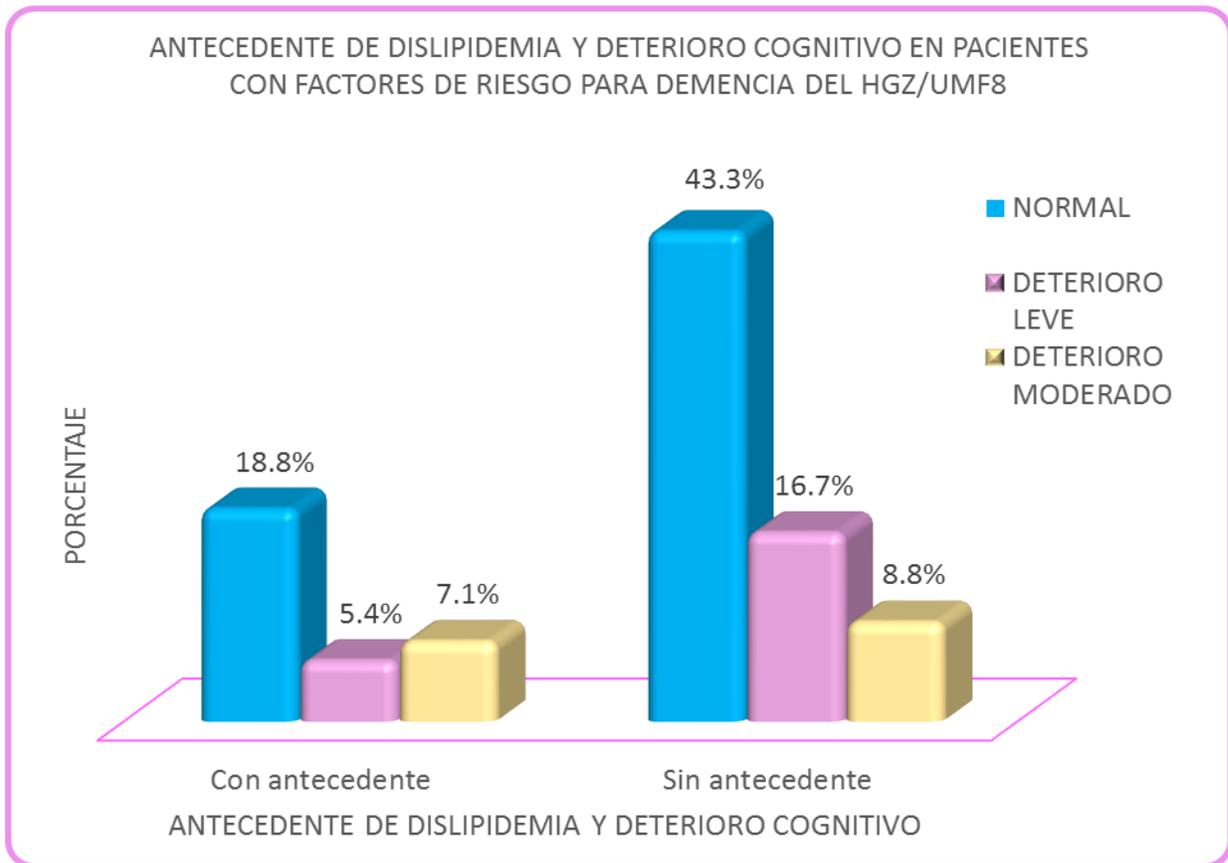
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 34

ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con antecedente	45	18.8	13	5.4	17	7.1	75	31.2
Sin antecedente	104	43.3	40	16.7	21	8.8	165	68.8
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 34



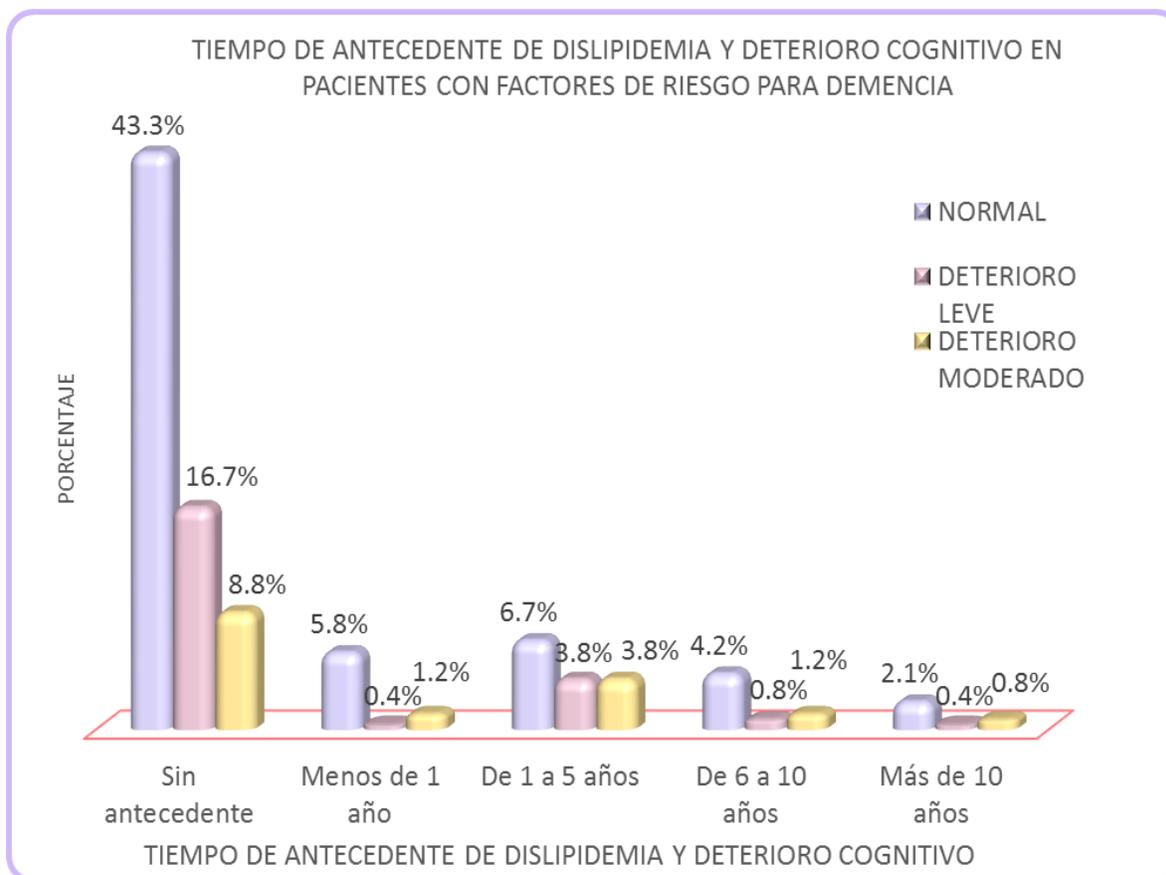
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 35

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DEFICIT LEVE		DEFICIT MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin antecedente	104	43.3	40	16.7	21	8.8	165	68.8
Menos de 1 año	14	5.8	1	0.4	3	1.2	18	7.5
De 1 a 5 años	16	6.7	9	3.8	9	3.8	34	14.2
De 6 a 10 años	10	4.2	2	0.8	3	1.2	15	6.2
Más de 10 años	5	2.1	1	0.4	2	0.8	8	3.3
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 35



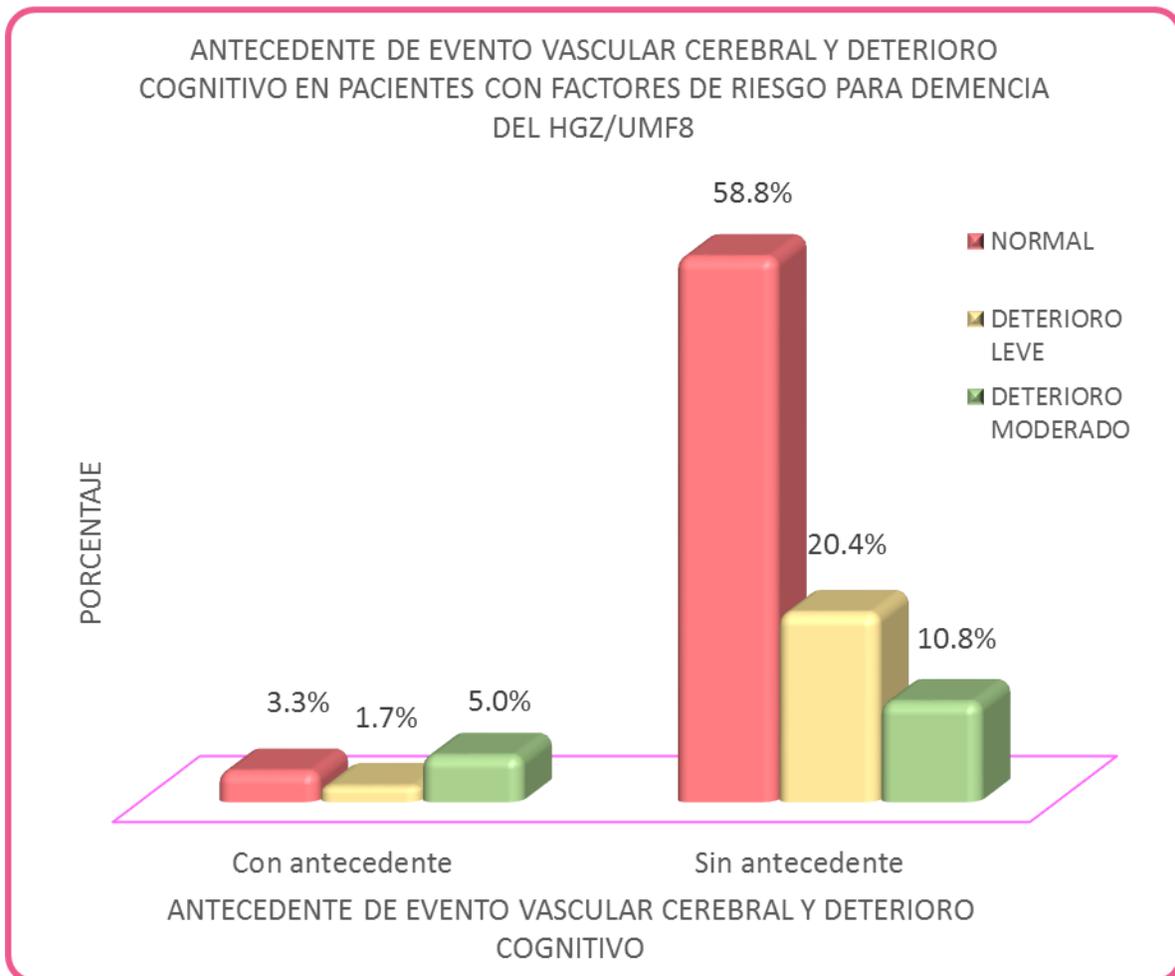
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 36

ANTECEDENTE DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL Y DEFICIT NEUROLOGICO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DEFICIT LEVE		DEFICIT MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
Con antecedente	8	3.3	4	1.7	12	5.0	24	10.0
Sin antecedente	141	58.8	49	20.4	26	10.8	216	90.0
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 36



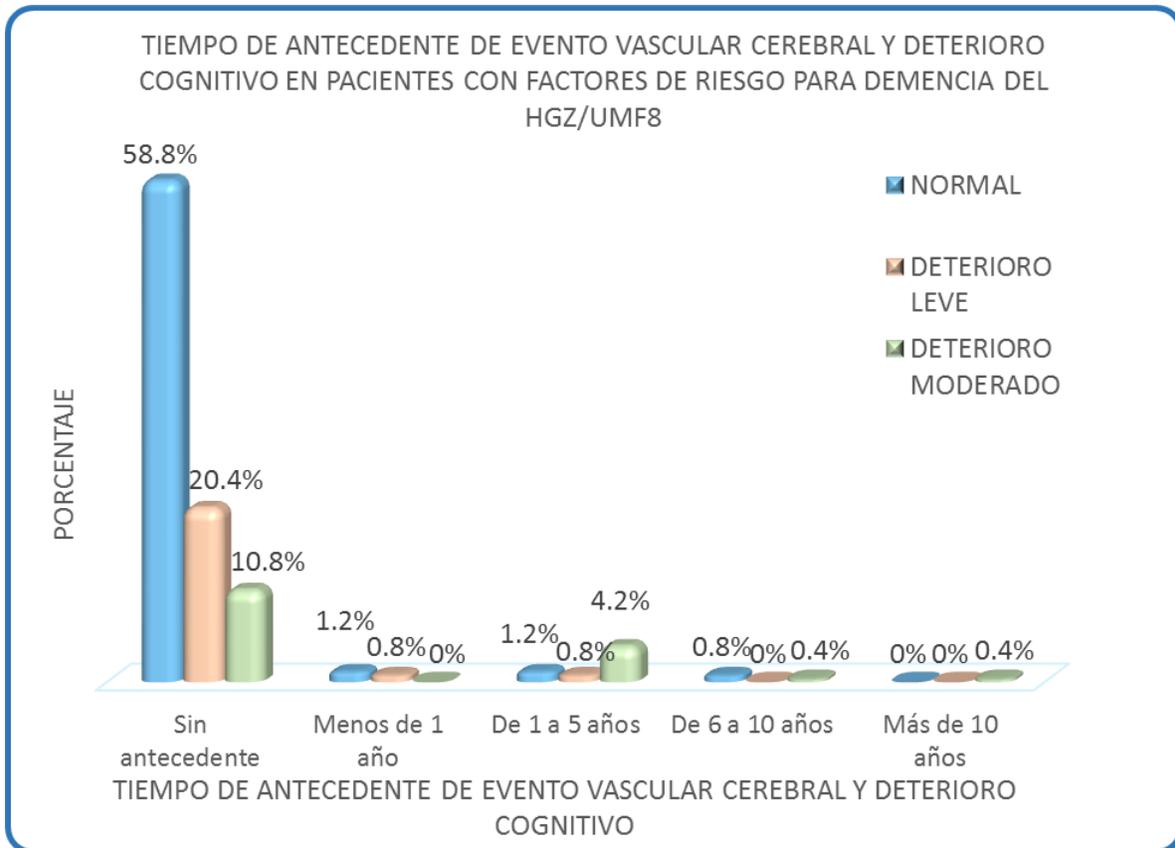
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 37

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DEFICIT LEVE		DEFICIT MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin antecedente	141	58.8	49	20.4	26	10.8	216	90.0
Menos de 1 año	3	1.2	2	0.8	0	0.0	5	2.1
De 1 a 5 años	3	1.2	2	0.8	10	4.2	15	6.2
De 6 a 10 años	2	0.8	0	0.0	1	0.4	3	1.2
Más de 10 años	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.4
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 37



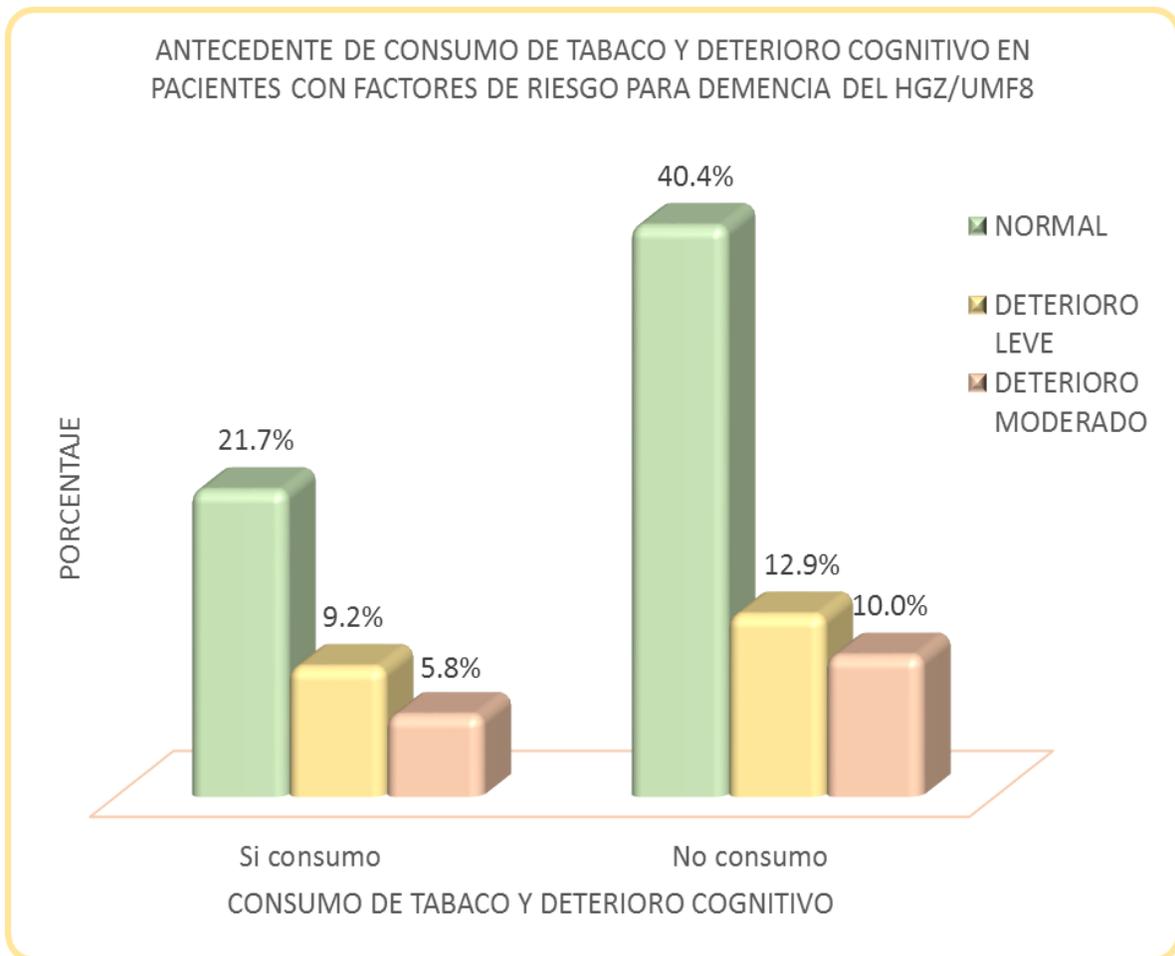
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 38

ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si consumo	52	21.7	22	9.2	14	5.8	88	36.7
No consumo	97	40.4	31	12.9	24	10.0	152	63.3
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 38



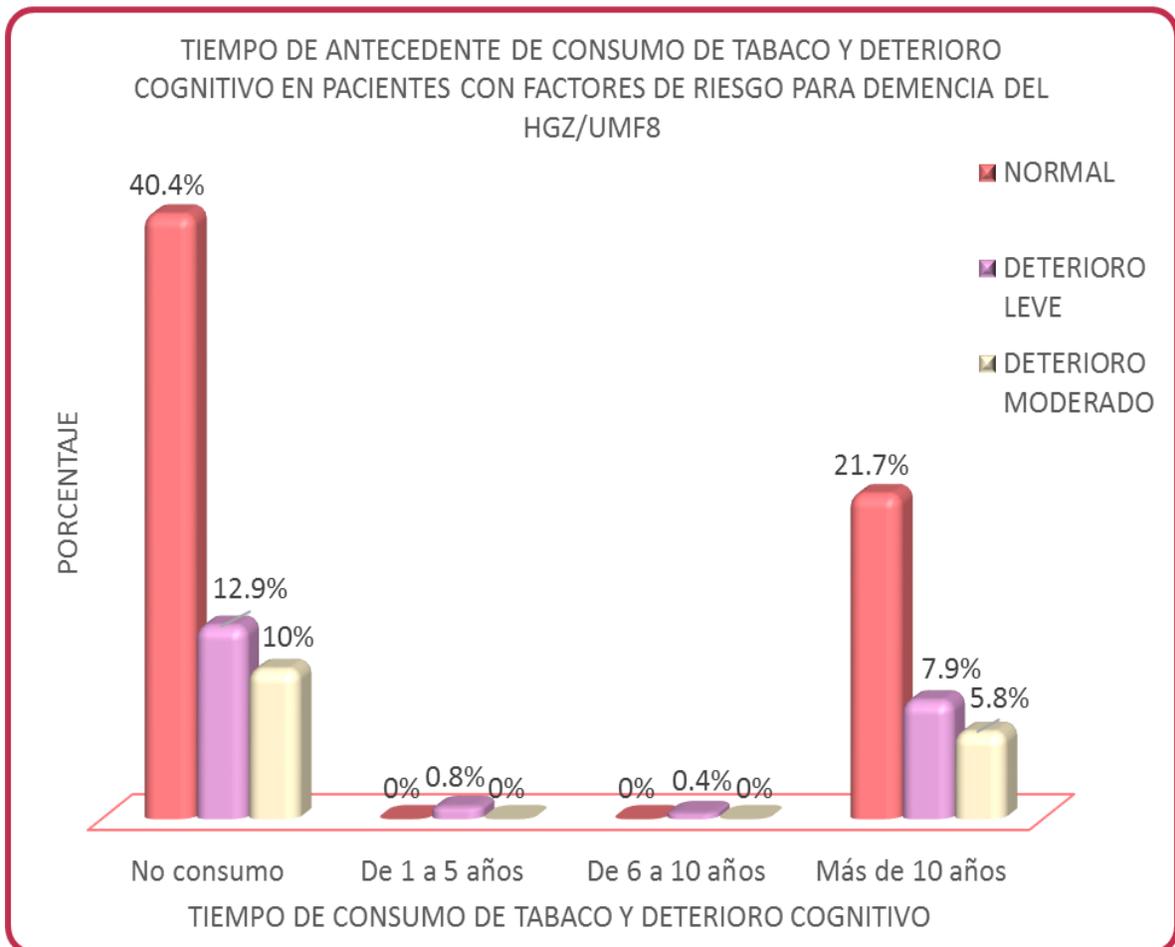
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 39

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA EN EL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No consumo	97	40.4	31	12.9	24	10	152	63.3
De 1 a 5 años	0	0.0	2	0.8	0	0.0	2	0.8
De 6 a 10 años	0	0.0	1	0.4	0	0.0	1	0.4
Más de 10 años	52	21.7	19	7.9	14	5.8	85	35.4
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 39



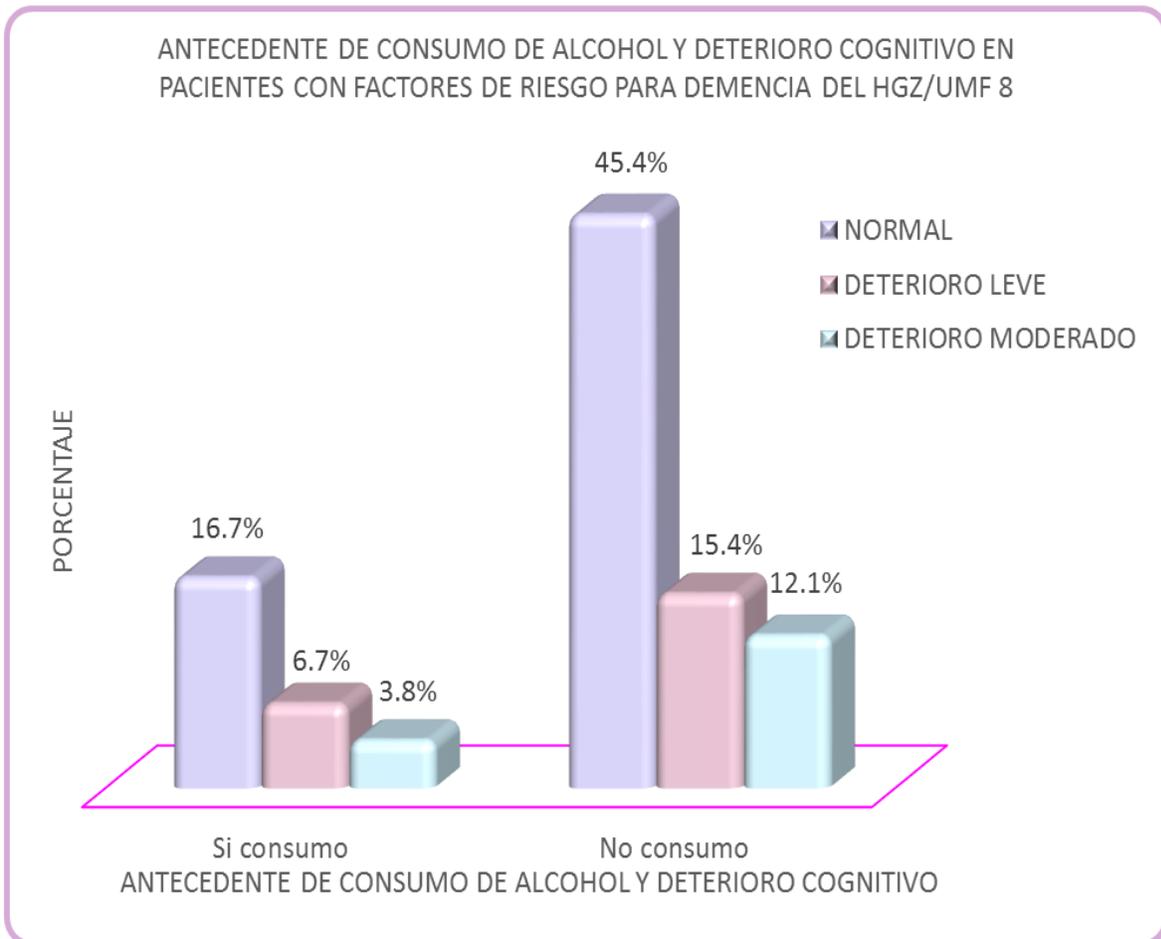
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 40

ANTECEDENTE CONSUMO DE ALCOHOL Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si consumo	40	16.7	16	6.7	9	3.8	65	27.1
No consumo	109	45.4	37	15.4	29	12.1	175	72.9
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 40



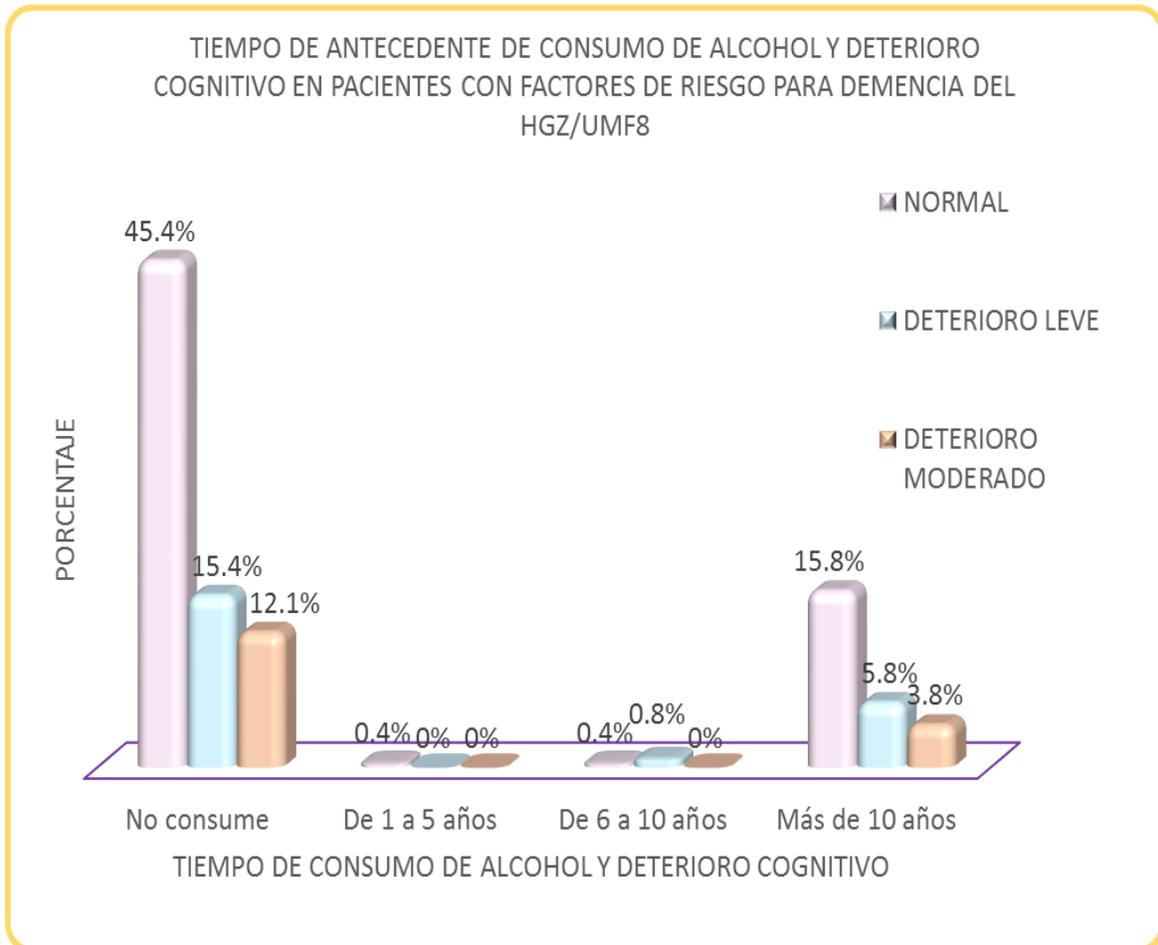
FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

TABLA 41

TIEMPO DE ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA DEL HGZ/UMF 8								
	NORMAL		DETERIORO LEVE		DETERIORO MODERADO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No consumo	109	45.4	37	15.4	29	12.1	175	72.9
De 1 a 5 años	1	0.4	0	0	0	0	1	0.4
De 6 a 10 años	1	0.4	2	0.8	0	0	3	1.2
Más de 10 años	38	15.8	14	5.8	9	3.8	61	25.4
Total	149	62.1	53	22.1	38	15.8	240	100

FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

GRAFICA 41



FUENTE: n=240 Escalera-G P, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A G, Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 2015

DISCUSIONES

En base al estudio de Gómez Viera N. y Col. (2013) "Categorización clínica de pacientes con deterioro cognitivo" en su estudio se obtuvo que la población con mayor participación fue el sexo femenino con un 70.3% y el resto del sexo masculino, en la presente investigación las mujeres representaron la mayoría con un 66.2% y los hombres 33.8% esta similitud es debida a que son los pacientes del sexo femenino las que principalmente acuden al servicio médico puesto que son más conscientes de su estado de salud, lo cual puede ser dado porque son ellas las que se encargan de llevar la administración de la familia, o porque son ellas la proveedoras, en el hogar, por lo que no pueden permitirse que alguna enfermedad las afecte.

Continuando con las variables del sexo y deterioro cognitivo Mejía, S et al (2010) en su investigación "Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México" se encargaron de revisar los diferentes factores que favorecen el desarrollo algún grado de deterioro cognitivo, entre las variables sociodemográficas valoradas se utilizó al sexo, encontrando que son las mujeres en un 58% que ya cuentan con esta alteración neurológica, en cambio lo obtenido en la elaboración de este trabajo es que son las pacientes de sexo femenino las que con un 27.1% tienen deterioro cognitivo, la diferencia entre los dos estudios puede ser por varios factores entre los que destaca que para la elaboración del primer estudio la población fue mucho grande que la que se empleó para el trabajo presentado, otra de las diferencias fue el empleo de otro instrumento para la valoración del estado cognitivo. La similitud en la que concuerdan ambas investigaciones es que las mujeres tienen una mayor susceptibilidad a desarrollar algún grado de deterioro cognitivo, el cual está demostrado que es un factor de riesgo para la aparición de demencia y que son las personas del género femenino que expresan más esta patología.

De acuerdo a la investigación realizada por Abarca JC. y col (2011) "Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa, Perú" evaluaron el grado de escolaridad y su relación con deterioro cognitivo observando que aquellos cuyo grado de escolaridad era nulo o menor de 7 años presentaban un deterioro cognitivo en un 51.4% a diferencia de los que su grado escolar era de licenciatura o de postgrado en el que el deterioro cognitivo no se presentó; en este trabajo lo que se pudo observar fue que aquellos pacientes con ninguna escolaridad y con grado escolar máximo de primaria presentaron un 26.6% con deterioro cognitivo y de igual forma en las personas con una escolaridad de licenciatura o de postgrado, el deterioro cognitivo no estuvo presente. Una diferencia presente entre los estudios, en cuanto los pacientes con un deterioro cognitivo, está dada, porque en el Perú la población tiene menos oportunidades de acceder a la educación y desde jóvenes tienen que salir a trabajar, ya que la pobreza en ese país es más marcada, a diferencia de México, que si bien puede llegar a existir la misma situación, hay más programas empleados por el gobierno que se encargan de llevar educación a los rincones más alejados y por lo menos las personas pueden completar la primaria. Ahora bien en lo que concuerdan ambas investigaciones es que entre menos grado de estudio presente una persona, la presencia de deterioro cognitivo será más

evidente y de forma prematura, esto debido a que se ha comprobado que entre más alto sea su grado de escolaridad en una persona su plasticidad cerebral será mayor lo que es considerado como un factor protector para el desarrollo de demencia.

Martinez-Querol et al. (2010) “Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial” reportaron que un 24% de sus pacientes que presentan algún tipo de demencia tienen antecedente de haber tenido un familiar en primera línea con este padecimiento. Lo observado en la realización del presente trabajo solo un 7.9% de la muestra estudiada presentó esta característica, lo que puede estar dado por que en el país cualquier tipo de demencia se encuentra subdiagnosticada o que hasta cierto punto llegan a considerar este estado como una situación normal y esperada en los adultos mayores, por lo que no se le asigna como una patología llegando a pasar totalmente desapercibido y sin poder brindar una adecuada atención.

Por parte de C.D. Mías, M. Sassi, M.E. Masih, A. Querejeta y R. Krawchik (2010) “Deterioro cognitivo: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos” en su trabajo realizado observaron que la muestra de su población estudiada en un 13.6% presentó deterioro cognitivo, tomando en cuenta principalmente como factores de riesgo el sexo, la edad y el nivel de estudios de los pacientes. Lo que se encontró en nuestra investigación es que en un 37.9% de la muestra analizada cuentan con un deterioro cognitivo. La diferencia expresada está dada porque en el primer trabajo solo se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas, dejando a un lado si el paciente presentó alguna comorbilidad, algo que en nuestro trabajo se integró, tanto los antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas como el aspecto sociodemográfico, lo que se ve reflejado en el incremento del porcentaje con personas con deterioro cognitivo. Esto nos lleva a valorar que la presencia de otras enfermedades es un factor contribuyente para la aparición de un deterioro cognitivo y que condicionaría en un futuro el posible desarrollo de demencia.

La investigación efectuada por parte de Ávila Oliva, M et al (2009) “Cognitive deterioration in the Older Adult” evaluaron el grado de deterioro cognitivo y su asociación con factores de riesgo, entre los que se encontró, destacando que los pacientes con antecedente de Hipertensión Arterial ya cuentan con un deterioro cognitivo en un 27.1%, siendo similar este porcentaje al observado en este estudio reportando un 29.2% de la muestra estudiada que tiene deterioro cognitivo. La similitud representada debe ser porque en ambos el análisis se realizó en personas de origen latinoamericano, lo importante que se analiza en los dos estudios es que la presencia de un padecimiento que afecta a los vasos sanguíneos y al corazón es un condicionante para la aparición de un deterioro cognitivo y que si evitamos la aparición de la Hipertensión Arterial o se le da un adecuado tratamiento a este sistema ayudaría a proteger al cerebro.

El trabajo elaborado por León Arcilla, R et al (2009) “Factores de riesgo para el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor” analizaron la presencia de varios condicionantes para el desarrollo de deterioro cognitivo, entre los cuales consideraron al tabaco como uno

de ellos, observando que el 19.6% de su muestra estudiada ya tienen un deterioro cognitivo, lo encontrado en el presente trabajo fue de 16% de las personas que cuentan con el antecedente de consumo de tabaco ya tienen un grado de deterioro cognitivo, esta similitud expresada fue debido a que la cantidad de personas estudiadas en ambas investigaciones fue prácticamente la misma, además de realizarse en México, lo que nos lleva a pensar en que el consumo de tabaco, por sus implicaciones que presenta nivel endotelial de los vasos y por el proceso inflamatorio que conlleva, hace que los pacientes disminuyan la perfusión a nivel cerebral, que por consiguiente lleva al paciente al deterioro de diversas funciones mentales entre las que destacan de la capacidad de atención, habilidades viso-motrices y funciones ejecutivas, particularmente la flexibilidad cognitiva.

Los alcances que pudieron encontrarse en el presente estudio fue que se pudo aclarar que quien cuente con factores de riesgo ya sean sociodemográficos, antecedentes personales patológicos o heredofamiliares y de consumo de sustancias nocivas para el organismo como lo es el alcohol o el tabaco, en algún momento de su vida presentaran deterioro cognitivo, que se ve más incrementado en aquellos en los que tienen una combinación de dos o más factores asociados sobre todo la edad, el sexo, el nivel de estudios, el consumo de alcohol y la presencia de hipertensión arterial. De lo expresado previamente hay factores que son imposibles de modificar, pero en los que se pueda hacer un cambio será de vital importancia realizar un mayor hincapié para minimizar su aparición y por consiguiente el desarrollo de un deterioro cognitivo que lleve a la persona a la aparición de demencia.

Las limitaciones encontradas en el presente estudio fueron en el contexto de la poca información que tienen los pacientes a cerca del tema y en ocasiones la falta de interés que presentaban algunos de los pacientes entrevistados. Así mismo la población estudiada únicamente se enfocó a los pacientes que acuden al servicio de consulta externa del HGZ/UMF No. 8 que si bien puede llegar a ser representativa es solo una pequeña parte de la población mexicana que sería el principal fin de este estudio.

Los sesgos que pudieron presentarse en el estudio es que no se tomó en cuenta si tenían el antecedente de Enfermedad Renal o alguna Hepatopatía que los pudo predisponer a cursar con algún tipo de demencia, que estas enfermedades pueden desarrollar, ya sea por la elevación de los productos azoados o de los derivados del amonio. Otra situación que pudo haber pasado desapercibida es si las personas estudiadas ya tienen el antecedente de demencia, como se ha mencionado previamente es una enfermedad que se encuentra sub-diagnosticada y aparentemente ninguno de los entrevistados tiene el diagnóstico mencionado.

Con respecto a la aplicabilidad que tiene en la Medicina Familiar en el aspecto asistencial el cuestionario puede ser utilizado en el consultorio, como un instrumento de pesquisa o bien de valoración de la efectividad de tratamiento instaurado, por ser fácil de realizar, rápido y de interpretación sencilla, ya que el Médico de Familia atiende a las mismas personas a lo largo de toda su vida, puede estarlo realizando en sus pacientes que considere tienen factores de riesgo para el desarrollo de demencia, para ir evaluando la presencia de deterioro cognitivo y así mismo ir informando a los familiares y al individuo, cómo se encuentra su estado neurológico y si es que llegase a evolucionar a demencia, detectar el problema y orientar a la familia a lo que podrían enfrentarse.

En el área educativa, se debe de informar más a la población pero sobre todo al personal de salud, acerca de lo qué es el padecimiento, cuales son las características que presenta en un inicio, cómo va a ser la evolución de la misma y hacer mayor hincapié en las medidas preventivas de los padecimientos crónico degenerativos para retardar la aparición de la enfermedad, tarea que deberá realizarse en entre todo el equipo asistencial.

Para el ámbito de la investigación es una área de oportunidad importante, que si bien ha sido estudiada por otros especialistas como los Psiquiatras o los Neurólogos, nos corresponderá a los Médicos de Familia encontrar cuales son las acciones que cualquier persona pudiera realizar para prevenir la aparición de este padecimiento, analizar más detenidamente por qué conforme avanza la edad de una persona, la prevalencia de demencia se incrementada de forma exponencial, de igual forma que podría hacerse para detener el avance de la demencia y ayudar al paciente a no perder su capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria y a no depender de nadie para hacerlas.

En cuanto al área administrativa lo importante sería realizar una medicina preventiva, mucho más insidiosa en la aparición de padecimientos crónico-degenerativos con lo que podríamos disminuir la incidencia de demencia o retrasar su aparición, de igual forma sería bueno la implementación de programas de orientación y apoyo a pacientes y familiares que presenten ya tengan el diagnóstico bien establecido de algún tipo de Demencia o Enfermedad de Alzheimer lo cuales deberán de ser desarrollados por los médicos de primer contacto, en este caso nos correspondería a nosotros, que debemos tener un concepto de atención integral del paciente de forma holística, pero no solo del Instituto, sino también de Secretaria de Salud, del ISSSTE o de los hospitales privados, para lograr tener un mayor alcance y que logren verse los beneficios en todo el país.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación, realizado en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” evaluó cómo se encontraba el grado de deterioro cognitivo en los pacientes con factores de riesgo, encontrando que más de la tercera parte de la muestra estudiada, ya sufre deterioro cognitivo, condicionante para el desarrollo posterior de demencia.

Con base a los resultados se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula concluyendo que la presencia de por lo menos un factor de riesgo hace que la persona desarrolle un déficit cognitivo. Los factores que se vio afectaron más a los pacientes fue el sexo, el grado de escolaridad, la presencia de hipertensión arterial y el consumo de tabaco.

De la muestra de población analizada el sexo femenino en más de un cuarto presenta algún grado de deterioro cognitivo a diferencia de los hombres con una representación de apenas una décima parte, con lo cual se confirma lo establecido con otros artículos de investigación, en los cuales son las mujeres las que se encuentran más afectadas, por presentar un deterioro cognitivo. Lo que se podría realizar para futuros trabajos de investigación, sería encontrar cuales son las condiciones diferentes entre un sexo y otro que propician la aparición de un grado de deterioro cognitivo, se tendrá que analizar si es el estilo de vida, si la cantidad de hormonas después de la menopausia tienen alguna implicación o simplemente que son ellas las que están más conscientes acerca de su estado de salud y es por eso que el porcentaje de esta condición neurológica se ve incrementado.

Los pacientes que se encuentran desempleados son lo que tienen una mayor susceptibilidad a presentar un grado de deterioro, como quedo constatado con las personas estudiadas en los que más de una tercer parte que tienen esta condición laboral ya tienen esta alteración neurológica, lo que nos lleva a comprobar que mientras una persona se encuentra realizando cualquier actividad que requiera de su atención o de una coordinación manual, mantendrá un flujo sanguíneo constante a nivel cerebral, lo que hace que haya una mejor comunicación entre los axones neuronales y que por lo tanto mantienen al cerebro alerta, lo que ayuda a disminuir la aparición de un déficit neurológico.

El grado de escolaridad es otro factor importante a tomar en cuenta ya que los pacientes que no cuenten con algún estudio o menos de siete años están en riesgo de desarrollar alteración cognitiva, observando que más de una cuarta parte de la muestra analizada, con este nivel de estudios tienen un deterioro cognitivo, a diferencia de quienes tuvieron un grado máximo de estudios como lo fue la licenciatura o el posgrado en los cuales ninguno de los pacientes entrevistados presento alteración cognitiva, esto es debido a que los pacientes entres más años de preparación tengan desarrollan una mejor plasticidad cerebral, que está dada porque desarrollan conexiones neuronales con el fomento de la lectura y con la actividad constante de la memoria. Este último aspecto es negativo, en nuestro país, ya que a pesar de las compañías constantes de fomento a la lectura, el

mexicano en promedio, promedio, lee menos de tres libros al año y si a eso le agregamos que el uso de las tecnologías nos está invadiendo, tal vez en unos años el mexicano lea menos y tenga un mayor desarrollo de demencia además del propio incremento de la población geriátrica. Algo que sería interesante de realizar, como un futuro trabajo de investigación, es ver a los pacientes con deterioro cognitivo ya sea leve o moderado, si se utilizan ejercicios de estimulación cerebral, cuál sería su condición posterior a la implementación de los mismo durante al menos seis meses y observar si hay una mejoría o por lo menos detener el avance hacia algún tipo de demencia.

De la población estudiada, que presentó comorbilidades asociadas, fueron los pacientes con dos enfermedades vinculadas, en más de una sexta parte, los que tuvieron un mayor deterioro cognitivo, las patologías que predominaron fueron en primer lugar la Hipertensión arterial seguida de la Diabetes Mellitus. Estas enfermedades causan un daño importante a nivel endotelial, sobre todo a la circulación ocular, a la renal y por supuesto a la circulación cerebral, esto condiciona a que el aporte sanguíneo se vea disminuido y en consecuencia la cantidad de oxígeno es mucho menor. Si bien existen factores, como la herencia, que hacen inevitable la aparición de estas enfermedades, hay otros que en su mayoría son prevenibles o modificables, y que retrasan la aparición de este daño en vasos sanguíneos y que es ahí en donde todo el personal de salud de primer contacto, no solo los médicos tienen que hacer un mayor hincapié, la prevención. De no conseguir lo contrario el siguiente paso a realizar es un control metabólico estricto de los padecimientos crónico-degenerativos, la manera de fomentarlo es con la educación del paciente, haciendo consciente de la magnitud de la enfermedad que presenta y de las posibles complicaciones a las cuales puede llegar. Estos dos últimos puntos son parte importante de la tarea que deben realizar todos los médicos familiares, porque somos nosotros quienes debemos orientarlos a cerca de cómo cuidar su salud y de cómo prevenir o retrasar, las posibles complicaciones que pueden presentarse.

De los antecedentes preguntados, en cuanto a enfermedades crónico-degenerativas se refiere, la que encabezó nuestra lista fue la hipertensión arterial y esta misma es la que presenta un mayor porcentaje con deterioro cognitivo con prácticamente la tercera parte de los pacientes, lo cual está dado por el daño caudado a nivel periférico y a nivel cardiaco que lleva a la persona a tener una menor capacidad de bombear la suficiente cantidad de sangre a los órganos que más la necesitan, entre ellos el cerebro y tarde o temprano lo llevara a padecer alteración cognitiva, secundario a la hipoxia generada en dicho órgano. Lo que nos hace volver a lo mismo, mayores medidas preventivas son una manera de evitar la aparición de esta enfermedad y de todas sus complicaciones.

El consumo de tabaco, otro de los factores analizado en la realización de este trabajo de investigación y que arrojó como resultado que aquellos con el consumo de esta sustancia en más de la mitad de ellos presentaron algún grado de deterioro cognitivo, lo más interesante es que entre mayor fue el tiempo de consumo, de 10 años en adelante

independientemente de la cantidad de cigarrillos consumidos al día, los pacientes tuvieron un mayor porcentaje de deterioro cognitivo con una sexta parte de los pacientes. El consumo de tabaco tiene un impacto importante sobre el funcionamiento cognitivo, particularmente por la vulnerabilidad de algunas estructuras cerebrales a la hipoxemia, lo que desencadena una serie de eventos fisiológicos que tienen como resultado la afectación del funcionamiento cognitivo de las personas que fuman. Hace algunos años existía la controversia acerca del daño o beneficio que la nicotina puede tener sobre el funcionamiento cognitivo. Por un lado, algunos de los beneficios eran argumentados o justificados a partir del impacto sobre procesos de memoria y atención mediados por vías colinérgicas y/o por el uso terapéutico a partir de la naturaleza de algunos padecimientos, como la enfermedad de Parkinson. Por otro lado, el daño se ha observado en diferentes estudios, donde este impacto, considerado como benéfico, es únicamente a corto plazo, presentando posteriormente la alteración a nivel del sistema nervioso central, previamente comentada. En conclusión, el consumo de tabaco no solo puede causar patología a nivel pulmonar o cardíaca, también a nivel cerebral y no por la aparición de algún evento vascular cerebral, como es conocido, sino por la presencia de un deterioro cognitivo que llega a progresar en un síndrome demencial.

En general se puede concluir que la presencia de factores de riesgo, ya sea uno o un conjunto de estos, puede llevar al paciente a desarrollar una alteración neurológica cognitiva, que si progresa, tendrá como consecuencia la aparición de demencia. Lo anterior afectará primeramente a la persona afectada, ya que esta enfermedad al ir evolucionando es su grado de severidad, condicionará al individuo a perder su dependencia para la realización de sus actividades diarias y por su puesto afectará a la familia porque habrá una crisis puede llevar a colapsar la dinámica familiar si no se sabe manejar o no hay adecuadas redes de apoyo y de comunicación o en otro caso al descuido grave de quien se encuentre convaleciente. Por lo cual es necesario llevar un estilo de vida saludable, realizando ejercicio diario, una alimentación balanceada, disminuir de peso, no consumir alcohol o tabaco, acudir de forma oportuna al médico y en caso de ser necesario un control metabólico estricto y por último y no menos importante fomentar la lectura o rutinas de ejercicios manuales que contribuyan a desarrollar una mejor plasticidad cerebral para evitar o disminuir la aparición de un deterioro cognitivo y su progresión posterior.

La detección temprana del declinar de las funciones cognitivas es de extraordinaria importancia pues de este modo el paciente geriátrico puede mantener su independencia y así elevar su calidad de vida. Aún es insuficiente el conocimiento de esta afección por los médicos y enfermeras de primer contacto, por lo que esto pudiera estar influyendo en que no se realice un diagnóstico precoz de la misma, así como el uso insuficiente de test psicométricos que pueden aplicarse de forma sencilla en sus consultorios para demostrar el deterioro cognitivo en sus pacientes, como el empleado en esta investigación, de igual manera es insuficiente la capacitación de este personal en el tratamiento de esta enfermedad.

Para quien desee continuar sobre esta línea de investigación, el presente estudio puede servir de modelo para otros que pudieran hacerse a largo plazo, en los se pudiera valorar cual es la evolución tanto de los que no han presentado alteración de su estado cognitivo como aquellos que ya tienen un deterioro y ver cuál es el comportamiento al momento de la aparición de la enfermedad y la evolución de la misma. O bien en estos mismos, la implementación de programas, que mejoren la conducción cerebral y el aporte de oxígeno, para valorar la posibilidad de retrasar la aparición de estas enfermedades.

Es un amplio campo el estudio de las demencias, que en muchas de las ocasiones el diagnostico se hace de forma tardía o incluso se llega a pensar que el cuadro que se está desarrollando es algo “normal” o de “esperarse por la edad” por lo cual debe haber una mayor apertura acerca de que esta patología está presente y que su aparición puede acelerarse en las personas que cuenten con tan solo uno de los factores de riesgo presentados en este trabajo y terminaran afectando la independencia y la calidad de vida de quien la padece.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sosa, A.L et al. Epidemiologia de las demencias. Instituto Nacional de Geriatria. 2010
- 2.-Hou. CE; Carlin, D.; Miller, BL. The American Psychiatric Publishing text book of Alzheimer disease and other dementias. Washinngton, D.C.:American Psychiatric Publishing. 2009;105:300-388
- 3.-Petersen RC, et al. Current concepts in mild cognitive Impairment. Arch. Neurol. 2010; 58:1985-1992
- 4.- Chen R, et al. Association between environmental tobacco smoke exposure and dementia syndromes. Occup Environ Med 2013;70:63–69. doi:10.1136/oemed-2012-100785
- 5.- Ridley, Nicole. Alcohol-related dementia: an update of the evidence .Alzheimer’s Research & Therapy, 2013, 5:3.
- 6.-Corrada M et al. Dementia Incidence Continues to Increase with Age in the Oldest Old: The 90+ study. Ann Neurol. 2010 January ; 67 (1): 114-121
- 7.-Gao S, et al. The Relationships between age, sex and the incidemce of dementia and Alzheimer disease: A Metaanalysis. Arch Gen Psychiatry 2008; 55:809-815
- 8.-Shepardson, Nina. Colesterol and Statins in Alzheimer’s Disease. Arch Neurol. 2011 October ; 68(10): 1239 – 1244.
- 9.- Schrijvers, E. Insulin metabolism and the risk of Alzheimer disease. The Rotterdam Study. Neurology 2010; 75:1982 – 1987.
- 10.- Debette, S. Midlife vascular risk factor exposure accelerates structural brain aging and cognitive decline. Neurology 2011; 77:461-468.
- 11.- Yaffe, K. Advanced glycation end product level, diabetes and accelerated cognitive aging. Neurology 2011;77:1351-1356
- 12.- Ng, Justin. Heart Disease as a risk factor for dementia. Clinical epidemiology 2013;5 135-145
- 13.- Ray, Lopamudra. Serum Homocysteine, Dehidroepiandrosterona Sulfate and Lipoprotein (a) in Alzheimer’s Disease and vascular Dementia. Aging and Disease, Volume 4, Number 2, 57-64, April 2013.
- 14.- Gauthier, Serge. Prevention strategies for Alzheimer’s disease. Translational neurodegeneration 2012 1:13.
- 15.- Willis, Kevin. Stroke prevention and cognitive reserve: emerging approaches to modifying risk and delaying onset of dementia. Frontiers in neurology. 21/3/2013, doi: 10.3389//fnur2013.
- 16.- Cheng, Yong. Effects of carotid artery stenting on cognitive function in patients with mild cognitive impairment and carotid stenosis. Experimental and therapeutic medicine. 5:1019 – 1024, 2013.
- 17.- De la Torre, Jack. Cardiovascular Risk Factors Promote Brain Hypoperfusion Leading to Cognitive Decline and Dementia. Cardiovascular Psychiatry and Neurology. Volume 2012, 36751 6

- 18.- Nan Hu. Nutrition and the Risk of Alzheimer's Disease. *BioMed Research International*, Volume 2013, 524820
- 19.- Minn Yang-Ki et al. Tooth loss is associated with brain White matter change and silent infarction among adults without dementia and stroke 2013, 3:5.
- 20.- Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age. *Med Clin*. 2001 Jun 30;117(4):129-34.
- 21.- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975 Oct;23(10):433-41
- 22.-Mejía Arango S. et al Diabetes Mellitus as a risk factor for dementia in the Mexicana Elder population *Rev Neurol*. 2011 October 1; 53(7): 397-405
- 23.-Mejia Arango S. et al Cognitive impairment and associated factors in older adults in Mexico. *Salud Publica Mex* 2007;49 suppl 4:S475-S481.

ANEXOS

ANEXO 1
ENCUESTA APLICATIVA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:
EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO
PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN EL HGZ/UMF No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: 1() MASCULINO 2() FEMENINO

ESTADO LABORAL: 1() EMPLEADO 2() DESEMPLEADO

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: 1() NINGUNA 2() PRIMARIA 3() SECUNDARIA 4() PREPARATORIA 5() UNIVERSIDAD
6() POSTGRADO

ESTADO CIVIL: 1() SOLTERO 2() CASADO 3() DIVORCIADO 4() VIUDO 5() UNION LIBRE

RELIGION: 1() CATOLICA 2() CRISTIANA 3() OTRA 4() NINGUNA

DIABETES MELLITUS: 1() SI 2() NO AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD: _____

HIPERTENSION ARTERIAL: 1() SI 2() NO AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD: _____

DISLIPIDEMIA: 1() SI 2() NO AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD: _____

EVENTO VASCULAR CEREBRAL: 1() SI 2() NO AÑOS DE PADECER LA ENFERMEDAD: _____

ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEMENCIA: 1() SI 2() NO

TABAQUISMO: 1() SI 2() NO AÑOS DE CONSUMO: _____

ALCOHOLISMO: 1() SI 2() NO AÑOS DE CONSUMO: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO PFEIFFER

Pregunta a realizar	Errores
Total (máximo: 10 puntos)	
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	
Total de errores	

Se evalúa en función de los errores:

- 1) 0-2 Normal
- 2) 3-4 Deterioro cognitivo leve
- 3) 5-7 Deterioro cognitivo moderado
- 4) 8-10 Deterioro cognitivo severo.

ANEXO 3
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES GERIATRICOS PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN EL HGZ No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2013

ETAPAS DEL PROTOCOLO/MES	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
TITULO	X											
MARCO TEORICO		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
JUSTIFICACION		X										
OBJETIVO			X									
HIPOTESIS			X									
MATERIALES Y METODOS				X								
DISEÑO				X								
POBLACION O UNIVERSO					X							
UBICACION					X							
MUESTRA						X						
CRITERIOS							X	X				
VARIABLES							X	X				
DISEÑO ESTADISTICO									X			
INSTRUMENTO										X		
METODO DE RECOLECCION MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS										X		
CRONOGRAMA											X	
RECURSOS												X
CONSIDERACIONES												X
BIBLIOGRAFIA												X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:
 EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES GERIATRICOS PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN
 EL HGZ No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2014-2015

ETAPAS DEL PROTOCOLO/MES	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X									
RECOLECCION DE DATOS				X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANALISIS DE DATOS						X						
DESCRIPCION DE DATOS							X					
DISCUSION DE DATOS							X					
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO								X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X			
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

ANEXO 4



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	" Evaluación del Deterioro Cognitivo en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de Demencia en el HGZ/UMF No. 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona # 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" México D.F., 15 de Marzo del 2013 a Febrero del 2015
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La demencia es una enfermedad cuya prevalencia se va incrementando conforme nuestra población de adultos va creciendo, su diagnóstico por lo general es tardío y esto condiciona al paciente a sufrir de cierta discapacidad lo que lo lleva a depender de una persona para la realización de actividades básicas, lo que se ve afectado en la dinámica familiar. El objetivo del estudio es detectar en los pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia como se encuentra su deterioro cognitivo
Procedimientos:	Se aplicara el cuestionario Pfeiffer a pacientes mayores de 60 en el HGZ/UMF No 8 por medio de una entrevista directa con el paciente, además de recabar datos acerca de enfermedades Cronicodegenerativas
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el deterioro cognitivo en los pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de demencia
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

NA
NA
NA

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Hacer una mayor incidencia en lo factores de riesgo para el desarrollo de demencia y ayudar a las familias a resolver las crisis familiares que se puedan presentar al diagnosticar un familiar con este padecimiento

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Pamela Escalera González Cel: 5544799989. Email: dra.pamescalerag@gmail.com
 Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
 Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
 Dra. Toro Fontanell Ana Gloria Cel: 5544907941 Email: anafontanell@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013