



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR no. 1

Frecuencia de Deterioro Cognitivo y Estilo de Vida en Adultos de 60 a 70 años, de la consulta externa de HGR c/MF no 1, Cuernavaca, Morelos”

Número de registro SIRELCIS

R-2016-1702-27

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Govantes Cruz Nataly

ASESORA DE TESIS

Dra. Nancy López Uribe

CUERNAVACA, MORELOS.

2017



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.

“Frecuencia de Deterioro Cognitivo y Estilo de Vida en Adultos de 60 a 70 años, de la consulta externa de HGR c/MF no 1, Cuernavaca, Morelos”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

GOVANTES CRUZ NATALY

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR c/MF no 1

Autorizaciones:

DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARÍA CRISTINA VÁZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD



DRA. GLADHIS RUÍZ CATALÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA DE TESIS

DRA. NANCY LÓPEZ URIBE
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGR C/MF NO 1

“Frecuencia de Deterioro Cognitivo y Estilo de Vida en Adultos de 60 a 70 años, de la consulta externa de HGR c/MF no 1, Cuernavaca, Morelos “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GOVANTES CRUZ NATALY

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

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



“Frecuencia de Deterioro Cognitivo y estilo de vida en Adultos de 60 a 70 años, de la consulta externa de HGR c/MF no 1, Cuernavaca, Morelos “

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GOVANTES CRUZ NATALY

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTE DEL JURADO

(NOMBRE DEL MEDICO).
CARGO Y ADSCRIPCIÓN

SECRETARIO DEL JURADO

(NOMBRE DEL MEDICO).
CARGO Y ADSCRIPCIÓN

VOCAL DEL JURADO
COLOCAR EL NOMBRE DE SU ASESOR
(PUESTO)



Agradecimientos.

A mis Padres por su apoyo infinito

A Nancy López, mi asesora, por guiarme en el camino

¿Tiene que ser así?... ¿Tengo que perderlo todo? -Nada se pierde -dijo ella-. Todo se transforma.

La historia Interminable, *Michael Ende*



Índice

Autorizaciones	2
Agradecimientos	6
Marco Teórico.....	8
Introducción.....	8
Estilo de Vida	10
El Instrumento “Fantástico”	11
Estado cognitivo.....	12
El Minimental Test (MMSE) o Prueba de Folstein	14
Antecedentes	14
Planteamiento del Problema	18
Justificación	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	20
Hipótesis.....	20
Materiales y Métodos.....	20
Tamaño de Muestra	21
Criterios de Inclusión.....	21
Criterios de Exclusión.....	22
Criterios de eliminación	22
Operacionalización de las Variables.....	22
Recolección de Datos	25
Consideraciones Éticas.....	26
Resultados.....	26
Discusión	37
Conclusiones	42
Referencias Bibliográficas	43
Anexos	47



Marco Teórico

Introducción

El proceso de envejecimiento que está experimentando la población a nivel mundial es responsable de nuevos problemas sociales y económicos que los países de América Latina y en vías de desarrollo no están preparados para resolver ⁽¹⁾. En la actualidad el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención en virtud del crecimiento desproporcionado con respecto a la población general ⁽²⁾, esto debido principalmente a la disminución de la mortalidad en relación con la natalidad y al aumento de la expectativa de vida. La prevalencia mundial se calcula en 35.6 millones, con proyecciones futuras que superan los 100 millones en el año 2050 ⁽³⁾. A nivel mundial, 31.7% del total de los años vividos con discapacidad son atribuidos a condiciones neuro-psiquiátricas como, la depresión y la demencia que son los principales factores que contribuyen a este fenómeno. La demencia contribuye a 11.9% de los años vividos con discapacidad por enfermedades crónicas, siendo de mayor proporción que los correspondientes a EVC (10.1%), enfermedad cardiovascular (5.3%) y cáncer (2.5%) ⁽⁴⁾.

En América Latina y el Caribe, la población de adultos mayores de 60 años se triplicó de 9 millones 260.3 mil habitantes reportados en 1950 a 41 millones 290.2 mil en el año 2000, sin embargo, las estimaciones de las Naciones Unidas indican que para 2050 existirán 181 millones 218.3 mil habitantes mayores de 60 años ⁽¹⁾.

Este cambio en la pirámide poblacional propiciara a un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, así como una disminución en las enfermedades infecciosas y nutricionales ⁽¹⁾ reflejándose actualmente con el incremento de las defunciones causadas por diabetes, enfermedades del corazón, enfermedades cerebro-vasculares y los tumores malignos, las cuales representan casi la mitad (49.9%) de las muertes totales del país en 2012 ⁽⁵⁾.



El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su censo nacional que realizo en el año 2010 reporto una población total en el estado de Morelos de 1,777, 227, y específicamente en el municipio de Cuernavaca 365,168 habitantes, de estos reportan en edades de 60-64 años 12,878 y de 65 a 69 años 9,187 (Figura 1), de los cuales solo cuentan con derechohabiencia IMSS tan solo 6,362 y 4, 853 respectivamente ⁽⁶⁾.

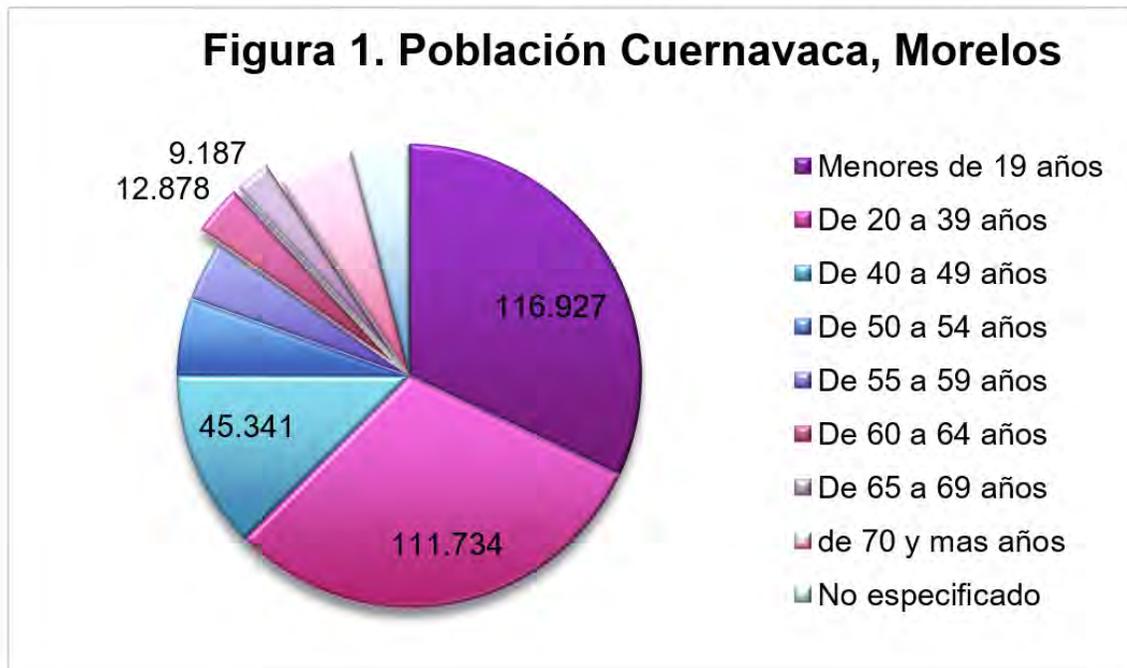


Figura 1. INEGI. [Online].; 2010 [cited 2015 septiembre 20. Available from: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/ .]

El envejecimiento es un proceso sumamente complejo y tiene impactos en diversos ámbitos tanto a nivel individual como colectivo, por ejemplo, en la familia, mercado laboral, sistema económico, seguridad social, servicios de salud, entre otros ⁽⁷⁾.

A pesar de los avances del desarrollo socioeconómico y de salud que han favorecido el entorno en el que vive la mayoría de las personas en México, así como del alargamiento de la esperanza de vida, no se aprecian efecto positivos en la autonomía y salud de los adultos mayores como para asegurar que hay un

envejecimiento activo ⁽⁷⁾, el cual es descrito como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas, por lo que se propone que muchas pérdidas funcionales verificadas con el paso del tiempo *pueden ser evitadas*, y muchas pérdidas funcionales de los adultos mayores *pueden ser recuperadas* ⁽⁸⁾.

Estilo de Vida

El estilo de vida es definido por la Organización Mundial de la Salud, en el año de 1986 como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”, aunque no hay una definición exacta que nos hable de estilo de vida saludable, podemos definirla como “un patrón de comportamiento consciente, que se aprende mediante la práctica persistente del conocimiento adquirido, para el cultivo de la sabiduría o disfrute de mayor salud y bienestar humano” ⁽⁹⁾.

En otras palabras, el estilo de vida son todas aquellas actividades elegidas libremente las cuales tienen una repercusión en el estado de salud, que forman parte de la rutina diaria y que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud ⁽¹⁰⁾.

Se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos y hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo y actividad física entre otras ⁽⁹⁾.

Llevar un estilo de vida saludable tiene como consecuencia una mejor calidad de vida, por lo contrario, patrones de estilos de vida negativos hacia la salud, como la



inactividad física, los malos hábitos alimenticios, el alcohol, tabaco, entre otros, están relacionados negativamente sobre la calidad de vida.⁽¹¹⁾

En la actualidad se cuenta con un gran número de instrumentos para evaluar el estilo de vida, pero desafortunadamente pocas cuentan con pruebas de validez y confiabilidad. Algunos de estos se han probado en diferentes poblaciones y en grupos de edades homogéneas, y permiten la prescripción de algunas medidas preventivas con mayor facilidad⁽¹²⁾.

El Instrumento “Fantástico”

Es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de McMaster de Canadá, por Wilson y Ciliska, en 1984 y su versión mexicana en el 2000 por López-Carmona, Et al., con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a conocer y medir los estilos de vida de sus pacientes. Es un cuestionario estandarizado con 30 preguntas cerradas que exploran diez dominios representados por el acrónimo “FANTÁSTICO” sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida, a diferencia de la versión original en inglés donde los dominios son nueve^{(13), (14)}.

La Versión en español del instrumento fue obtenida mediante traducción inglés-español y re-traducción español-inglés por traductores expertos, independientes y cegados, hasta obtener versiones similares en inglés, fue adaptado por un panel de profesionales de la salud para mejor comprensión por los pacientes mexicanos, con alfa de Cronbach de 0.778, lo cual reafirma que la consistencia interna de este test es aceptable.^{(13) (14)}.

Para su valoración cada una de las preguntas puede ser contestada con los puntajes 0: casi nunca, 1: A veces, 2: Casi siempre. Al final el puntaje se multiplica por 2, obteniéndose un rango de puntajes de 0 a 120. Para la evaluación se consideran 5 niveles 0-46 puntos se consideran peligroso, de 47-72 puntos malo, de 73-84 regular, de 85-102 bueno y 103-120 es considerado excelente⁽¹⁴⁾.

Estado cognitivo

Cognición es definido como un proceso de interacción activa con el ambiente que produce conocimiento, constituyendo en un medio para lograr metas, es decir, una acción efectiva que habilita al organismo a continuar existiendo en un ambiente ⁽¹⁵⁾.

El deterioro cognitivo (DC), frecuentemente asociado a la edad, es la manifestación clínica más importante de las demencias son todos aquellos cambios cognitivos asociados con la edad que se reflejan principalmente en una disminución en la velocidad y en la eficiencia del procesamiento intelectual, que se observa desde aproximadamente la quinta década de vida y que tiende a acentuarse en décadas ulteriores ⁽¹⁶⁾.

El deterioro cognitivo leve inicia como una alteración de memoria sin que exista una demencia, es decir, un área gris entre aquellos individuos que se encuentran en el límite inferior de la curva del funcionamiento cognitivo normal y aquellos que se encuentran al inicio de una demencia, dentro de las características clínicas centrales existe evidencia de cambios cognitivos en comparación con un nivel anterior de funcionamiento, alteraciones en una o más de las funciones cognitivas y alteraciones sutiles en el funcionamiento de la vida diaria que no requieren de asistencia y supervisión externa y que permiten al paciente mantener una vida social y laboral independiente ⁽¹⁶⁾. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Criterios Diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve (amnésico)

1.	Quejas de fallos de memoria, corroborados por un informador fiable
2.	Rendimiento cognitivo general normal
3.	Evidencia objetiva de defectos de memoria inferior a 1,5 desviaciones estándar en relación a la media de su edad.
4.	Ausencia de defectos funcionales relevantes en actividades de la vida diaria
5.	Ausencia de criterios diagnósticos de demencia

Cuadro 1. Roselli Mea. Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.2012 Abril; 12(1).



Demencia

Definida como un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar el funcionamiento social y profesional ⁽³⁾, en la que por lo menos dos áreas funcionales se encuentran afectadas una es la memoria y otras están relacionadas con funciones del lenguaje, la percepción, la función visu-espacial, el cálculo, el juicio, la abstracción y la habilidad para resolver problemas ⁽²⁾.

Se han identificado factores de riesgo asociados, como la edad avanzada, sexo femenino, bajo nivel educativo, historia previa de depresión, traumatismo cerebral, etc. ⁽¹⁷⁾, en la cual se va presentando una disminución progresiva de memoria, lenguaje, así como síntomas conductuales y psicológicos, por lo que no solo afecta al individuo, si no que abarca al núcleo en el cual se desarrolla, ya sea familiar, laboral o social.

Dado que es una patología progresiva en el cual se puede observar un declinar paulatino de años de evolución, cursando inicialmente con un deterioro cognitivo leve, en el cual las alteraciones cognitivas que, sin cumplir criterios de demencia ni afectar significativamente la capacidad funcional, representan un deterioro respecto a lo esperado por la edad ⁽¹⁸⁾, por lo que identificar individuos en esta etapa asociado a los factores de riesgo podría modificar el curso de la enfermedad, estos pueden ser tanto genéticos como ambientales, siendo la edad el principal para el desarrollo de demencia, seguido de enfermedades asociadas (especialmente las enfermedades cardiovasculares) o incluso el uso de ciertos fármacos ⁽¹⁸⁾, principalmente la dieta, el ejercicio, la actividad mental, son parte del estilo de vida modificables, que se sospecha podrían prevenir el desarrollo de esta enfermedad.

Algunos autores han propuesto que las personas con mayor escolaridad son más resistentes a los efectos de los procesos demenciales, como resultado de una mayor reserva cognitiva, asociado al mantenimiento de la salud cardiovascular, el



aumento de la actividad física, la estimulación cognitiva y el aumento de la participación de las actividades sociales ⁽¹⁹⁾, esto como parte de un estilo de vida saludable; para valorar la esfera cognitiva se cuentan con diversos test.

El Minimental Test (MMSE) o Prueba de Folstein

Este fue desarrollado por Marshall Folstein en 1975 y modificado en 1987 por Teng y Chang, provee un panorama global de la capacidad cognitiva que se correlaciona con las funciones diarias, que permite el diagnóstico oportuno para detectar deterioro cognitivo mostrando una sensibilidad de 88% y una especificidad de 90%, con un valor predictivo positivo de 29% y un valor predictivo negativo de 99% ⁽²⁾, consta de 11 puntos, divididos en dos secciones: la primera requiere respuestas verbales a la orientación, la memoria y la atención de las preguntas. La segunda sección requiere la lectura y la escritura y abarca la capacidad para nombrar, seguir instrucciones verbales y escritas, escribir una oración y copiar un polígono. Se clasifica la severidad del deterioro en tres niveles: leve, moderado, severo ⁽²⁰⁾.

Antecedentes

En un estudio realizado por Barrantes-Monge, Melba y colaboradores en el año 2007 en el departamento de Geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, en México, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de dependencia funcional y las enfermedades crónicas que se le asocian, incluyendo a un total de 4872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, y actividades instrumentales de la vida diaria, además de la presencia de enfermedades crónicas, obteniendo como resultados que 24% de los mayores de 65 años resulto dependiente de actividades básicas de la vida diaria y 23% en las actividades instrumentadas, encontrándose además que del total de la población encuestada 2838 (9.8%) presentaron deterioro cognitivo, como enfermedad asociada. ⁽²¹⁾



En un estudio realizado por León-Ortiz, P. y cols., en el año 2013 en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en la ciudad de México, con el objetivo de analizar la asociación entre la realización de actividades físicas y cognitivas y la presentación de demencia, utilizando una muestra de población mexicana abierta. Se realizó un estudio transversal analítico en población mexicana urbana y rural igual o mayor de 65 años. Se realizaron evaluaciones cognitivas específicamente el Geriatric Mental State (GMS), el Instrumento Comunitario para la detección de Demencia, la prueba modificada de Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease (CERAD), así como una entrevista informante sobre la funcionalidad y actividad cognitiva de los sujetos en estudio para identificar sujetos con demencia y entrevistas para conocer sus niveles de actividad física y cognitiva. Se realizó un análisis de regresión logística binario para conocer la asociación entre la actividad física y cognitiva y la presentación de demencia. Se incluyeron 2,003 sujetos, de los cuales 180 cursaron con demencia. Al compararlos con los sujetos sin demencia, se encontró en los primeros: mayor edad, niveles menores de educación y mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. La menor participación en actividades cognitivas se asoció a una mayor probabilidad de presentar demencia, así mismo los sujetos con demencia mostraron puntuaciones menores en la escala de actividad física, apoyando la hipótesis de asociación entre menor actividad cognitiva y física y la presentación de demencia. ⁽¹⁹⁾

Por otro lado Fernández Rojas, Xinia, et al en Costa Rica en el año 2006 realizaron un estudio sobre Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006 cuyo objetivo de este artículo es describir los estilos de vida y riesgos de la salud de las personas adultas mayores del Estudio longitudinal de envejecimiento saludable de Costa Rica, se efectuó una entrevista estructurada, mediciones antropométricas, pruebas de funcionalidad física y toma de muestras de sangre y orina en dos visitas, en la encuesta mencionada incluía una evaluación cognitiva (MMSE abreviado), tomados directamente en los hogares de los pacientes, los resultados obtenidos describen



características de riesgo diferenciados por sexo, donde las mujeres presenta mayor obesidad, circunferencia abdominal, depresión o riesgo de depresión, deterioro cognitivo, mayor número de limitaciones físicas, mayor tiempo sin pareja, y en general una auto percepción de su salud como de regular a mala, por su parte los hombres, presentan menor obesidad, menor circunferencia abdominal, un porcentaje mayor con consumos menores a 2000 calorías por día, y son más activos, todo esto a pesar de reportar mayor tiempo fumando y mayor consumo de bebidas alcohólicas, en general los resultados apuntan a menores riesgos para la salud en los adultos mayores del sexo masculino. De un total de 2827 pacientes estudiados encontramos 1342 son hombres y 1485 mujeres, en los grupos de edad 60-80 años (2403) y 80 y más (424) de los cuales 33.9% presentaron un deterioro cognitivo leve, 51.8% moderado y 14.2% severo, por grupo de edad entre 60-80 años se presentaron 37.7% leve, 53.3% moderado y 9.1% severo, mientras que de 80 y más 13% fue leve, 43.6% moderado y 43.5% severo. ⁽²²⁾

En el año 2010 Peláez Sierra, J. realizo un estudio sobre estilo de vida y factores de riesgo en pacientes usuarios de clínica de memoria con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, del servicio de psicogeriatría en hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), esta investigación tuvo como objetivo, aborda a un grupo de 30 pacientes usuarios de la clínica de Memoria del HPFBA, fue un estudio observacional transversal y sin intervención por parte de la investigadora en el fenómeno estudiado mediante un cuestionario de factores socio-demográficos y el SEVic (inventario de salud, estilos de vida y comportamiento) se pudo valorar los estilos de crianza, experiencias emocionales tempranas así como aspectos sociales actuales en relación a pareja, hijos, hermanos, compañeros o ex compañeros de trabajo, determinando su estado de salud actual, con la frecuencia de patologías crónico-degenerativas. La presencia de estilos educativos autoritarios, es una constante en los individuos estudiados con poca satisfacción de su relación de pareja actual. Así mismo, la presencia de enfermedades crónicas en gran parte de ellos habla de una mayor prevalencia de estas entidades dado el incremento de la



esperanza de vida del individuo, siendo esto detonante de diversas molestias psiquiátricas como ansiedad, alteraciones en el sueño, síntomas depresivos, que exacerbaban de alguna manera el deterioro cognitivo leve de los individuos⁽²³⁾.

En otro estudio realizado por los investigadores Ávila Oliva, M., et al en Cuba en el año 2007, en su Estudio Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor, el cual tenía como objetivo caracterizar pacientes con deterioro cognitivo según edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, esfera cognitiva asociada, así como evaluar la severidad de la misma, realizando un estudio observacional con 129 pacientes con deterioro cognitivo del policlínico “Alcides Pino” a los que se les realizaron Minimental State Examination de Folstein modificado, la Escala de Pfeiffer, la Escala de Hughes y una encuesta, previo consentimiento informado, obteniendo como resultado un mayor porcentaje (24.8%) a las edades de 75-79 años, de ellos el 15.5% fue del sexo femenino y el 9.3% del sexo masculino seguido por el grupo de 80-84 años (17.9%) donde también predominó el sexo femenino con 10.1% mientras que el rango de 90 y más predominaron las mujeres con un 5.4% contra un 3.4% en hombres.⁽²⁴⁾

Barrera, M., y cols. en la Universidad de Murcia España en el año 2010 realizaron un estudio cuyo título “Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos” con el objetivo de conocer los porcentajes de adultos que manifiestan cierta predisposición a padecer demencia fronto-temporal (DFT) o demencia tipo Alzheimer (DTA) por el valor obtenido en el coeficiente VLOM (subtest de fluidez verbal + lenguaje / Orientación + recuerdo diferido) y si estos valores pueden variar en función de sexo, edad y años de escolaridad. Se trabajó con 649 sujetos de la ciudad de Río Cuarto y región, Córdoba de los cuales 341 del sexo femenino y 308 de sexo masculino a los cuales se les aplicaron el test VLOM, el Minimental State Examination de Folstein (MMSE) y el Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE), así como una encuesta, obteniendo como resultados por edad con el VLOM que en el grupo de 40-55 años 242 sujetos manifestaron valores dentro de la normalidad, 80 de ellos riesgo o

probabilidad de DFT y 23 probabilidad de DTA, 65-80 años 177 sujetos obtuvieron valores dentro de la normalidad, 83 manifestaron probabilidad de DFT y 44 probabilidad de DTA. Mientras que en MMSE en el primer grupo 315 sujetos lograron valores normales, 27 deterioro cognitivo leve y 3 franco deterior, en tanto que en el segundo grupo 210 muestran valores normales, 68 deterioro cognitivo leve y 26 franco deterior. Finalmente, en el ACE total dentro del primer grupo 134 puntuaron alto en sus desempeños, 101 medio/altos, 72 medio/bajo y 38 bajo. Los del segundo grupo 26 puntuaron alto en sus desempeños, 55 medio/altos, 83 medio/bajo y 140 bajo. ⁽¹⁵⁾

León-Arcila R., Et al., en su estudio Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor, el cual realizaron en la UMF 2 de Querétaro, México en el año 2006, el cual tenía como objetivo determinar la asociación entre deterioro cognitivo y funcional con factores socioeconómicos, laborales, socio-demográficos, enfermedades crónicas y polifarmacia en el adulto mayor, realizando un estudio transversal en 422 adultos de 60 años o mayores a los cuales se les aplicó un cuestionario MMSE y los instrumentos Katz, Lawton y Bronfman, obteniendo como resultados que 244 fueron mujeres, 15 presentaron deterioro cognitivo severo. Por grupo de edad en el grupo de 60-69 años 104 estuvieron dentro de la normalidad, 124 presentaron deterioro cognitivo leve, 44 moderado y 8 severo. 69 a 79 años, 39 estuvieron dentro de la normalidad, 65 leve, 16 moderado y 5 severo, mientras que los >79 años 6 estuvieron dentro de la normalidad, 6 deterioro cognitivo leve 4 moderado y 2 severo. ⁽²⁾

Planteamiento del Problema

El estado cognitivo de las personas es una entidad poco valorada en el primer nivel de atención, pese a ser una entidad cuya incidencia y prevalencia aumenta con la edad, siendo el deterioro cognitivo infra-diagnosticado, con un retraso diagnóstico de 2 a 5 años desde el comienzo de los síntomas, motivado, en parte por la dificultad



para reconocer los síntomas en fases iniciales ⁽²⁵⁾, asociado a esto el estilo de vida o todas aquellas actividades rutinarias que son inculcadas desde el nacimiento y que se modifican a lo largo de la vida y son influenciadas por la sociedad y economía de cada ser, que como se ha mencionado, pueden ser benéficas o nocivas para la salud. Lo que nos lleva a preguntarnos ¿Cual es estado cognitivo de la población actual?, ¿Qué tipo de estilo de vida se presenta predominantemente en esta población?

Justificación

Actualmente no se cuentan con estadísticas específicas que valoren la frecuencia de esta patología específicamente en el municipio de Cuernavaca, de hecho, según el INEGI en el estado de Morelos en el año 2010, se censaron tan solo 371 personas de 60 a 69 años las cuales presentaban limitaciones mentales, incluidas aquí los trastornos de conciencia, retraso mental o alteraciones de conducta del individuo con otras personas en su entorno, de estas, en el Municipio de Cuernavaca en el grupo de edad de 60-64 años se cuentan con 45 y de 65-69 años 38. ⁽²⁷⁾

Por lo que el presente estudio pretende evaluar la frecuencia de esta entidad, tomando como referencia sujetos entre 60-70 años, dado que en este rango de edad se ha visto el inicio de una disminución de las funciones cognitivas y de esta manera poder dar un tratamiento temprano y así evitar el desarrollo de algún tipo de demencia. A su vez, el valorar el estilo de vida que con más frecuencia se maneja se podrá promover el llevar estilos de vida saludable de manera preventiva para evitar el desarrollo de esta patología y otras propias de la edad adulta.

Objetivo General

Correlacionar el deterioro cognitivo y el estilo de vida en adultos de 60 a 70 años de edad, de la Consulta Externa de Medicina Familiar de HGR c/MF no 1 de Cuernavaca, Morelos.



Objetivos Específicos

1. Caracterización socio-demográfica de los adultos de 60-70 años que acude a la consulta externa de medicina familiar en el HGR c/MF no 1 de Cuernavaca, Morelos.
2. Identificar la frecuencia de deterioro cognitivo en adultos de 60 a 70 años de la Consulta Externa de Medicina Familiar de HGR c/MF no 1 de Cuernavaca, Morelos.
3. Identificar el estilo de vida de los adultos de 60-70 años que acude a la consulta externa de medicina familiar en el HGR c/MF no 1 de Cuernavaca, Morelos.

Hipótesis

Si el envejecimiento y un mal estilo de vida aumentan el riesgo de presentar deterioro cognitivo, entonces el llevar un estilo de vida saludable disminuye en un 10% el riesgo de padecerlo ⁽²¹⁾.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio: Descriptivo

Enfoque: Cuantitativo

Alcance de la investigación: Investigación Correlacional

Diseño: Estudio transversal

Características:

- Por la manipulación de variables: Observacional
- Por el número de mediciones: Transversal
- Por la temporalidad de los hechos: Prospectivo



Tamaño de Muestra

Se utilizará la fórmula para determina una proporción. (Cuadro 2)

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{i^2} \quad n=196$$

Donde:

n= tamaño de muestra

$z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ Valor correspondiente a la distribución de gauss (Valor estandarizado de IC $\alpha = 0.05$)

p= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar (p=0.1)

q=1-p (si p=10%, q= 90%) (q=0.9)

i= error que se prevé cometer 4.2% (i=0.042)

Cuadro 2. Tamaño muestra con diferentes IC y proporción 10%

i= 10% (0.10)	n= 34.57
i= 4.2% (0.042)	n= 138.28
i=1% (0.01)	n= 3457

Criterios de Inclusión

Hombres y Mujeres de entre 60 a 70 años

Pacientes que acepten Participar



Criterios de Exclusión

Paciente con Diagnostico de Demencia al momento del estudio

Pacientes con algún tipo de déficit neurológico ya diagnosticado al momento del estudio

Uso de tratamientos psiquiátricos.

Criterios de eliminación

Encuestas sin terminar

Pacientes que se encuentren fuera del rango de edad establecido

Operacionalización de las Variables

- **Variable:** Nivel Cognitivo
 - **Definición:** Cambios cognitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en una disminución en la velocidad y en la eficiencia del procesamiento intelectual.
 - **Función de Variable:** Dependiente
 - **Tipo de Variable:** Cuantitativa
 - **Escala de Medición:** Ordinal
 - **Instrumento de Medición:** Cuestionario preguntas 41-52
 - **Indicador:** Normal 30 pts; Déficit Cognitivo 29-24 pts; Deterioro cognitivo leve 23-19 pts; Deterioro cognitivo Moderado 18-14 pts; Deterioro Cognitivo grave < 14 pts.



- **Variable:** Estilo de Vida
 - **Definición:** Actividades discrecionales con impacto significativo en el estado de salud, que forman parte regular de un patrón diario de vida, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.
 - **Función de Variable:** Independiente
 - **Tipo de Variable:** Cuantitativa
 - **Escala de Medición:** Ordinal
 - **Instrumento de Medición:** Test Fantástico Cuestionario preguntas 11-40
 - **Indicador:** 0-46 puntos peligroso, de 47-72 puntos malo, de 73-84 regular, de 85-102 bueno y 103-120 es considerado excelente

- **Variable:** Edad
 - **Definición:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
 - **Función de Variable:** Dependiente
 - **Tipo de Variable:** Cuantitativa
 - **Escala de Medición:** Cuantitativa Continua
 - **Instrumento de Medición:** Cuestionario pregunta 2
 - **Indicador:** Edad en años

- **Variable:** Sexo
 - **Definición:** Condición Biológica que distingue a las personas en hombres o Mujeres
 - **Función de Variable:** Co-Variable
 - **Tipo de Variable:** Cualitativa
 - **Escala de Medición:** Nominal
 - **Instrumento de Medición:** Cuestionario pregunta 3
 - **Indicador:** Masculino; Femenino



- **Variable:** Estado Civil
 - **Definición:** Situación particular de las personas en relación con la institución del Matrimonio.
 - **Función de Variable:** Co Variable
 - **Tipo de Variable:** Cualitativa
 - **Escala de Medición:** Nominal
 - **Instrumento de Medición:** Cuestionario pregunta 6
 - **Indicador:** Soltero/Separado/Viudo; Casado/Unión Libre.

- **Variable:** Grado Máximo de Estudios
 - **Definición:** Nivel o Grado Máximo de Estudios
 - **Función de Variable:** Co Variable
 - **Tipo de Variable:** Cualitativa
 - **Escala de Medición:** Nominal
 - **Instrumento de Medición:** Cuestionario pregunta 7
 - **Indicador:** Nula, Básica, Media Superior; Superior

- **Variable:** Ocupación
 - **Definición:** Actividad o trabajo
 - **Función de Variable:** Co Variable
 - **Tipo de Variable:** Cualitativa
 - **Escala de Medición:** Nominal
 - **Instrumento de Medición:** Cuestionario pregunta 9
 - **Indicador:** Hogar, Empleado, Obrero, Comerciante, Pensionado/Jubilado.

- **Variable:** Padecimientos
 - **Definición:** Enfermedad o alteración de la salud
 - **Función de Variable:** Co Variable



- **Tipo de Variable:** Cualitativa
- **Escala de Medición:** Nominal
- **Instrumento de Medición:** Cuestionario pregunta 10
- **Indicador:** HAS, DM2, Dislipidemia, Cardiopatías, Otros, Ninguna.

Recolección de Datos

Se envió proyecto de investigación al comité local de investigación en salud 1702 para su aprobación, obteniendo autorización para realizar dicho protocolo de investigación con el número de registro R-2016-1702-27, informando al subdirector médico a cargo de la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF detalles del protocolo de investigación, explicando sus objetivos, obteniendo autorización para realizarlo.

Acudiendo a la sala de espera de la consulta externa del HGR c/ MF no 1 de Cuernavaca, Morelos, en ambos turnos, durante los meses de Enero a Septiembre del 2016, encuestando a los derechohabientes mayores de 60 años, que cumplieran con los criterios de selección, informando previamente sobre los objetivos del estudio y solucionando dudas sobre el mismo; solicitando autorización por medio de consentimiento informado a todos aquellos que aceptaron participar.

Solicitamos la respuesta por parte del derechohabiente al cuestionario el cual consistía de tres fracciones, la primera en preguntas abiertas para caracterizar a la población, en segundo término se aplicó el Test “Fantástico”, para valorar estilo de vida y finalmente se administró el Minimental test de Folestein, para valorar estado cognitivo, con una duración aproximada de 15 min.

Al término de la recolección de datos se realizó una base de datos en Excel, para posteriormente realizar un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y posteriormente se efectuó un análisis univariado a las variables cuantitativas midiéndose tendencia central (moda, media, mediana) y



medidas de dispersión (desviación estándar, rango); a las variables cualitativas se les midió frecuencia y porcentajes, con el programa stata 12.0.

El análisis bivariado se realizó una prueba estadística de exacta de Fisher en las variables cuantitativas, y una prueba no paramétrica para valorar grupos con Kruskal-Wallis.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se llevó a cabo de acuerdo a los principios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud principalmente en su título primero (Disposiciones generales que tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, el cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social) y en el segundo (De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos)⁽²⁷⁾

Siguiendo los principios éticos de Beneficencia, justicia, autonomía y confidencialidad descritas en la declaración de Belmont y realizando un consentimiento informado sobre el proyecto basándose en la declaración de Helsinki. Se solicitó a cada participante la firma de un consentimiento informado de forma voluntaria.

Calificando la investigación de acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud con un riesgo mínimo obteniendo datos por medio de procedimientos comunes.

Resultados

Mediante una entrevista directa a 196 adultos mayores de entre 60 y 70 años de la consulta externa del HGR/MF n°1 de Cuernavaca Morelos, se encontró que en su



mayoría 143 pacientes (73%) eran del sexo femenino (Figura 2), con una edad promedio de 64.68 ± 3.51 años (Cuadro 3).



Cuadro 3. Edad promedio de Adultos Muestreados

n=196	Media
Edad	64.68 ± 3.51

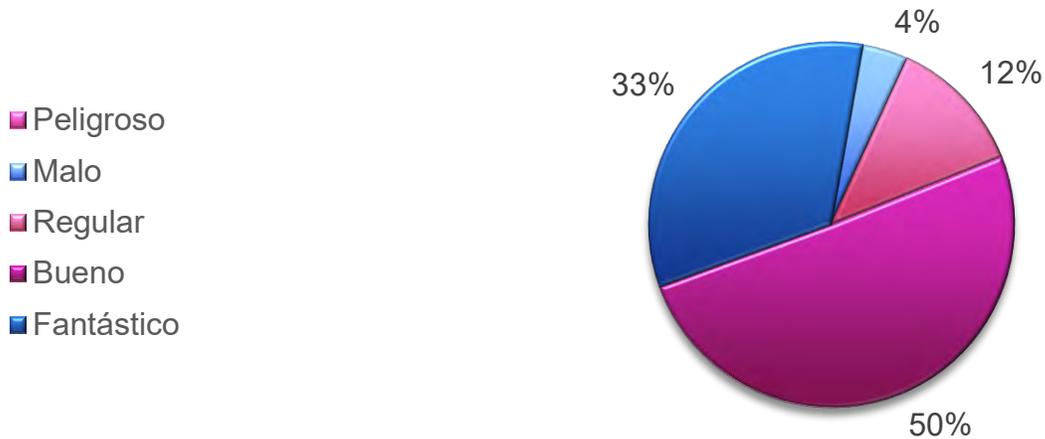
Al caracterizar a la población encontramos que la localidad representativa del estudio fue Cuernavaca con 163 (88.6%) de participantes, con un estado civil casado/Unión libre en 109 (55.6%) de ellos. La escolaridad predominante es el nivel básico presentándose en 110 participantes (56.1%), mientras que la ocupación más representativa es el hogar en 90 pacientes (45.9%), seguido de aquellos que se encuentran pensionados o jubilados refiriéndolo 50 personas (25.5%). En cuanto a las patologías, encontramos que 40 (20.4%) niegan padecer alguna enfermedad, mientras que HAS se presenta en 38 (19.4%) de los pacientes seguido de HAS y DM en 36 (18.3%) de los pacientes interrogados. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Características Sociodemográficas

Variables	Características	Frecuencia	%
Localidad	Cuernavaca	163	83.6%
	Jiutepec	26	13.2%
	Xochitepec	1	0.5%
	Yautepec	6	3.0%
Estado Civil	Casado/U. Libre	109	55.6%
	Soltero/Separado/Viudo	87	44.4%
Escolaridad	Nula	16	8.2%
	Básica	110	56.1%
	Media Superior	46	23.5%
	Superior	24	12.2%
Ocupación	Hogar	90	45.9%
	Empleado	20	10.2%
	Obrero	11	5.6%
	Comerciante	25	12.7%
	Pensionado/Jubilado	50	25.5%
Patologías	Negados	40	20.40%
	HAS	38	19.40%
	DM2	24	12.20%
	HAS-DM2	36	18.30%
	Otros	58	29.60%

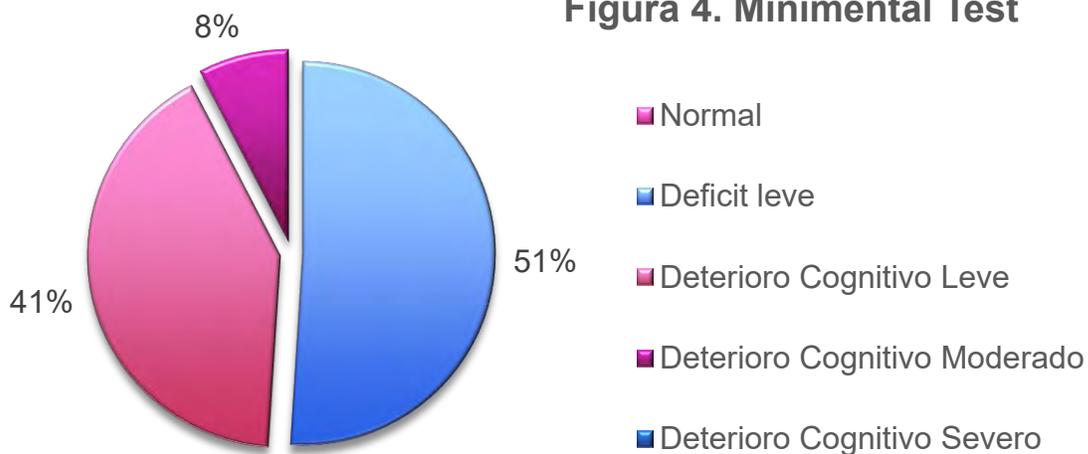
Al valorar los resultados obtenidos con el instrumento FANTÁSTICO, encontramos que los estilos de vida de la muestra eran en su mayoría favorables, manifestando 65 de los participantes (33%) un estilo de vida fantástico, y 99 de ellos (50%) bueno, mientras que el resto se mostraba un estilo de vida regular o malo 25 (13%) y 7 (4%) de los participantes cada uno. (Figura 3)



Figura 3. Instrumento Fantástico

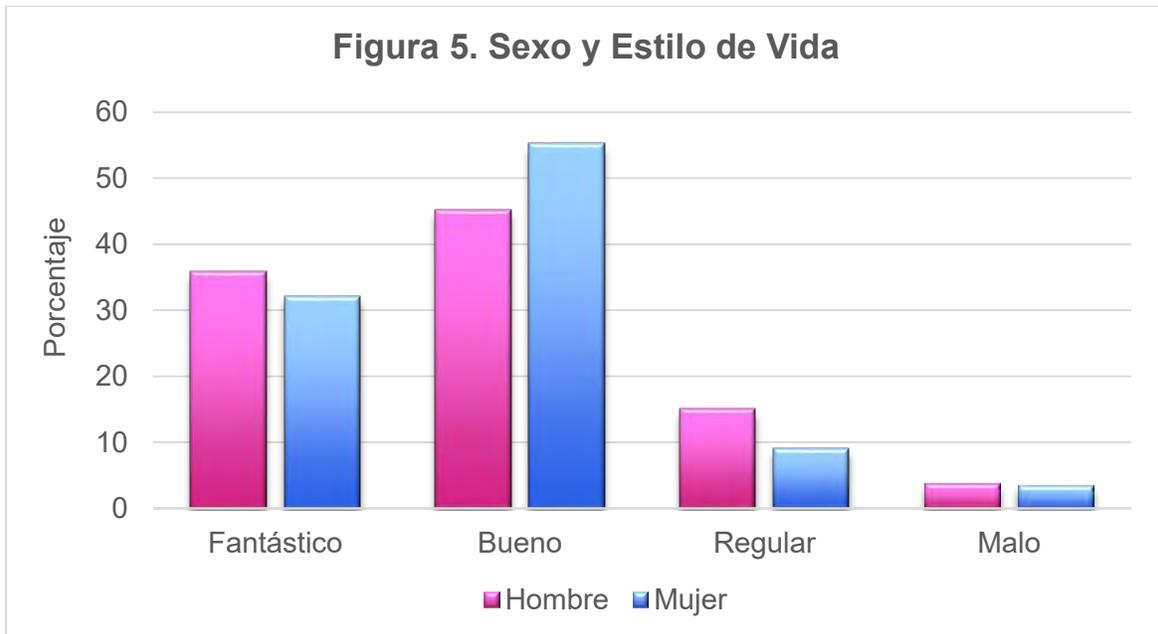
n=196

El estado cognitivo, valorado por el Minimental Test de Folestein, más frecuente encontrado, en 100 (51%) adultos fue el déficit cognitivo con puntajes entre 29-24, mientras que 96 (49%) algún grado de deterioro cognitivo con puntajes menores a 24. (Figura 4)

Figura 4. Minimental Test

n=196

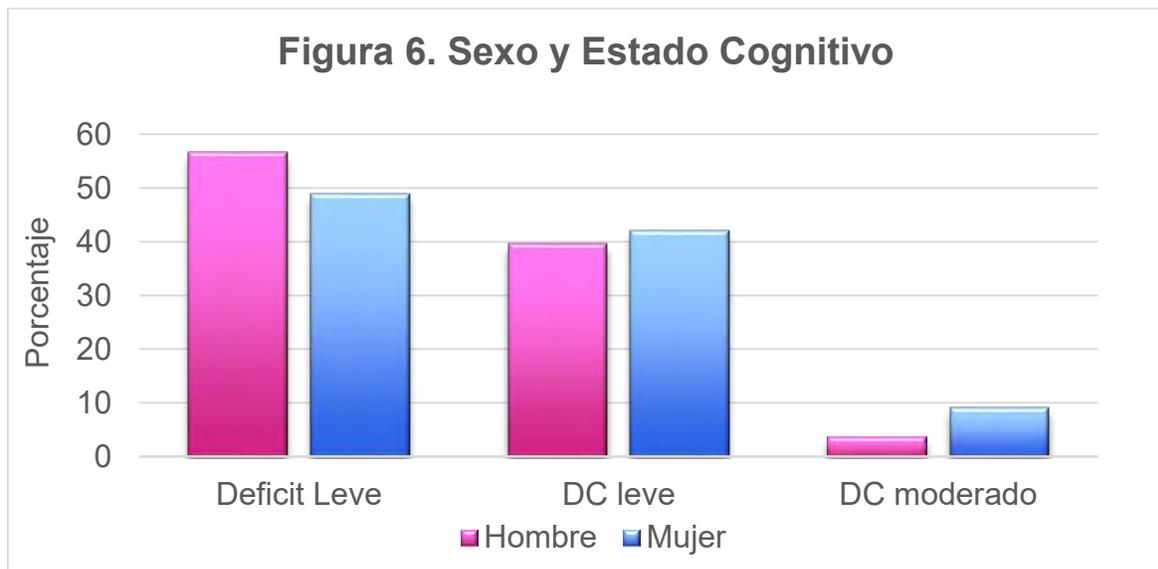
La frecuencia de estilo de vida clasificado según el sexo, muestra que las mujeres presentan un estilo de vida fantástico en 46 (32.1%) del total de encuestadas, y 79 (55.2%) bueno, mientras que 19 (35.84%) y 24 (45.2%) de los hombres respectivamente. (Figura 5)



n=196

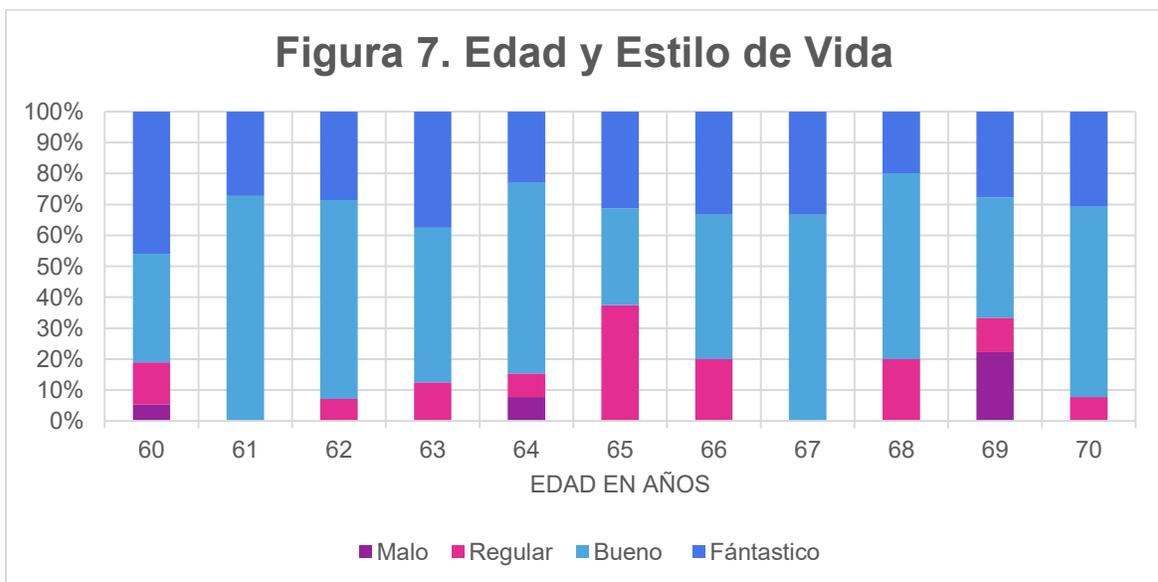
En relación al estado cognitivo según el sexo, se encontró que el 30 (56.6%) del total de hombres encuestados presenta un déficit cognitivo, 21 (39.6%) deterioro cognitivo leve y tan solo 2 (3.7%) un deterioro cognitivo moderado, mientras que en sexo femenino 70 (48.95%), 60 (41.96%) y 13 (9%) respectivamente de las 143 mujeres encuestadas, presentando mayor grado de deterioro cognitivo el sexo femenino. (Figura 6)





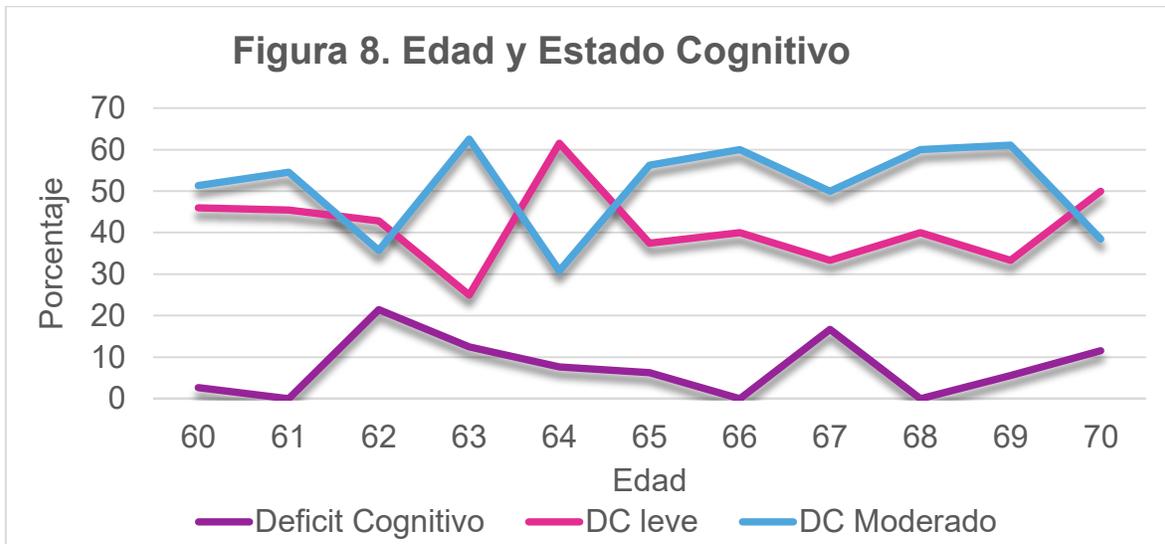
n=196

Encontramos que el estilo de vida fantástico se presenta más frecuentemente en el rango de edad de 60 años presentándose en 17 (45.9%) del total de personas de esa edad, mientras que el estilo de vida malo en aquellos de 69 años en 4 (22.22%) sujetos de esa edad, mostrándose el estilo de vida bueno más frecuentemente en la mayoría de las edades. (Figura 7)



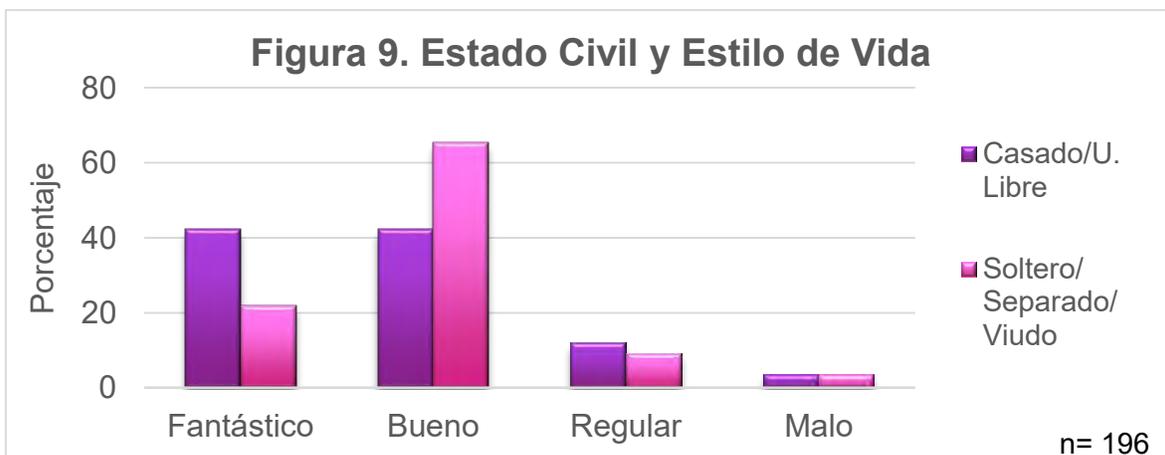
n=196

En cuanto al déficit cognitivo se encontró con más frecuencia en la edad de 62 años, presentándose en 3 (21.43%) sujetos de esa edad, mientras el deterioro cognitivo leve en aquellos con 64 años 8 (61.54%) personas y el deterioro cognitivo moderado en la edad de 63 y 69 años, presentándose en 15 (62.50%) y 10 (61.11%) personas respectivamente. (Figura 8)



n=196

En cuanto al estado civil, aquellas persona que viven solas (solteros o separados) presentan 19 (21.84%) un estilo de vida Fantástico, 57 (65.52%) Bueno; mientras que 46 (42.2%) de aquellos que son casados o en unión libre, en ambos rubros. (Figura 9).



n= 196

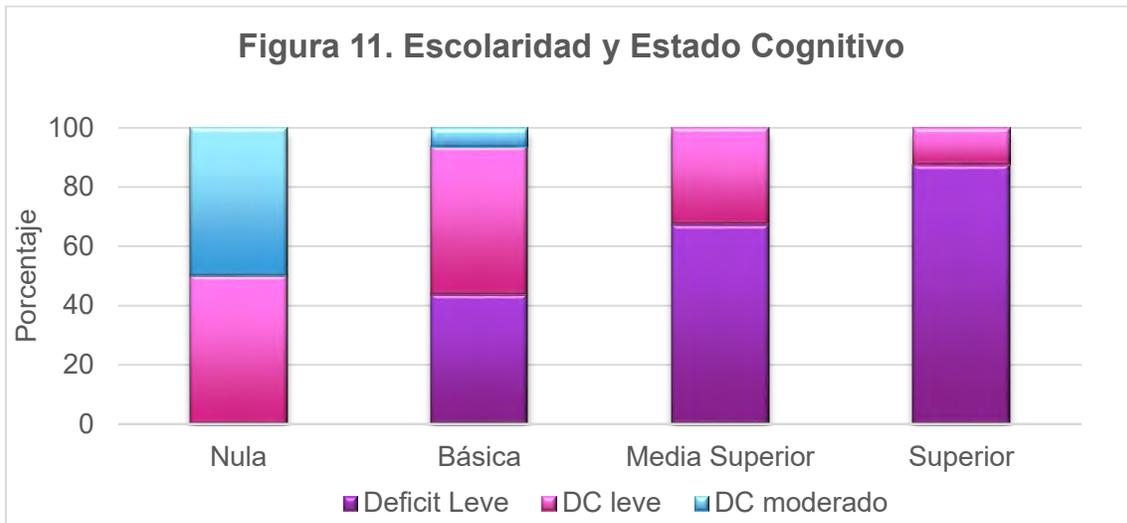


Se encontró que aquellos pacientes que no cuentan con estudios presentan predominantemente un estilo de vida regular representado en 11 pacientes (68.7 %), mientras que aquellos con educación básica y media superior un estilo de vida bueno en 61 (55.4 %) y 26 (56.5%) respectivamente, en aquellos con escolaridad superior refieren llevar un estilo de vida fantástico en 13 (54.1%) de los casos. (Figura 10)



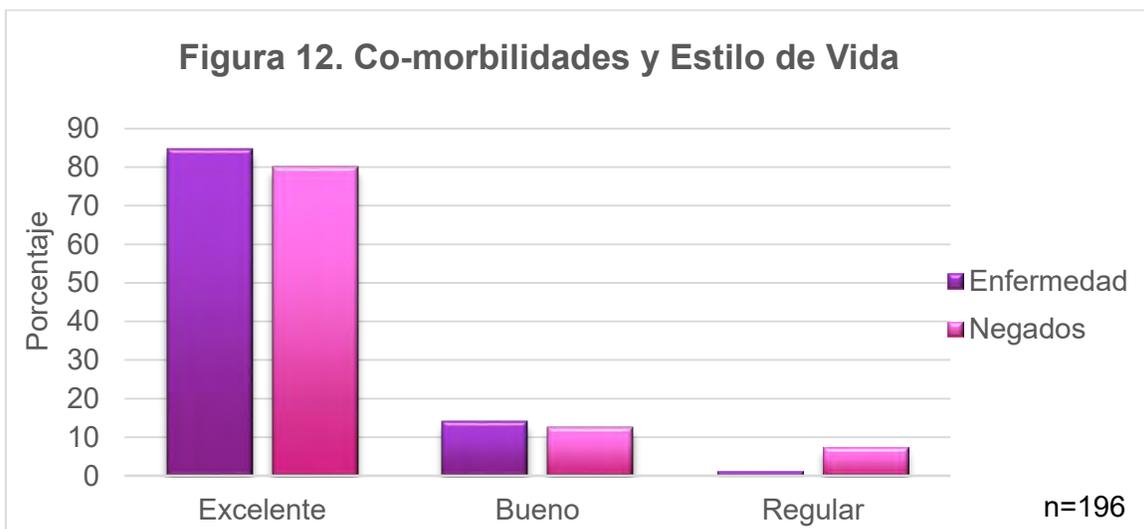
n=196

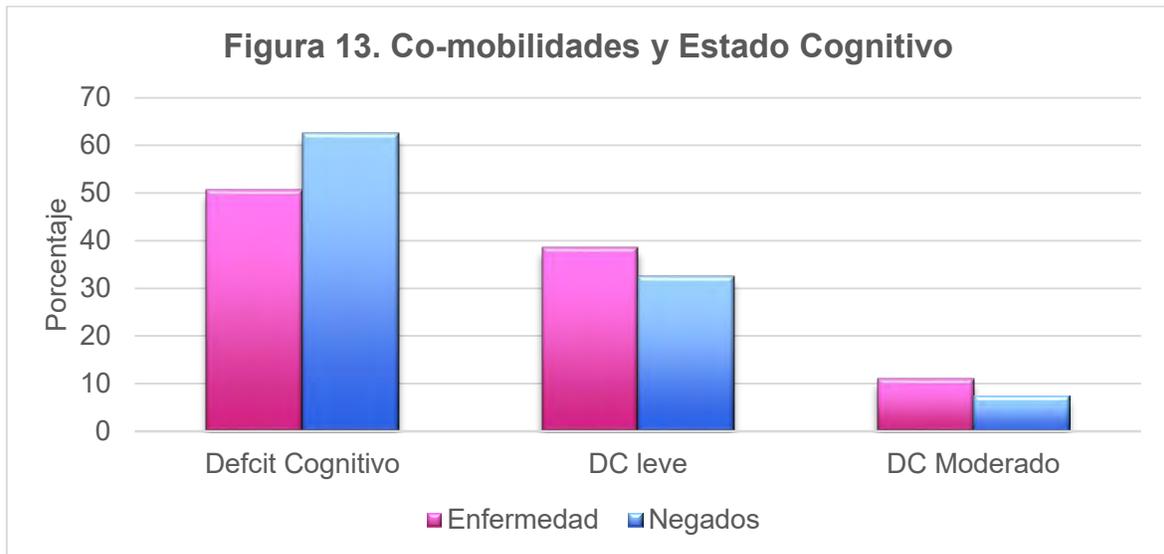
En cuanto al estado cognitivo, se encontró que aquellos que no cuentan con ningún tipo de educación presentan un deterioro cognitivo leve o moderado en 8 pacientes (50%) cada uno, aquellos con educación básica presentan un deterioro cognitivo leve mostrado en 55 adultos muestreados (50%), mientras que 48 (43.6%) del mismo grupo tan solo un déficit cognitivo, se observa que aquellos con un nivel medio superior o superior se presenta tan solo un déficit cognitivo en 31 (67.3%) y 21(87.5%) de los casos. (Figura 11)



n=196

En cuanto a las co-morbilidades presentadas se re-categorizaron los pacientes según si presentaban alguna patología o si fue negada, encontrando de esta manera que había gran variabilidad en cuanto al estilo de vida o el estado cognitivo de los pacientes, ya que 132 (84.6%) de aquellos que presentaban alguna enfermedad manifesto un estilo de vida fantástico, al igual que 32 (80%) de aquellos que las negaban. En cuanto al estado cognitivo 79 (50.6%) de los que referían alguna co-morbilidad presentaban un déficit cognitivo, mientras que 24 (62.5%) de aquellos que la negaban. (Figuras 12 y 13)





n=196

Al análisis bivariado para relacionar Estilo de Vida y Estado cognitivo, se realizó un análisis estadístico con exacta de Fisher con un valor de $p= 0.486$, no siendo estadísticamente significativo. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Relación estilo de vida y Estado cognitivo

MMS	DC Moderado	DC leve	Déficit Cognitivo	Total
<i>Fantástico</i>				
<i>Malo</i>	1	2	4	7
	14.29	28.57	57.14	100
<i>Regular</i>	1	11	13	25
	4.00	44.00	52.00	100
<i>Bueno</i>	11	41	47	99
	11.11	41.41	47.47	100
<i>Excelente</i>	2	27	36	65
	3.08	41.54	55.38	100
<i>Total</i>	15	81	100	196
	7.65	41.33	51.02	100

Hemos re-categorizado las variables en grupos de acuerdo al puntaje obtenido en los instrumentos correspondientes, considerando estilo de vida bueno, todos aquellos con puntajes mayores a 85, y malo todos aquellos menores a 85 puntos. En relación al estado cognitivo, se re-categorizaron en Déficit Cognitivo, con puntaje mayor a 24 y Deterioro aquellos con puntajes menores. Con esto realizamos una asociación entre el Estado Cognitivo y el Estilo de Vida obteniendo un OR= 0.90 con un IC de 0.92-1.93, no siendo estadísticamente significativo. (Cuadro 6)

Cuadro 6.	Deterioro Cognitivo	Déficit cognitivo	Total
<i>Estilo de vida malo</i>	15	17	32
<i>Estilo de vida Bueno</i>	81	83	164
<i>Total</i>	96	100	n=196

Al considerar la edad, dividimos la población total en dos grupos de 60-65 y 65-70 años, suponiendo que a mayo edad existirá un mayor deterioro cognitivo obteniendo los siguientes resultados. (Cuadro 7 y 8)

Edad 60-65

Cuadro 7.	Deterioro Cognitivo	Déficit cognitivo	Total
<i>Estilo de vida malo</i>	9	10	19
<i>Estilo de vida Bueno</i>	48	48	96
<i>Total</i>	57	58	n=115

OR= 0.90 con IC 0.33-2.42

Edad 66-70

Cuadro 8.	Deterioro Cognitivo	Déficit cognitivo	Total
<i>Estilo de vida malo</i>	6	7	13
<i>Estilo de vida Bueno</i>	33	35	68
<i>Total</i>	39	42	n=81

OR=0.90 con IC 0.27-3.00



En ambos casos los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos.

Por otro lado se relacionó el Estilo de Vida con la edad de los pacientes encuestados, realizándose un análisis no paramétrico al no cumplir con uno de los supuestos estadísticos, aplicando una prueba de Kruskal-Wallis obteniendo un valor de $p=0.5449$. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Relación Edad con Estilo de Vida		
<i>Estilo de Vida</i>	Edad	P= 0.5449
<i>Malo</i>	69 (60-69)	
<i>Regular</i>	65 (63-66)	
<i>Bueno</i>	64 (62-68)	
<i>Excelente</i>	63 (60-67)	

Del mismo modo se relacionó el Estado Cognitivo (EC) con la edad de los pacientes encuestados, aplicando igualmente la prueba no paramétricas de Kruskal-Wallis obteniendo un valor de $p=0.8574$. (Cuadro 10)

Cuadro 10. Relación Edad con Estado Cognitivo		
<i>Estado Cognitivo</i>	Edad	P= 0.8574
<i>DC Moderado</i>	64 (62-69)	
<i>DC Leve</i>	64 (61-68)	
<i>Déficit Cognitivo</i>	65 (61.5-68)	

Discusión

Actualmente el deterioro cognitivo, representa un problema de salud a nivel mundial, debido a esto, pesé a esto el diagnosticar dicha patología, así como prevenir las causas de la misma no se realizan de manera adecuada en el primer nivel de atención, permitiendo la progresión de la enfermedad de fases iniciales como son el deterioro cognitivo hasta la demencia motivado, en parte por la dificultad para

reconocer los síntomas en fases iniciales.

El estudio actual se enfoca en edades límites de 60 a 70 años, ya que la incidencia de la enfermedad es por arriba de los 65 años, con un retraso diagnóstico de 2 a 5 años, en comparación con los estudios citados donde se valoraron personas por arriba de 60 años sin límite de edad.

En un estudio realizado por León-Ortiz, P. y cols., en el año 2013 en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en la ciudad de México, los resultados obtenidos de un total de 2,003 sujetos, el 8.9% presentaron demencia.⁽¹⁹⁾ Sin embargo en nuestro estudio, pese a un alto índice de deterioro cognitivo, siendo el 8% moderado, no hubo ningún caso con deterioro cognitivo severo.

Por otro lado Fernández rojas, Xinia, et al en Costa Rica en el año 2006 realizaron un estudio sobre Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006 en este estudio los adultos mayores entrevistados durante la primera ronda del estudio CRELES, eran 52.5% del sexo femenino, el 85% tenían edad entre 60 y 79 años, y la mitad de ellos no completo la primaria, en la evaluación del estado cognitivo se encontró que el 51.8% mostraron deterioro moderado y un 14.2% severo, siendo más frecuente en las mujeres, aumentaba con la edad y era ligeramente superior en las personas adultas mayores residentes fuera del área metropolitana. Similar al estudio que hemos realizado donde hemos encontrado un predominio notable en mujeres encuestadas (73%), sin embargo tan solo el 8.2% refiere una escolaridad nula, así mismo se encontró una diferencia notable en la valoración del estado cognitivo ya que en el presente estudio se encontró un deterioro cognitivo leve en el 41% y tan solo el 8% un deterioro cognitivo moderado, sin presencia de deterioro cognitivo severo.

A pesar de haber valorado estilos de vida y sus riesgos para la salud no clasifican los estilos de vida, describiendo hábitos y su relación con la salud de los diferentes



sujetos encuestados. En este estudio se ha clasificado el estilo de vida de acuerdo a diferentes dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales, similares con el estudio realizado en Costa Rica, encontrando un estilo de vida fantástico y Bueno en el 33% y 50% de la población encuestada y malo en tan solo el 4% de la misma.

En el año 2010 Peláez Sierra, J. realizó un estudio sobre Estilo de vida y factores de riesgo en pacientes usuarios de clínica de memoria con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, del servicio de psicogeriatría en hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), en la Ciudad de México, teniendo como criterio de inclusión la presencia de deterioro cognitivo leve, obteniendo como resultados que el 63.3% de la población era del sexo femenino, teniendo como escolaridad dominante en un 33.3% primaria, y el nivel profesional en un 20%, la valoración del estilo de vida que se utilizó valora hábitos de vida, adaptabilidad y crianza, dando resultados independientes en cada rubro cuestionado, no clasificando el estilo de vida en su totalidad.

Los investigadores Ávila Oliva, M., et al en Cuba en el año 2007, en su Estudio Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor se encontró que el 57.4% de los pacientes estudiados correspondía al sexo femenino, a comparación de nuestro estudio donde el sexo femenino domina en un 73%, valorando con mayor frecuencia edades de 75-79 años en 24.8% mientras que el grupo de 60-64 y 65-69 se presentó en 9.3 y 10.8% de los casos, a diferencia de nuestro estudio donde el 100% de la población se presenta entre 60-70 años. Al evaluarse el grado de severidad del deterioro cognitivo según la escala de Hughes resultó que 50.4% presentaba un Deterioro cognitivo leve, siendo predominante en el sexo femenino en 31%; 27.1% presentaba un deterioro cognitivo moderado, predominando igualmente el sexo femenino en un 14.7%; además de identificarse 11.6% de pacientes con deterioro cognitivo severo, siendo casi equivalente en hombres y mujeres en un 6.2 y 5.4% respectivamente. A diferencia de nuestro estudio donde encontramos un deterioro cognitivo leve en el 41% de los casos y 8% deterioro cognitivo moderado, sin encontrar en ningún

caso deterioro cognitivo severo, en cuanto a su frecuencia por sexo encontramos que 41.96% de las mujeres encuestadas presenta un deterioro cognitivo leve y 9% deterioro cognitivo moderado.

León-Arcila R., Et al., en su estudio Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor, el cual realizaron en la UMF 2 de Querétaro, México en el año 2006, donde se encontró que de los 422 individuos encuestados 66% contaba con 60-69 años de edad, de los cuales 37% no presentaban ningún grado de deterioro cognitivo, 44% un deterioro cognitivo leve, 16% moderado y 3% severo. Similar a lo encontrado en nuestro estudio, donde 51% de la población estudiada presentaba déficit cognitivo, considerado como límite de lo normal, 41% presenta un deterioro cognitivo leve, 8% un deterioro cognitivo moderado.

Observamos que al igual que el resto de los estudios consultados el predominio del género femenino es una constante, pese a los diferentes números de población evaluados, quizá una limitante para la variación y determinación del estado cognitivo fuera el rango de edad establecido para valoración, sin embargo en varios estudios se encontraron similitudes en la frecuencia y clasificación del estado cognitivo, hemos realizado un análisis bivariado de kruskal-Wallis obteniendo un valor de $p=0.8574$, no siendo estadísticamente significativo, e incluso observamos que la variación de medias para la edad y los diferentes grados de deterioro no es específico, por lo que tendrían que realizarse nuevos estudios con mayor población, e incluso más rango de edad para corroborar la hipótesis planteada.

Otro parámetro que hemos evaluado es el estilo de vida, que pese a evaluarse en otros estudios no describen una clasificación compartiva de los diferentes rubros estudiados, como son hábitos de vida o alimenticios, toxicomanías, entre otros, la evaluación realizada en este estudio reporta que la mitad de la población encuestada presenta un buen estilo de vida, al correlacionarlo con la edad realizada con la prueba estadística de Kruskal-Wallis, obteniendo un valor de $p=0.5449$, sin ser estadísticamente significativo, sin embargo al variación de la media de la edad



en la muestra tomada encontramos que a menor edad se presenta un mejor estilo de vida.

Al correlacionar el estilo de vida con el estado cognitivo, realizándose una prueba estadística de Fisher con un valor de $p= 0.486$, no siendo estadísticamente significativo, sin embargo encontramos una débil asociación positiva de que a mejor estilo de vida, mejor estado cognitivo, es decir que podríamos corroborar nuestra hipótesis inicial, puede que por la limitante del tamaño de la muestra, no encontremos asociaciones más elevadas

Se agruparon los resultados obtenidos en variables dicotómicas, realizando así una razón de productos cruzados, obteniendo un $OR= 0.90$ con un IC de $0.92-1.93$ no obteniendo resultados estadísticamente significativos, es decir, no encontramos una asociación entre el estilo de vida y el riesgo de presentar deterioro cognitivo, sin embargo, al considerar la variable edad como una variable mas a tomar en cuenta, hemos reagrupado nuestros resultados en aquellos menores y mayores de 65 suponiendo que a mayor edad se presentara un mayor deterioro cognitivo, obteniendo de igual manera $OR=0.90$ en ambos grupos, con un IC de $0.22-2.42$ y $0.27-3.00$ respectivamente, descartando así la hipótesis inicial que a mayor edad peor estilo de vida y mayo deterioro cognitivo.

En el presente estudio encontramos como limitante principal el número total de los pacientes muestreados, ya que al aumentar el tamaño de muestra se podrían modificar los resultados, además del límite de edad planteado, se podría tomar en cuenta un mayor rango de edad para poder hacer una comparación más extensa, teniendo en claro la necesidad de realizar más estudios similares y así poder dar un tratamiento a los pacientes con deterioro cognitivo y por otro lado determinar los factores de riesgo y de la misma manera poder implementar medidas preventivas de esta patología que va en aumento.



Conclusiones

El Estado cognitivo de los pacientes mayores de 60 años es un parámetro que se debe de evaluar en la consulta de atención primaria, ya que el deterioro cognitivo está representando un problema de salud pública, a nivel nacional e internacional, que va en aumento, pese a la carencia estudios de esta patología en nuestro país y más específicamente en el estado de Morelos.

A pesar de no ser una patología la cual pueda manifestarse desde sus primeras etapas, o cuyas manifestaciones puedan confundirse con otras patologías, las complicaciones que se presentan y por ende las necesidades económicas de los familiares así como de las instituciones de salud pueden llegar a ser sobrepasadas por esta enfermedad, así mismo el gasto físico para los familiares y la necesidad en algunos casos de cuidadores para los mismos, puesto que en muchas ocasiones las complicaciones pueden llegar a limitar la independencia de las personas afectas.

Encontrando en el presente estudio que la frecuencia de esta enfermedad sobrepasa lo esperado, ya que se si bien se encontró en un 51% de la población encuestada solo un déficit cognitivo, la evolución de la enfermedad en un corto plazo pueda encontrarse un aumento en la frecuencia de deterioro cognitivo leve o moderado y llegar a encontrarse un grado severo.

Cabe mencionar que la frecuencia de esta enfermedad es por arriba de los 70 años, así que el encontrar algún grado de deterioro por debajo de estas edades hace que tengamos que actuar, evaluando, diagnosticando y previniendo la evolución de esta enfermedad.



Referencias Bibliográficas

1. Guitiérrez-Robledo LM, Ávila-Fematt FM. La geriatría en México. El Residente. 2010 Noviembre; V(2): p. 43-48.
2. De León Arcilla R, Millán Suazo F, Camacho Calderón N, Arévalo Cedano RE, Escartín Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009 Marzo; 47(3): p. 277-284.
3. Hughes T, Ganguli M. Factores de riesgo de demencia en la vejes modificables en las etapas medias de la vida. Rev Neurol. 2010 Mayo; 51(5): p. 259-262.
4. Plan de Accion de Alzheimer y otras Demenicas. México: Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Geriatria; 2014.
5. Orodrica Mellado, M. Momentos estelares en la dinámica demográfica del México de ayer, hoy y mañana. México: Secretaria de Gobernación, Consejo Nacional de Población; 2014.
6. INEGI. [Online].; 2010 [cited 2015 septiembre 20. Available from: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/.
7. Hernández López M, Murguía Salas MV, Hernández Vázquez MR. Envejecimiento prospectivo y su relación con la discapacidad en México. México, D.F.: Secretaria de Gobernación, Consejo Nacional de Población; 2014.
8. Brigeiro M. "Envejecimiento exitoso" y "Tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería. 2005 Marzo; 23(1): p. 102-109.

9. Guerrero Montoya LR. Estilo de Vida y Salud. Artículos Arbitrados. 2010 Febrero; 14(48).
10. Carrillo Toledo MG, Valdés González NE, Domínguez Sánchez MM, Marín Farfán SF. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. UniverSalud. 2010 Septiembre; 6(12).
11. Hernández Murúa JA, Salazar Landeros MM, al E. Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana con salud comprometida. Educación Física y Ciencia. 2015 Junio; 17(1).
12. Pinto Afanador N. Los estilos de vida saludable para prevenir la enfermedad crónica. In Barrera Ortiz L, Mabel Carrillo G, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B, editors. Cuidados de enfermería en situaciones de enfermedad crónica. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014. p. 59-67.
13. Rodríguez Moctezuma Rea. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. 2003; 41(3).
14. Villar López M, Ballinas Sueldo Y, Gutierrez C, Angulo-Bazán Y. Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir estilos de vida saludable en trabajadores evaluados por el programa "Reforma de vida" del seguro social de salud (EsSalud). Revista peruana de medicina integrativa. 2016; 1(2): p. 17-26.
15. Barrera MLdl, Donolo D, Rinaudo MC. Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos. Anales de Psicología. 2010 Enero; 26(1).



16. Rosselli Mea. Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012 Abril; 12(1).
17. Gil Gregorio P, Martín Sánchez J. Demencia. In Gerontología SEdGy. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2005. p. 173-187.
18. Menéndez González M, Martínez M, Fernández B, López-Muñiz A. Estilo de vida y riesgo de padecer demencia. iMedPub Journals. 2011; 7(31): p. 1-7.
19. León-Ortiz P, Ruiz-Flores ML, Ramírez-Bermúdez J, Sosa-Ortiz AL. Estilo de vida en adultos mayores y su asociación con demencia. Gaceta Médica de México. 2013 Enero; 149(1): p. 36-45.
20. Sanjoaquin Romero AC, Fernández Arin E, Mesa Lampré MdP, García-Arilla Calvo E. Valoración Geriátrica Integral. In Geriontología SEdGy. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: International marketing & Comunicación; 2005. p. 59-68.
21. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública México. 2007; 49.
22. Fernández Rojas X, Méndez Chacón E. Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores de proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006. Población y Salud en Mesoamérica. 2007 Julio-Diciembre; 5(1): p. 1-17.
23. Peláez Sierra DAJ. Estilo de vida y factores de riesgo en pacientes usuarios de clínica de memoria con diagnostico de deterioro cognitivo leve, del servicio de psicogeriatría en hospital psiquiatrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis.



México, D.F.: Facultad de Medicina, Division de Estudios de Posgrado e Investigación; 2010.

24. Avila Oliva MM, Vázquez Morales E, Gutierrez Mora M. Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. Ciencias Holguín. 2007 Octubre-Diciembre; XIII.
25. de Hoyos Alonso M, Tapias Merino E, García de Blas González F. Demencia. AMF. 2012;; p. 484-495.
26. INEGI. Censo de población y vivienda 2011 [www.inegi.com.mx].
27. Constitución Política de los Estados Unidos Meicanos. Ley General de Salud. 2015..
28. Arnedo A, Vilar J, Moreno-Royo L, Climent MT, Vilaplana AM. Estilos de vida asociados a deterior cognitivo. Estudio preliminar desde la farmacia comunitaria. Revista de Investigación Clínica. 2013;; p. 500-509.
29. Gamarra Sánchez ME, Rivera Tejada HS, Alcalde Giove ME, Cabellos VD. Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de. Scientia. 2010 Noviembre; 2(2).
30. Hughes T, Ganguli M. Factores de riesgo de demencia en la vejes modificables en las etapas medias de la vida. Revista Neurologia. 2010;; p. 159-262.



Anexos



Anexo 1. Cronograma

FRECUENCIA DE DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON EL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS DE 60 A 70 AÑOS, DE LA CONSULTA EXTERNA DE HGR C/MF NO 1, CUERNAVACA, MORELOS.

Investigador Responsable

Alumno

Dra. Nancy López Uribe

Dra. Nataly Govantes Cruz

Médico Familiar Adscrito al HGR C/MF NO 1

Residente De Primer Año De Medicina Familiar en HGR C/MF NO 1

Tel. (777) 3155000 EXT 51315 E-Mail nanlopezu@gmail.com

Tel. (55) 6414 6281 E-Mail govantes78@hotmail.com

Cronograma de Actividades

Fecha Acciones Realizadas	Año	2015	2015	2015	2015	2015-2016	2016	2016	2016	2016	2016-2017
		5	06-07	08-08	10-11	12-01	02-03	04-07	08-09	10-11	12-01
Mes		04-05	06-07	08-08	10-11	12-01	02-03	04-07	08-09	10-11	12-01
Elección de tema y recolección de información	P	█									
	R		█								
Elaboración del protocolo	P			█							
	R			█							
Revisión de protocolo por el comité local de ética	P					█					
	R					█					
Entrega de Protocolo	P						█				
	R						█				



Recolección de la Muestra	P	
	R	
Recopilación de resultados	P	
	R	
Análisis de resultados	P	
	R	
Entrega de Informe final	P	
	R	

Anexo 2. Encuesta

FRECUENCIA DE DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON EL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS DE 60 A 70 AÑOS, DE LA CONSULTA EXTERNA DE HGR C/MF NO 1, CUERNAVACA, MORELOS.

Investigador Responsable

Dra. Nancy López Uribe

Médico Familiar Adscrito al HGR C/MF NO 1

Tel. (777) 3155000 EXT 51315 E-Mail
nanlopezu@gmail.com

Alumno

Dra. Nataly Govantes Cruz

Residente De Primer Año De Medicina Familiar en HGR C/MF NO 1

Tel. (55) 6414 6281 E-Mail
govantes78@hotmail.com

1. Favor de contestar.

1. Nombre: _____
2. Edad: _____ 3. Género: Femenino _____ Masculino _____
3. Fecha de Nacimiento: _____
4. Domicilio: _____
5. Estado Civil: _____
6. Escolaridad: _____
7. Ocupación: _____

2. Seleccione una opción de acuerdo a las siguientes afirmaciones.

* Familia y Amigos

8. Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi
 - a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca
9. Yo doy y recibo cariño
 - a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca

*Actividad Física

10. Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida. Y Participo
 - a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca



11. Yo realizo actividad física como caminar, subir escaleras, trabajo de casa o deporte durante 30 min. cada vez
- 3 o más veces por semana
 - 1 vez por semana
 - No hago nada
12. Yo camino al menos 30 minutos diariamente
- Casi siempre
 - A veces
 - Casi nunca

*Nutrición

13. Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas
- Todos los días
 - A veces
 - Casi nunca
14. A menudo consuma mucha azúcar o sal o alimentos chatarra o con mucha grasa
- Ninguna de estas
 - Algunas de estas
 - Todas estas
15. Estoy pasado de mi peso ideal
- 0 o hasta 4 kilos de mas
 - 5 a 8 kilos de mas
 - Más de 8 kilos de mas

*Tabaco

16. Yo Fumo:
- No en los últimos 5 años
 - No en el último año
 - He fumado este año
17. Generalmente fumo ____ Cigarros al día:
- Ninguno
 - 0 a 10 al día
 - Más de 10 al día

*Alcohol y otras Drogas

18. Mi numero promedio de tragos pos semana es de...
- 0 a 7 tragos
 - 8 a 12 tragos
 - Más de 2 Tragos
19. Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión
- Nunca
 - Ocasionalmente



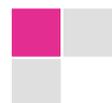
- c. A menudo
- 20. Manejo el auto después de beber alcohol
 - a. Nunca
 - b. Rara vez
 - c. A menudo
- 21. Uso drogas como marihuana, cocaína
 - a. Nunca
 - b. Ocasionalmente
 - c. A menudo
- 22. Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta
 - a. Nunca
 - b. Ocasionalmente
 - c. A menudo
- 23. Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína
 - a. Menos de 3 al día
 - b. De 3 a 5 al día
 - c. Más de 6 al día

*Sueño y Estrés

- 24. Duermo bien y me siento descansado
 - a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca
- 25. Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida
 - a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca
- 26. Yo me siento relajado y disfruto mi tiempo libre
 - a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca

*Trabajo y Tipo de personalidad

- 27. Parece que ando acelerado/a
 - a. Casi nunca
 - b. Algunas veces
 - c. A menudo
- 28. Me siento enojado y/o Agresivo
 - a. Casi nunca
 - b. Algunas veces
 - c. A menudo
- 29. Yo me siento contento con mi trabajo o mis actividades



- a. Casi siempre
- b. A veces
- c. Casi nunca

*Introspección

30. Yo soy un pensador positivo u optimista
- a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca
31. Yo me siento tenso o apretado
- a. Casi nunca
 - b. A veces
 - c. Casi siempre
32. Me siento deprimido o triste
- a. Casi nunca
 - b. A veces
 - c. Casi siempre

*Control de Salud, conducta sexual

33. Me realizo controles de salud en forma periódica
- a. Siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca
34. Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad
- a. Siempre
 - b. A Veces
 - c. Casi nunca
35. En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja
- a. Casi siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca

*Otras conductas

36. Como peatón, pasajero de transporte público, y/o automovilista, soy respetuoso de las ordenanzas del tránsito
- a. Siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca
37. Uso cinturón de seguridad
- a. Siempre
 - b. A veces
 - c. Casi nunca



d.

3. A llenar por examinador.

*** Orientación**

38. Dígame la fecha: día ____ mes ____ años ____ estación ____

39. Dígame en qué lugar estamos _____ piso _____ ciudad _____
región _____ país _____

*** Repetición inmediata**

40. "Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más":

ARBOL – MESA – PERRO

a. Número de repeticiones: _____ (máximo seis veces en total)

*** Atención y Cálculo**

41. Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100- 93 – 86 – 79 – 72

b. Número de sustracciones correctas: _____

42. Deletrear la palabra MUNDO al revés: O – D – N – U – M

c. Una letra _____

d. Dos letras _____

e. Tres Letras _____

f. Cuatro Letras _____

g. Cinco Letras _____

*** Memoria**

43. ¿Recuerda las tres palabras de antes? Por favor, repítalas

h. Una Palabra _____

i. Dos Palabras _____

j. Tres Palabras _____

*** Lenguaje**

44. Nombres los siguientes objetos

k. LÁPIZ _____

l. RELOJ _____

45. Repita esta frase :EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS _____

46. Orden: "TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA ____, DÓBLELO POR LAMITAD CON AMBAS MANOS ____, Y DÉJELO EN EL SUELO ____"

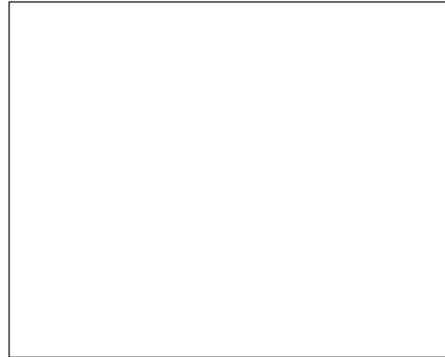
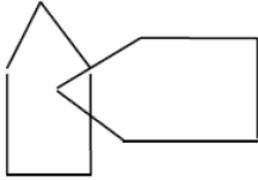
47. Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide:

CIERRE LOS OJOS _____

48. Escriba una frase a continuación:

49. Copie este dibujo.





Anexo 3. Consentimiento Informado

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

Lugar y Fecha: Cuernavaca, Morelos a ____ de _____ de 2016

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Frecuencia de Deterioro Cognitivo y Estilo de Vida en Adultos de 60 a 70 años, de la consulta externa de HGR c/MF no 1, Cuernavaca, Morelos.

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número R-2016-1702-27.

El objetivo del estudio es: Correlacionar el deterioro cognitivo y su relación con el estilo de vida en adultos de 60 a 70 años de edad, de la Consulta Externa de Medicina Familiar de HGR c/MF 1 de Cuernavaca, Morelos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario sobre el nivel cognitivo así como el estilo de vida

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: una posible molestia relacionada al tiempo que se invierta en contestar los cuestionarios. Será un beneficio conocer mi estado cognitivo actual, así como el estilo de vida que tengo, así como conocer cuáles son los hábitos perjudiciales para mi salud.

Los investigadores responsables se han comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

En caso de alguna duda que tenga sobre el estudio podrá consultar y/o notificarlos al Coordinador del estudio: Dra. Nataly Govantes Cruz a su teléfono celular 5564146281, quien lo orientará sobre el procedimiento a seguir.

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



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

Nombre y firma del paciente
Consentimiento

Nombre y firma de quien obtiene el

Testigo 1

Testigo 2

