



UNIVERSIDAD NACIONAL

---

AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD

DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado Instituto  
Mexicano del Seguro Social Unidad de  
Medicina Familiar No.94

**RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y  
EDAD DE ADULTOS MAYORES CON  
DEMENCIA EN UN PRIMER NIVEL DE  
ATENCION**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

**DRA. PEREZ ESTRADA ANDREA**

Tutor:

**DR. RODRIGO VILLASEÑOR HIDALGO**

Investigador asociado:

**DRA. ESTHER AZCÁRATE GARCÍA**

Generación 2016-2019

CIUDAD DE MÉXICO

2019





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.

## INDICE

	Página
Resumen	3
Marco teórico	4
Justificación	23
Planteamiento del problema	24
Pregunta de investigación	24
Objetivos	24
Hipótesis	25
Especificación de las variables	25
Material y métodos	26
Diseño de estudio	26
Universo del estudio	26
Población del estudio	26
Muestra de estudio	26
Tipo de muestreo	26
Selección de la muestra	26
Análisis estadístico	27
Aspectos éticos	29

Programa de trabajo	31
Análisis de resultados	32
Resultados	33
Conclusiones	37
Sugerencias	37
Bibliografía	38
Anexos	41

## **RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Villaseñor-Hidalgo R<sup>1</sup>, Azcárate-García E<sup>2</sup>, Pérez-Estrada A<sup>3</sup>

**Antecedentes:** la calidad de vida en los adultos mayores es un elemento fundamental biopsicosocial, ya que la forma en que perciben su entorno determina la manera de vivir la vida en esta etapa tan vulnerable, pudiendo ser placentera y digna, o llena de aflicción; es un concepto subjetivo y vinculado a la sociedad en que el adulto mayor está inmerso, sin embargo, existen morbilidades que pueden impactar directamente en la percepción de este elemento, tal es el caso de la demencia, una enfermedad que implica una pérdida o reducción temporal o permanente de varias funciones mentales superiores, situación que amerita un abordaje integral desde el primer nivel de atención.

**Objetivos:** se determinó la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.

**Material y métodos:** estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con diagnóstico de demencia, a los cuales se tipificó según el grupo al que pertenecen por edad, y se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 para evaluar el tipo de calidad de vida, con estadística analítica por medio la prueba estadística Kruskal-Wallis se corroboró la relación entre las

variables de estudio, y se elaboraron tablas y gráficos para presentar el comportamiento de las variables.

**Resultados:** con 99 participantes, 53% del género femenino, 71% ancianos según la edad del adulto mayor, 52% con regular calidad de vida, y una  $p=0.000$  con la prueba estadística Kruskal-Wallis aplicada a las variables de estudio.

**Conclusión:** existe relación entre la calidad de vida y la edad de los adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.

**Palabras clave:** Adulto mayor, calidad de vida, demencia.

1 Profesor Adjunto curso de especialización en Medicina Familiar, UMF 94, IMSS.

2 Médico Familiar, UMF 94, IMSS

3 Médico residente del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94, IMSS.

## **MARCO TEORICO**

### **Introducción**

La demencia es una enfermedad que se origina por una disfunción cerebral, y que tiene diversas manifestaciones clínicas, siendo la más evidente el deterioro de la cognición o las alteraciones del comportamiento. [1] En las últimas décadas, esta enfermedad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. [2]

En este sentido, la demografía de las naciones está en constante desarrollo, y característicamente existe un constante y acelerado crecimiento de la población mayor de 60 años, por lo que se estima que el número de personas afectadas por esta enfermedad demencial aumente progresivamente, superando el 3.9% de prevalencia mundial actual, con una proyección de 6.9% para el 2020 y de 13.1% para el 2040. [3]

Los recursos que se destinan para esta enfermedad son incalculables, superando los 315 millones de dólares al año, una gran inversión en medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, las consultas médicas de especialidades y las atenciones de los cuidadores, elementos que impactan negativamente en las instituciones, las familias y la sociedad. [4]

El adulto mayor es el grupo etario con mayor afección por esta enfermedad, y por las condiciones generales de estas personas mayores de 60 años se consideran un grupo vulnerable, y al sumarse esta enfermedad, puede derivar en alterar diversas dimensiones de la vida de estas personas, sobre todo de una forma negativa en la manera de vivirla, y consecuentemente complicar las enfermedades, aumentar el consumo de recursos, desgastar al cuidador, entre otros desenlaces. El presente protocolo de investigación trata de investigar la manera en que estos adultos mayores con demencia adscritos a una unidad médica del primer nivel de atención viven, a fin de tener más claras sus condiciones de vida, y que pudiesen representar un riesgo para su salud.

## **Antecedentes**

### **La Demencia**

#### **Historia**

Para entender la evolución del concepto de demencia es necesario separar la historia del término “demencia” de la historia del concepto de demencia como enfermedad. [5] El origen del término mismo remonta a la Roma del siglo I a.C., pero durante cientos de años se usó con un sentido diferente al del concepto actual de demencia.

Por otro lado, la evolución del concepto de trastorno cognitivo también se inició en la misma época y lugar. A partir del siglo XVII, la descripción de la semiología de los trastornos cognitivos se hizo más precisa, se separaron los trastornos congénitos de los retardos mentales y de los trastornos cognitivos adquiridos, se distinguieron los trastornos cognitivos de otras enfermedades mentales y se reconoció que el trastorno cognitivo se explica por un disfuncionamiento del sistema nervioso central.

Es sólo en el siglo XIX que el término “demencia” y el concepto de demencia confluyen, al comenzar a usarse la palabra demencia en el sentido que tiene en la literatura médica actual.

En 1791, el Diccionario Español define el término de demencia como locura, extravagancia, extravío, alienación del espíritu. Hasta finales del siglo XVII, términos tales como amentia, imbecilidad, estupidez, simplicidad, idiotez, morosis y senilidad eran usados para referirse a cuadros de deterioro intelectual y del comportamiento causantes de incompetencia psicosocial del individuo. En cambio, el término de demencia se usaba exclusivamente como sinónimo de locura. [6,7]

En tres artículos publicados entre 1892 y 1904, Pick describió los síntomas de las demencias frontotemporales. El concepto actual de demencia se construyó a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX bajo un paradigma cognitivo: las demencias consistirían sólo en trastornos irreversibles de las funciones intelectuales. [6]

Se mantuvo una visión sindromática de las demencias, incluyendo entre otras las demencias vesánicas, es decir, estados terminales de diferentes enfermedades mentales. En este sentido, Esquirol define las demencias como un estado de pérdida de la capacidad de razonar y diferencia las demencias agudas de las crónicas y las seniles.

El estudio neuropatológico con microscopía óptica de cerebros de pacientes con demencia asentó la hipótesis de que las demencias primarias eran causadas por degeneración del parénquima cerebral o por lesiones vasculares (arterioesclerosis). Hacia 1900 ya se habían individualizado la demencia senil, la arterioesclerótica (reblandecimiento cerebral por isquemia crónica), las demencias infecciosas (la parálisis general), la demencia traumática y algunas de las subcorticales (por ejemplo, la enfermedad de Huntington). [7]

El término “demencia” fue usado por diversos autores a lo largo de la historia, pero su sentido ha ido evolucionando. En el siglo I a.C., el poeta romano Lucrecio lo usó en su obra *natura* con el sentido de “locura” o “delirio”. Cicerón, contemporáneo de Lucrecio, usó el término de demencia tanto como sinónimo de



locura como para referirse a una pérdida de memoria en la ancianidad debida a una enfermedad. [6-10]

El término de demencia aparece en las lenguas europeas durante el siglo XIV. Así, la palabra demencia aparece en Francia por primera vez en 1381 para referirse a locura o extravagancia. [11]

Según el Oxford English Dictionary, el término de demencia aparece en lengua inglesa alrededor de 1644. En el Diccionario Físico de Blancard, publicado en Inglaterra en 1726, la demencia es usada como un equivalente de “anoe” o extinción de la imaginación y el juicio.

Sin embargo, a partir de 1700 empieza a usarse, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa, el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica.

En la Encyclopédie, ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers, de Diderot y d'Alembert, publicada en 1765, la demencia se define como una enfermedad parálitica del espíritu, que consiste en la abolición de la facultad de razonar, que a diferencia del delirio, conlleva un funcionamiento aberrante de la memoria y entendimiento. En este sentido, a diferencia *la manía, no demuestra una especie de delirio con audacia.*

La demencia casi siempre es crónica, si bien no diferencia entre una demencia congénita y un trastorno adquirido, el artículo de la Enciclopedia es interesante por varios motivos: da a las demencias una connotación claramente médica, señala que la demencia puede deberse a múltiples causas, es decir, aparece la visión sindromática de las demencias actualmente vigente, y diferencia las demencias de cuadros psiquiátricos y de trastornos agudos, menciona que en ocasiones pueden ser reversibles y, finalmente, explica las demencias por una disfunción del sistema nervioso.

Hacia fines del siglo XVIII, los trastornos cognitivos ya habían sido claramente identificados, existía una excelente descripción semiológica de los principales síntomas y signos de estos trastornos y se identificó la existencia de un deterioro asociado a la edad, que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas, aunque no se diferenciaban aún como entidades autónomas los trastornos cognitivos congénitos de los adquiridos.

Es así que, en 1771, Boissier de Sauvages, en su *Nosographie Méthodique*, menciona 12 tipos de imbecilidad, entre las cuales destaca la imbecilidad del anciano (“l’imbécilité du vieillard”), también denominada estado pueril, idiocia o locura senil. Según Boissier, este cuadro se explica por una rigidez de las fibras nerviosas, dejando a los ancianos con menor sensibilidad a los estímulos externos.

En cambio, usa el término “demencia” para referirse a diversos cuadros que abarcaban tanto a la imbecilidad como a la idiocia, la debilidad mental y la locura. En dicha *Nosographie* publicada en 1798, Pinel usó los términos de amentia y morosis para referirse a los trastornos cognitivos, que explica como una falla en la asociación de ideas que se manifiesta en un trastorno de la actividad, comportamiento extravagante, emociones superficiales, pérdida de memoria, dificultades en la percepción de objetos oscurecimiento del juicio, actividad sin propósito, existencia automática y olvidos de palabras o signos para expresar las ideas.

Menciona además la “demencia senil” como una forma de trastorno cognitivo adquirido en las personas de edad. Sin embargo, Pinel, no clasificó como entidades independientes los trastornos cognitivos adquiridos y congénitos.

Es interesante notar que desde esa época, la demencia tenía una connotación legal, según la cual una persona con demencia no es imputable. En el Código

Napoleón de 1808 se señala que no existe crimen cuando el acusado está en estado de demencia durante el crimen, además, durante el siglo XIX, el término de demencia empieza a ser usado para referirse principalmente a cuadros de trastornos cognitivos adquiridos y en la segunda mitad del siglo XIX se restringe casi exclusivamente a trastornos irreversibles que afectan predominantemente a los ancianos.

Las demencias agudas equivalen a un estado confusional, mientras que las seniles son el resultado de la edad y consisten en una pérdida de la capacidad de entendimiento, las demencias crónicas son irreversibles y causadas por múltiples causas, tales cuales manías, estados de melancolías accidentes vasculares, epilepsia, enfermedades degenerativas, entre otras. [12]

Esquirol, quien propició una aproximación meramente descriptiva de las demencias sin discutir su etiopatogenia, oficializó la distinción entre demencia y retardo mental, de manera que el demente es como la persona que ha sido privada de su propiedad después de haber podido disfrutar de ella, es una persona rica que se ha empobrecido, y por otra parte, el idiota siempre ha sido pobre y miserable. [13]

Él y sus discípulos enfatizaron la heterogeneidad clínica de estos cuadros. De hecho, Calmeil, alumno de Esquirol, menciona las dificultades que existen para describir las demencias, su variabilidad y diferentes matices, resultado difícil elegir un síntoma distintivo. Si bien Esquirol mencionó las demencias seniles, fue Calmeil quien las describió de manera más acuciosa.

En las demencias seniles, existe un compromiso constante de los órganos sensoriales, los pacientes de edad pueden estar sordos, y mostrar un trastorno del gusto, olfato, y tacto. Los estímulos externos son menos claros para ellos, tienen poca memoria de los eventos recientes, viven en el pasado, y repiten el mismo

cuento; sus afectos gradualmente se desvanecen, lo cual repercute en diversas áreas del enfermo. [14]

Guislain, por su parte, propuso que existían dos clases de demencia, las demencias que afectan a las personas de edad (demencia senil de Cullen) y las demencias de las personas más jóvenes. [15]

Quizás uno de los hitos de mayor relevancia en la historia de las demencias se debe a Antoine Bayle, quien en 1822 presentó un trabajo clínico patológico en el que mostraba que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva se debían a una aracnoiditis crónica, es decir, a una patología cerebral.

Bayle propuso el concepto de aracnoiditis crónica, propiciando una visión orgánica de las demencias, es decir, una enfermedad atribuible a lesiones en el sistema nervioso central. [16]

Durante el siglo XIX, además de identificar las demencias seniles y atribuirle un substrato neuropatológico, es decir, la presencia de lesiones en el sistema nervioso central, se proponen taxonomías de las enfermedades mentales.

Morel propuso diferenciar los trastornos mentales en seis categorías: hereditarias, tóxicas, asociadas con las neurosis, idiopáticas, simpáticas, y las demencias, además, sugirió que las demencias son enfermedades neurodegenerativas en las que existe una pérdida progresiva del cerebro. Para este autor, la disminución del peso del cerebro es un hecho constante en las demencias que está también presente en el envejecimiento y es una expresión de decadencia de la especie humana. [17]

En la segunda mitad del siglo XIX, gracias a la elaboración del concepto de demencia y las descripciones clínicas de autores franceses, ingleses y alemanes, las demencias son definitivamente consideradas como un síndrome. En 1906,

Marie definió las demencias como un síndrome que puede ser causado por diferentes enfermedades, cada una con un fenotipo clínico característico y una neuropatología específica. [18]

Desde finales del siglo XIX y durante el siglo XX ha existido un importante esfuerzo por describir las distintas enfermedades causantes de demencia. La primera distinción se realiza entre las demencias primarias y las secundarias. En las demencias secundarias se incluyen las demencias vesánicas (estados de deterioro que puede ser consecuencia de cualquier tipo de locura severa).

La demencia es una condición clínica común en la población de adultos mayores, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud del 2010 existen 35.6 millones de personas con demencia en todo el mundo, y tan sólo en México se estiman hasta 800,000; cifra que se proyectará a tres millones para el 2050, debido a que la población está envejeciendo gradualmente. [19]

En 1907, Alois Alzheimer describió un caso (el de Agust), un paciente que presentó una demencia a los 51 años, y describió las lesiones neuropatológicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares). Estas mismas lesiones ya habían sido descritas previamente en pacientes con demencia senil.

Este paradigma inhibió el estudio de los trastornos no cognitivos de las demencias y el estudio de la interfase entre demencias y enfermedades psiquiátricas. Afortunadamente, en las dos últimas décadas se ha avanzado en la comprensión de los trastornos no cognitivos de las demencias, como en el caso de las demencias frontotemporales, que se presentan principalmente con trastornos de la conducta, y en comprender mejor las enfermedades que se sitúan en el límite entre la neurología y la psiquiatría. Ciertamente, este cambio de visión ayudará a una comprensión más integral de las demencias con sus diferentes facetas clínicas.

## **Definición**

La Organización Mundial de la Salud define la demencia como un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva, es decir, la capacidad para procesar el pensamiento, más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal.

El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico. [20]

Según el DSM V, tratamos con un síndrome clínico caracterizado por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos. [21]

De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, la “demencia” (del latín dementia) tiene dos acepciones: locura, trastorno de la razón y el deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta. [22]

La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, sin afectar la conciencia, pero el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer y las enfermedades cerebrovasculares.

## **Epidemiología**

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. A menudo hay una falta de conciencia y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización, y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención.

No obstante, más que demencia, se debe hablar del síndrome demencial, ya que su etiología es variable y a la vez puede coexistir más de una patología, como ocurre en la demencia mixta degenerativa-vascular. En su aplicación médica y psicológica, la demencia se define como deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales, acompañada de trastornos de conducta.

La demencia vascular es un concepto en permanente evolución, que plantea numerosos problemas conceptuales y de terminología. La tendencia actual, siguiendo a numerosos autores, es considerar una amplia categoría denominada el Deterioro Cognitivo Vascular (DCV), que abarca desde casos típicos de demencia vascular (DV) hasta el déficit cognitivo vascular sin demencia (DCVSD).

De acuerdo a convenciones diagnósticas, especialmente inducidas por los sistemas de diagnóstico, existe demencia cuando se suma deterioro cognitivo de varias áreas o dominios, y con compromiso de actividades de la vida diaria. Cuando estas últimas no presentan un claro compromiso se cataloga simplemente como deterioro o déficit cognitivo leve.

Respecto al problema conceptual de la Demencia Vascular, al considerar la relación que tienen los síndromes cognitivos con la encefalopatía vascular, se tiene aún la controversia en cuanto a la relación que guardan los primeros con el segundo. Siendo que, en el Síndrome Cognitivo existen:

- Compromiso disejecutivo predominante.
- Trastornos de memoria leves a moderados.

- Afectación relativa de actividades de la vida diaria.
- Trastornos conductuales (apatía, desinterés, falta de iniciativa).

A su vez, la Encefalopatía Vascular engloba:

- Grupo de patologías diversas (aterosclerótica, no aterosclerótica, malformaciones).
- Variedad de compromiso neurológico.
- Compromiso simultáneo de diversas estructuras.

Lo controversial persiste en cuanto a que si una provoca la otra, o si la presentación de una aumenta el espectro clínico de la segunda o si pueden coexistir con alguna otra patología neurodegenerativa. Ahora, en cuanto a la relación que guarda la enfermedad de Alzheimer con el deterioro cognitivo vascular; se puede decir que:

- Ambas cursan con trastornos de memoria progresivos.
- Existe el compromiso de las actividades de la vida diaria en su período de estado, en ambas enfermedades.
- La etapa final de ambas patologías desencadena manifestaciones como incontinencia doble, ausencia de interacción con el medio y/o paraplejía.

En el Deterioro Cognitivo Vascular (DCV) existe un síndrome cognitivo que la define y una encefalopatía vascular de base que lo provoca:

- En el síndrome cognitivo predominan los trastornos disejecutivos y de memoria, pero pueden no ser los únicos.
- La encefalopatía vascular puede ser de muy diversos tipos, donde están representadas múltiples patologías, mecanismos fisiopatológicos y formas de compromiso del parénquima encefálico. Esta es una de las grandes diferencias con otras encefalopatías degenerativas, como la Enfermedad de Alzheimer o la Enfermedad de Parkinson, en las cuales hay una población de neuronas vulnerable, y donde se sigue un patrón más o menos determinado en la progresión.



La patología primaria en el DCV es del árbol vascular, y el encéfalo es secundariamente comprometido, de acuerdo a las características y ubicación de la patología vascular, y no por una susceptibilidad de distintos sistemas neuronales. La clasificación, criterios clínicos y diagnóstico para la demencia vascular según NINDS-AIREN de 1993 son:

#### 1. Síndrome Demencial

- a. Deterioro Cognitivo desde un nivel previo superior.
- b. Manifestado por alteración de la memoria y 2 o más alteraciones en las siguientes funciones cognitivas:
  - i. Orientación.
  - ii. Atención.
  - iii. Lenguaje.
  - iv. Función visoespacial.
  - v. Funciones ejecutivas.
  - vi. Control motriz.
  - vii. Praxias.
- c. Interferencia en el desarrollo de actividades socio-laborales previas, que sobrepasa la incapacidad del déficit físico del ictus.

#### 2. Enfermedad Cerebrovascular

- a. Evidencia Clínica.
  - i. Signos focales de enfermedad Cerebrovascular.
  - ii. En presencia o ausencia de síntomas y/o antecedentes de ictus.
- b. Evidencia Neurorradiológica.
  - i. Infartos graves múltiples.
  - ii. Infarto único de localización estratégica, relacionado con la sintomatología.
  - iii. Infartos lacunares en sustancia gris o blanca.
  - iv. Lesiones extensas en sustancia blanca.

- c. Combinaciones variadas de ambas evidencias.
3. La relación entre ambos (el criterio 1 más el 2).
    - a. La demencia comienza dentro de los 3 meses posteriores al Evento Vascular Cerebral.
    - b. Historia de deterioro de comienzo brusco.
    - c. Progresión escalonada o fluctuante.

En la actualidad se utiliza el término Deterioro Cognitivo Vascular para definir las alteraciones cognitivas asociadas a la patología vascular, ya que es más amplio y permite diagnosticar y tratar pacientes en estadios más precoces de la enfermedad. En los casos más severos se suele utilizar el término demencia vascular. Esta es la segunda causa más frecuente de demencia en la población general después de la Enfermedad de Alzheimer.

Es responsable de hasta el 20% del total de los casos y se origina por un daño cerebral producido por alteraciones cerebrovasculares o cardiovasculares, generalmente a través de infartos cerebrales. La prevalencia es de 1 al 4% en los mayores de 65 años.

El daño cerebrovascular puede también agravar y acelerar el avance de la Enfermedad de Alzheimer o coexistir las comorbilidades (demencia mixta).

### **Factores de riesgo**

Es una enfermedad que se asocia con factores de riesgo vasculares, se reconocen principalmente:

- Edad avanzada.
- Género masculino.
- Hipertensión arterial (principalmente la hipertensión sistólica).
- Tabaquismo.

- Diabetes mellitus.
- Dislipidemia.
- Cardiopatía.

La edad y la hipertensión arterial son los factores de riesgo más asociados, siendo este último el único controlable, y aunque no es clara la repercusión del tratamiento antihipertensivo sobre la evolución de la enfermedad, se ha llegado a plantear hasta un 50% de reducción de la aparición de casos de demencia vascular en pacientes tratados.

### **Signos y síntomas**

La posibilidad de padecer esta enfermedad aumenta con la edad, es rara antes de los 65 años, sin embargo, todo paciente que haya sufrido de una enfermedad cerebrovascular o enfermedad isquémica transitoria tiene un alto riesgo de presentarse, así como los casos con fibrilación auricular o insuficiencia cardiaca.

Los síntomas que pueden hacer sospechar esta devastadora enfermedad son:

- Dificultad para organizarse o resolver problemas complejos.
- Enlentecimiento del pensamiento.
- Distractibilidad, problemas para atender o concentrarse.
- Dificultad para encontrar las palabras.
- Caminar con pequeños pasos.
- Dificultades del lenguaje.
- Dificultad para seguir instrucciones.
- Confusión o agitación.
- Problemas de memoria.
- Aumento de frecuencia o urgencia al orinar, incontinencia.
- Depresión.

### **Diagnóstico**

Antecedentes:

- Factores de riesgo vascular (Hipertensión, Diabetes).
- Compromiso de otros sectores (coronario, miembros pélvicos).
- Historia de Enfermedad Vascolar Cerebral.

Datos de examen neurológico y de neuroimagen: deterioro frontosubcortical.

Sin compromiso o uno muy leve de las actividades de la vida diaria: deterioro cognitivo vascular.

Con compromiso de las actividades de la vida diaria: demencia vascular.

## **Evolución**

La presentación clínica y evolución pueden diferir de acuerdo al mecanismo etiopatogénico, por lo que se puede clasificar al deterioro cognitivo vascular en diferentes subtipos:

- **Multiinfarto:** suele deberse a infartos isquémicos cortico-subcorticales de arterias de mediano y gran calibre, de causa trombótica, embólica o hemodinámica. Se pueden presentar con signos y síntomas focales neurológicos y su evolución suele ser escalonada.
- **Isquémica subcortical:** suele asociarse a infartos lacunares y rarefacción de la sustancia blanca (leukoaraiosis). Se afectan principalmente regiones subcorticales, se relaciona con patología de pequeños vasos y la hipertensión arterial aparece como uno de los factores principales. El curso suele ser insidioso, lo cual dificulta su diagnóstico diferencial con demencias neurodegenerativas. Se pueden presentar signos y síntomas

focales, alteraciones de la marcha (lenta y a pequeños pasos), urgencia o incontinencia miccional.

- Infarto estratégico: suele asociarse a un comienzo abrupto del cuadro secundario a infartos en zonas estratégicas del cerebro.
- Hemorrágica: suele asociarse a hematomas cerebrales, más frecuentemente de causa hipertensiva.
- Hipoperfusión: suele asociarse a lesiones isquémicas de mecanismo hemodinámica o hipóxico.

## **Tratamiento**

El tratamiento se orienta a prevenir la progresión de la enfermedad. Se ha demostrado la utilidad del uso de inhibidores de la acetilcolina (donepecilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina en los pacientes con demencia vascular.

También es importante el tratamiento de los síntomas psiquiátricos asociados, la depresión de frecuente presentación pueden responder a antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Es importante identificar los factores de riesgo vasculares, y darles tratamiento, a fin de mejorar la evolución, principalmente actuando preventivamente sobre el desarrollo de nuevos eventos vasculares.

Son evidentes los beneficios de la nutrición y la actividad física para reducir el riesgo de desarrollar demencia vascular e incluso se ha propuesto que sería beneficioso para aquellos pacientes que ya presentan algún grado de trastorno cognitivo.

Son fundamentales todas las estrategias no farmacológicas en el marco de un abordaje interdisciplinario de la enfermedad. Dentro de este marco se incluye la estimulación neurocognitiva llevada a cabo por neuropsicólogas, la rehabilitación funcional a cargo de terapistas ocupacionales, rehabilitación física a cargo de kinesiólogos, apoyo nutricional a cargo de nutricionistas especializadas, musicoterapia y el tratamiento fonoaudiológico, actividades que pueden desarrollarse en tratamientos individuales y/o grupales de acuerdo a las características del paciente y su padecimiento. [23]

### **Calidad de Vida en el Adulto Mayor**

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. [24]

Al hacer referencia del envejecimiento, se debe contemplar de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

Entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas se tienen:

- La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del género, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez.

Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.

- La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social.

La calidad de vida es un concepto amplio, totalmente subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales.

Cuando se habla de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, se define con base en cómo se siente el paciente ante la enfermedad, así como su percepción ante las limitaciones que la misma enfermedad le provoca; por lo tanto, cuando se habla de la calidad de vida en relación con la condición de salud, se deben distinguir en la definición dos conceptos: el estado de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo. [25]

Tradicionalmente la entendemos como un concepto útil, unido a la salud y a los estados funcionales, como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales) que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre.

Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida.

Posteriormente la OMS en 1994 inició su labor de conceptualizar la calidad de vida de un individuo, y señaló que en función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida, en el contexto de la cultura, sistemas de valores en el cual ellos viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses;

todo ello matizado por supuesto por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales; no se ha de tener en cuenta el monto absoluto o relativo de los ingresos, sino el grado de satisfacción que proporcionan esos ingresos; tampoco se tomará en cuenta el número de horas de sueño, pero sí todo problema que se le plantee al individuo en relación con el mismo.

Este mismo organismo, posteriormente incorpora en el concepto de calidad de vida a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las características de su ambiente, como el medio sociodemográfico, arquitectónico y sanitario que de alguna manera afectan las capacidades funcionales primarias de protección, salud de una persona y en su búsqueda de la satisfacción de sus deseos dentro de una descripción de la buena calidad de vida.

En el Programa de Salud Mental de la OMS realizado en el Foro Mundial de la Salud de 1996, se definió a la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, todo ello, enfatizado por las dimensiones (facetas): física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico y transporte); espiritual (espiritualidad, religión y creencias personales). [26]

Durante la década de los años cincuenta, el término calidad de vida fue popularizado a partir de estudios económicos y sociales de Galbraith, los cuales



se han usado indistintamente en los más variados contextos y connotaciones diferentes, según se emplee en: el ámbito político, económico, sociológico, de salud pública, psicológico, entre otros.

Se puede inferir que la calidad de vida se fue conceptualizando con base en un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; esto fue generando que el concepto de calidad de vida fuera adquiriendo elementos que permitieran descifrar un concepto desde lo más imaginario del ser vivo a lo más real, partiendo desde la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.

Se destaca en este concepto, que su prioridad se fundamenta en el valorar las condiciones de vida centrada en las condiciones materiales de vida, que en el adulto mayor determinan su salud y el proceso de enfermedad, siendo fundamental para que logren obtener su bienestar y satisfacción general de su propia vida en relación con su proceso psíquico, físico y social.

La perspectiva oculta, imaginaria, desconocida y nunca vista, provoca la creación de un concepto de calidad de vida que contenga el análisis de elementos subjetivos, como son la valoración, el juicio o sentimiento sobre salud percibida, sobre la satisfacción social, las necesidades culturales, valoración del entorno, los servicios de salud y sociales percibidos, sin dejar a un lado los elementos objetivos o de medición directa y reales sobre la calidad en relación con el entorno de las condiciones de vida físicas, ambientales, materiales, que se muestran en la disponibilidad de servicios de atención a la salud, de apoyo social y factores culturales.

La calidad de vida como proceso multifactorial de carácter primariamente subjetivo, es la resultante del estado de salud del individuo, más el grado de

satisfacción con su vida, sin obviar los patrones de conducta de la sociedad en la cual se desarrolla el individuo.

Es así como el concepto de calidad de vida se ha convertido en un constructo que sirve de sustento para analizar los problemas de satisfacción con la vida, relacionado con las condiciones de vida dentro de una infraestructura social, así como la relación con la valoración que hace el individuo de su estado de satisfacción y bienestar general que realiza de su propia vida en interacción con su participación en su entorno social vinculado con su funcionamiento físico y psíquico, que en definitiva se traduce en una valoración global de su salud-enfermedad. [27]

En relación con la calidad de vida del adulto mayor se puede concluir que el envejecimiento del organismo no sólo es un proceso individual y colectivo, sino que éste depende en su mayoría de la sociedad, de las condiciones de vida y de los estilos de vida.

En la sociedad actual el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos, que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y, por ende, satisfactorias condiciones de bienestar. [28]

Al plantear el concepto de calidad de vida en poblaciones que envejecen y empobrecidas, tenemos que entender que es necesario remitirse a las condiciones que hacen de este sector social un grupo vulnerable, invisible y marginado, y quienes no logran satisfacer sus necesidades básicas de vida, como: tener una mejor movilidad, acceso a servicios de salud, pérdida de su estatus en la familia,

marginación del mercado laboral formal y un vacío legal van generando la situación de vulnerabilidad que deteriora su desarrollo personal, social y comunitario.

Al ser la salud el punto esencial en el concepto de la calidad de vida, por consecuencia es necesario que el adulto mayor perciba que la sociedad lo acoge y le proporciona redes de apoyo que satisfagan su necesidad de salud, seguridad y protección; esta integración social en el adulto mayor se transforma entonces más en un medio que en un fin en sí mismo, medio que aporta parte del sustento psicológico del desarrollo de la vida en los estados de edad más avanzada.

Una de las grandes debilidades que ocasiona que el adulto mayor manifieste una disminución de su calidad de vida y que también le afecta en sus relaciones interpersonales y en la satisfacción de sus necesidades, es su dependencia económica, pero al tener cubierto este factor, el anciano se siente protegido, seguro de sí mismo y con mayor control de sus emociones.

Una buena calidad de vida en el adulto mayor también es adquirida cuando éste forma parte de un grupo, lo cual constituye una fuente de relaciones interpersonales de carácter afectivo donde prima el respeto y se valora al adulto mayor; el grupo también le proporciona actividades de entretenimiento y expansión; el trabajo en conjunto potencia las energías para la realización de las actividades, pero también aporta un sentido de pertenencia y de solidaridad entre los adultos mayores; el grupo produce un sentido de pertenencia e identidad a sus participantes.

En demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, también denominada población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, también adoptado por el Gobierno del Distrito Federal en

el 2014, criterio ya utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud.

El criterio adoptado por el INAPAM se basa en lo establecido en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), que en su artículo 3° señala que se entenderá por personas adultas mayores, a las que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional, al igual que la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, el adulto mayor es la persona de 60 años de edad o más, dejando clara la postura de la Secretaría de Salud.

La transición demográfica es un proceso que se caracteriza por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad. En México, la primera fase de esta transición comienza en los años treinta del siglo XX con un descenso de la mortalidad que aunado a los elevados niveles de natalidad, provocaron un periodo de elevado crecimiento demográfico.

La segunda etapa de este proceso se dio en los años setenta con un acelerado descenso de la fecundidad, en parte como resultado de las políticas de población de aquella década que tenían como objetivo frenar el acelerado crecimiento de la población. En conjunto, la baja en la mortalidad y en la fecundidad dio pie al predominio de la población adulta y de edades avanzadas.

Se espera que en las próximas cinco décadas la natalidad descienda, así como la de mortalidad. Esta última registró una tasa de 5 defunciones por cada 1,000 habitantes en 2010, y que posteriormente aumentará para llegar a 8.8 defunciones por cada mil habitantes en 2050.

Los cambios en los componentes demográficos, natalidad, mortalidad y migración, incluida la migración internacional, han determinado el volumen y la estructura por

edad de la población mexicana, que pasó de aproximadamente 16.5 millones de habitantes (8.4 millones mujeres y 8.1 de hombres) en los años treinta del siglo pasado, a alrededor de 119.7 millones en 2014 (61.2 millones de mujeres y 58.4 de hombres). Se espera que su volumen aumente hasta llegar a poco más de 150 millones en 2050 (77.9 millones de mujeres y 72.9 de hombres).

El año 1970 mostraba una pirámide poblacional con una base muy amplia y una cúspide angosta, señal de una población joven. En ese año, el 55.8% de las mujeres y 57.5% de los hombres tenía menos de veinte años de edad. En 2014 se presenta una pirámide abultada en el centro, que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, y con una base más estrecha, como resultado de la disminución en la proporción de niños y niñas de 0 a 4 años de edad. En 2014, el 26.8% de las mujeres y 29.3% de los hombres tenían menos de 15 años de edad; un 63.0% de ellas y 61.4% de ellos tenía entre 15 y 59 años y el porcentaje de adultos mayores representaba 10.2 en el caso femenino y 9.2 en el masculino. Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente) y las proyecciones indican que el fenómeno de envejecimiento demográfico es irreversible, debido principalmente a la disminución de la fecundidad y a que la muerte ocurre a edades más avanzadas. [29]

A pesar de su bajo peso relativo, la población adulta mayor está creciendo de manera acelerada. Se prevé que para 2050 las mujeres de 60 años y más representen 23.3% del total de población femenina y los hombres constituyan 19.5% del total de la masculina.

La esperanza de vida de la población mexicana se duplicó entre 1930 y 2014 con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 en los hombres, lo cual significa grandes desafíos para los sistemas de pensión, jubilación y salud, principalmente.

La calidad de vida como propósito superior de las políticas públicas aparece asociada a la satisfacción del conjunto de necesidades que se relacionan con la existencia y bienestar de los ciudadanos. La disponibilidad y acceso de la población a los satisfactores es lo que va a permitir cubrir los requerimientos de los individuos, grupos sociales y comunidades respecto a un determinado componente de necesidad.

El comportamiento de la generación, disponibilidad y acceso a los satisfactores se evalúa en términos de indicadores, los cuales no solo deben condensar la dimensión objetiva sino también la subjetiva, asociada esta última a la percepción y las características del sujeto en relación con los niveles de vida. Ello se basa en la existencia de una relación imperfecta entre las condiciones objetivas de vida y la percepción que tiene el ciudadano de aquella.

Durante 2008 se llevaron a cabo varias actividades por parte del Centro de Estudios sobre el Bienestar de la Universidad de Monterrey y el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados tendientes al desarrollo de un Índice Nacional de Calidad de Vida para los mexicanos. Después de definir el modelo estructural, se realizó una encuesta nacional para medir la percepción de los mexicanos en relación con los dominios que integran su calidad de vida, según el modelo propuesto.

El resultado fue la Encuesta CESOP-UDEM de Calidad de Vida, aplicada a una muestra de 1,200 mexicanos con representación nacional. Los resultados preliminares de este índice fueron presentados en marzo de 2009, pero el ejercicio realizado arrojó información valiosa que puede ser utilizada en otras aplicaciones, como se verá enseguida.

Los dominios seleccionados para el Índice de Calidad de Vida fueron los siguientes siete aspectos: salud, economía, educación, seguridad, buen gobierno, vida comunitaria y bienestar personal. Cabe destacar también que el enfoque

seguido en este proyecto fue el de “arriba hacia abajo”. A partir de este enfoque, en una primera etapa se definen los dominios de calidad de vida y las preguntas consideradas para construirlo; después se validan con aquellos sobre los cuales se define el índice.

Dentro de las características destacan su carácter subjetivo y su intención de considerar los diversos aspectos o dominios que se mencionan en la literatura y que corresponden al concepto de bienestar subjetivo o calidad de vida. Este índice representa también la propuesta del Centro de Estudios sobre la conveniencia de considerar la calidad de vida como alternativa para la medición del progreso, asunto que ha ocupado un espacio preponderante en la agenda de instituciones internacionales en todo el mundo, como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

En México existen actualmente diversos indicadores sobre condiciones de vida cuyo acercamiento habitual ha sido tomar como espacio de análisis las carencias o los logros desde un plano objetivo, tal es el caso del Índice de Marginación y, más recientemente, el Índice de Rezago Social del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), por un lado, y del Índice de Desarrollo Humano, por el otro.

### **Edades del Adulto Mayor**

En México existe un rápido crecimiento de la población de edad adulta, aproximadamente un aumento anual promedio de 180 mil adultos mayores y se prevé un incremento de 27 millones de este año hasta el 2050.

Por este motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó a los adultos mayores en aquellos de edad avanzada, de los 60 a los 74 años de edad, seguidos por las personas viejas o ancianas, quienes se encuentran entre los 75 a 90 años de edad y finalmente se encuentran las personas longevas o grandes viejos, considerados cuando son mayores de 90 años. [30]

## **Antecedentes Científicos**

Los adultos mayores representan un segmento de la población vulnerable, son pocos los esfuerzos gubernamentales que se concretizan en atenciones eficaces para esta población. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el envejecimiento del país representa uno de los mayores retos para la mitad de este siglo.

Dentro de este contexto, resulta de gran importancia revalorizar al adulto mayor, segmento de la población al cual la gran mayoría de la población pertenecerá en un futuro no muy lejano, y que como ya se ha mencionado, los adultos mayores del mañana ya nacieron; las generaciones más numerosas son las nacidas entre 1960 y 1980, que son las que alimentarán este segmento a partir del año 2020.

Bajo estas premisas, es urgente un cambio de paradigmas. Para este fin han sido publicados diversos estudios e investigaciones en la materia de calidad de vida con relación al adulto mayor. En el contexto de nuestro país y la población que compete al presente estudio, nos dimos a la tarea de revisar publicaciones enfocadas a la sociedad mexicana contemporánea, encontrando lo siguiente:

María Elena Flores y colaboradores, en un estudio del 2011 titulado las condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia, revisaron y ajustaron diversas definiciones establecidas, como el concepto de calidad de vida en la tercera edad, que obliga a incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y social, que en interrelación, los tres provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de considerar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la



protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida. [31]

También encontramos que se centra en los aspectos conceptuales del término y propone la integración del término “longevidad” en el concepto “calidad de vida” con la finalidad de que al individuo se le considere como alguien que no sólo debe vivir mucho, sino vivir muchos años con las mejores condiciones posibles, y la meta de este concepto es convertirse en un reflejo para una mejor calidad de vida y cada vez menos en una calamidad personal.

Este supuesto sería posible de alcanzar, dependiendo de la influencia del contexto histórico y cultural, de las condiciones y estilos de vida, de los factores biológicos y los avances científicos en el cuidado de la salud, y con base en la conjunción de estos factores sería posible establecer un concepto que permitiera no sólo extender la esperanza de vida, sino también posponer algunas pérdidas de capacidades funcionales y, potencialmente, inducir al adulto mayor para que tenga mejor calidad de vida por más años, y no sólo más años

Por su parte, José de Jesús García Vega y Francisco J. Sales Heredia, en el estudio titulado bienestar y calidad de vida en México, desarrollado en el 2011, concluyeron que las implicaciones para la idea de ciudadanía y calidad de vida, se da en dos niveles, es decir, se trata de una tarea enorme para las instituciones públicas transmitir por grupos y por entidad la idea de que el aumento de la calidad de vida gradual, reflejada en mayores y mejores servicios médicos, educativos y de ingreso, pasa por una interacción de las condiciones estructurales y conductuales a mediano plazo. [32]

De manera que los planes de vida racionalmente asumidos deben incorporar expectativas a mediano plazo y oportunidades cada vez más amplias de información preventiva. El hecho es que las principales causas de mortalidad

tienen como factores de riesgo aquellos que la población en su conjunto realiza: estar pasado de peso, hacer poco ejercicio, beber y fumar.

En segundo término, los resultados sugieren parcialmente una acumulación de factores de riesgo por tomar decisiones cortoplacistas. Esto habla de ciudadanos parcialmente hedonistas y no necesariamente convencidos de poder modificar su vida y su entorno y, por ende, con una concepción de calidad de vida no necesariamente ligada a la verdad de los hechos objetivos. [33]

## **JUSTIFICACION**

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, la demencia afecta a nivel mundial a unos 47 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran 9,9 millones de nuevos casos.

Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento.

Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente pase a cerca de 75 millones en 2030 y a casi el triple en 2050 (132 millones). Buena parte de ese incremento puede achacarse al hecho de que en los países de ingresos bajos y medios, el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más.

La disminución en la mortalidad en todas las edades, especialmente la infantil, el control o erradicación de algunas enfermedades transmisibles, así como el mejoramiento en las condiciones sociales han sido determinantes para extender la vida humana. No obstante, la posibilidad de vivir más no conlleva necesariamente la oportunidad de vivir mejor.

Las características del grupo de población con 60 años o más expresan de manera resumida las ventajas en salud, sociales, económicas y políticas alcanzadas por los individuos en los años previos. Tales ventajas dependen no sólo de las habilidades personales, sino de las circunstancias que coinciden en el contexto biopsicosocial

En este estudio se valorará la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años en la Unidad de Medicina Familiar, mediante el cuestionario SF-36 para así poder evaluar y poder hacer un cambio en sus vidas diarias, de ser mala, corregir los errores mediante información oportuna a los cuidadores primarios del problema, o bien, canalizarlos para tener un manejo integral.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La demencia es un síndrome el cual se define como deterioro en la memoria, el comportamiento y la capacidad para la realización de las actividades diarias, el cual afecta a la mayoría de la población mayor de 60 años. A nivel mundial, existen unos 47 millones de personas con este padecimiento.

El Alzheimer, causa más común de demencia, muestra unas cifras de un 60 a 70% de los casos. En México, de acuerdo con lo ya mencionado en la sección de estadística y demografía del presente trabajo, una gran parte de la población corresponderá al grupo de 60 y más años, es decir, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor.

En tal sentido es indispensable aprovechar el tiempo presente para optimizar los recursos sociales que pueden ser favorables al bienestar de dicha población y establecer estrategias tendentes a dar solución a los problemas actualmente observados y que pueden llegar a ser, en el futuro, severos obstáculos para una verdadera integración y participación social de los adultos mayores. Conforme

avanza la edad y con la prevalencia de enfermedades concomitantes como la hipertensión y la diabetes, el deterioro puede ser importante.

A estos propósitos explícita o implícitamente se les reconoce en los distintos planes de gobierno y en los programas de atención dirigidos al adulto mayor. Por tanto, examinar la situación sociodemográfica, las características de las relaciones familiares y de las redes de apoyo, las condiciones económicas y de calidad de vida de quienes cuentan con más de 60 años es asunto relevante no sólo en el ámbito académico sino en el de la gestión de servicios de salud.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención?

## **OBJETIVOS**

Objetivo general

- Determinar la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.

Objetivos específicos

- Conocer el tipo de calidad de vida que prevalece en adultos mayores con demencia en una Unidad de Medicina Familiar.
- Identificar la dimensión de la calidad de vida con mayor afectación de los adultos mayores con demencia en una Unidad de Medicina Familiar.

## **HIPOTESIS**

**H1.** Existe relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.

**H0.** No existe relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.

## **DEFINICION DE LAS VARIABLES**

### **VARIABLES DE ESTUDIO**

**Calidad de vida:** se define como las condiciones habituales en las cuales vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción, [34] para fines del estudio es el estado de bienestar en todas las áreas del ser humano, sus indicadores son las 36 preguntas que conforman al cuestionario SF-36, [35] que evalúa la calidad de vida, a las cuales se les otorga un puntaje, según el enfoque Rand, la cual transforma el puntaje en una escala que oscila entre el 0 al 100, considerando que el 100 es mejor, luego se promedian los puntajes de los ítems para crear los puntajes de las 8 dimensiones, o bien, realizarlo con el método del Health Institute, el cual otorga diferentes ponderaciones por medio de un software, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición ordinal, y sus categorías son muy buena, buena, regular y mala.

**Edad del adulto mayor:** se define a todo individuo mayor de 60 años a quien se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor, para fines del estudio es la subcategoría del grupo etario denominado adulto mayor según sea la edad del individuo, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición ordinal, con las categorías de edad avanzada (60 a 74 años), anciano (75 a 90 años) y grandes viejos (mayores de 90 años).

### **VARIABLES DESCRIPTORAS**

**Género:** se define como una propiedad social con funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres, [34] para fines del estudio es el fenotipo de la persona, su indicador es el género que refiera el participante, es una variable de tipo cualitativa

dicotómica, en escala de medición nominal, con las categorías de masculino y femenino.

## **METODOLOGIA**

### ***Diseño del estudio***

Es un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo.

### **Universo**

Adultos Mayores con diagnóstico de demencia.

### **Población**

Adultos Mayores con diagnóstico de demencia derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

### **Muestra**

Adultos Mayores con diagnóstico de demencia derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF No 94).

### **Criterios de selección de la muestra**

#### *Criterios de Inclusión:*

- Adulto de 60 años o más con diagnóstico de demencia.
- Ambos géneros.
- Ambos turnos.
- Que acepten participar voluntariamente bajo consentimiento informado.

#### *Criterios de Exclusión:*

- Que no contesten de manera completa el instrumento y los datos sociodemográficos.

## **Tipo de muestreo**

En este estudio se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

## **Determinación Estadística del Tamaño de la Muestra**

Se incluyó una muestra de todos los pacientes con diagnóstico de Demencia de la Unidad de Medicina Familiar, reportada en ARIMAC de la UMF 94 con un total de 654 pacientes y la utilización del programa estadístico EPI-info v6.0 con una prevalencia esperada del 50%, un error esperado del 25% y un nivel de confianza del 95%, se obtuvo una muestra de 97 participantes.

## **PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA**

Una vez autorizado el protocolo por el comité local de investigación (CLIEIS), se informó a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No 94, incluyendo el área de Archivo Clínico (ARIMAC) para obtener la base de datos de los pacientes con diagnóstico de demencia; al identificar cada caso, se propuso una entrevista el día de su cita más cercana en sala de espera de la unidad, y se procedió a informar acerca del trabajo de investigación, en caso de aceptar participar, se continuó con el llenado de la carta de consentimiento informado y posteriormente se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 para la medición de la Calidad de Vida y se obtuvieron los datos sociodemográficos.

## **INSTRUMENTO DE MEDICION**

Para fines de evaluar la calidad de vida, se utilizó el cuestionario SF-36, el cual es un instrumento desarrollado a partir del Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study). [36] Este instrumento fue desarrollado en Estados Unidos, y diseñado por Ware y colaboradores a principios de los años noventa, que detecta tanto estados positivos de salud como negativos, explora también la salud física y la salud mental. Este instrumento (SF-36), en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo. Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment,

está documentado en más de 1000 publicaciones, tiene una utilidad para estimar la carga de la enfermedad que está descrita en más de 130 condiciones por su brevedad y comprensión, por lo que es utilizada ampliamente a nivel mundial. En España se realizó una validación, que fue traducida al español y mostró una coincidencia completa, con una alta equivalencia a los valores originales y una reproductibilidad aceptable. Consta de 36 ítems, los cuales exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: de problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general.

Para su evaluación, se han propuesto dos formas diferentes de puntuación: el Rand Group el cual estableció una graduación de las respuestas para cada ítem, desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que este depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como los negativos, su contenido se centra en el estado funcional y el bienestar emocional, el ámbito de aplicación abarca población en general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

El SF-36 Health Survey evalúa a 36 de ítems midiendo ocho dimensiones sobre la salud, los cuales no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad; para asignación el puntaje, el enfoque Rand es simple, transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (siendo 100 el mejor puntaje). Por ejemplo, pregunta de 3 categorías las cuales se puntan 0-50-100; con 5 categorías puntan 0-25-50-75-100, con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems que no se responden no se contemplan.

Usando los 8 grupos de preguntas múltiples del SF-36, que contienen entre 2 a 10 preguntas cada una, se calculan las 8 escalas. Luego, estas escalas son tabuladas. En este método, un resultado por cada pregunta es derivado de un conjunto estandarizado de respuestas. Para cada escala, las respuestas de cada pregunta se codifican y recodifican, y los resultados se trasladan a una escala de 0



a 100 puntos, en cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud. Así, 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido (anexo 1). [36-38]

## **HOJA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

Con la finalidad de recabar los datos del instrumento (SF-35) y los datos sociodemográficos (edad y género), se elaboró un documento expreso (anexo 2).

## **ANALISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó estadística analítica con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 20 para aplicar la prueba estadística Z a las variables de estudio, y para la estadística descriptiva se utilizó el programa Excel, y se realizaron los cuadros y gráficas.

Por tratarse de la asociación entre 2 variables cualitativas esta prueba estadística z compara las proporciones las variables independientes. Esta prueba se basa en la aproximación normal de la distribución binomial, utilizable cuando los tamaños muestrales  $n_1$  y  $n_2$  son grandes para poder aplicar el teorema central del límite.

El estadístico Z sigue una distribución normal (0,1). En esta prueba se utiliza la distribución normal como aproximación de la solución exacta de intervalos de confianza para proporciones. El hecho de poder utilizar la proporción normal nos permite asociar un intervalo de confianza a la diferencia de proporciones.

## **ASPECTOS ETICOS**

### **Riesgo de la investigación**

No presenta ningún riesgo la investigación para los participantes, por tratarse de la resolución de un cuestionario para la obtención de datos.

### **Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto**

Se realizará una retroalimentación del resultado de la percepción de la calidad de vida de cada participante al terminar el llenado del instrumento, puntualizando las áreas de oportunidad.

### **Confidencialidad**

La información obtenida se manejará con estricta privacidad y para asegurar esto, los investigadores del estudio se referirán a cada paciente utilizando un folio que se asignará de manera arbitraria.

### **Condiciones para el consentimiento informado**

Una vez informado las condiciones del estudio a los posibles participantes, se procede a la lectura del consentimiento informado (anexo 3), y se aclararán las dudas, posteriormente se procederá a la obtención de las firmas.

### **Forma de selección de los participantes**

Basados en los criterios de inclusión, exclusión y eliminación previamente establecidos, cualquier adulto mayor con diagnóstico de demencia tendrá las mismas posibilidades de participar en el estudio.

### **Balance riesgo beneficio**

El estudio al no representar riesgos para los participantes, y que recibirán retroalimentación de su percepción en la calidad de vida, el balance es hacia los beneficios.

Se dejó claro que su participación es libre y voluntaria, respetando la autonomía, la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos. Asimismo, se otorgará el

beneficio de establecer una mejor relación médico-paciente para así poder explicar y otorgar información al paciente y familiares acerca de su padecimiento para una mejor calidad de vida del mismo, recibiendo retroalimentación verbal de ello por parte del investigador y manteniendo el seguimiento con su médico familiar tratante. Por otra parte, se le explicará que no existen riesgos por su participación en el presente protocolo de estudio.

### **Calificación del Riesgo**

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud; en materia de experimentación con seres humanos, así como en la declaración de Nuremberg emitida en 1947 en el tribunal internacional del mismo, donde a través de la cual se establecen las condiciones éticas para la práctica de la investigación en seres humanos. Esta declaración fue reformada en 1964 durante la Asamblea Mundial de Helsinki y actualizada por la misma Asamblea en 1975, 1983, 1989 y 2000, en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset y Edimburgo, respectivamente.

Se considera una investigación sin riesgo según el artículo 17 de la Ley General de Salud, debido a que la maniobra consiste en aplicar un cuestionario y recabar datos personales previo consentimiento informado, obtenido en las salas de espera de la Unidad Médica. Cabe mencionar que se les explica que su participación será elegida por conveniencia del investigador responsable, quien determina que en dicha participación tiene la libertad de retiro en cualquier momento, sin perjuicio de su derecho asistencial, dejando claro que el investigador no forma parte del equipo médico que atiende su salud y que si así lo prefiere, al finalizar el estudio, puede localizar (de manera telefónica) al investigador responsable para conocer los alcances que de este se derivaron, ya sea de manera verbal o por medio de la cita bibliográfica donde se publique el estudio.

## **RECURSOS**

Humanos: investigadores involucrados.

Físicos: instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, salas de espera y pasillos.

Materiales: artículos de papelería.

Tecnológicos: equipo de cómputo.

Financieros: aportados por el investigador.

## **PROGRAMA DE TRABAJO**

Durante el primer año de la residencia se llevó a cabo el seminario de investigación y se seleccionó el tema para la realización de esta tesis, y con esto, el anteproyecto del protocolo del mismo, con búsqueda bibliográfica y el instrumento del estudio. En el segundo año se pretende, que una vez autorizado y revisado por el asesor y el comité local de investigación (CLIEIS) se aplique el cuestionario SF-36, posteriormente recolectar los resultados de dichos cuestionarios, para así poder realizar las gráficas correspondientes, realizar el análisis y concluir dicho estudio para elaborar el escrito médico (anexo 4).

## **FACTIBILIDAD**

Este estudio es factible de llevarse a cabo, ya que cuenta con todos los elementos necesarios para su realización en la Unidad de Medicina Familiar No 94

## **DIFUSION DEL ESTUDIO**

El presente protocolo de investigación se proyectará como sesión médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 y se buscará publicar en una revista médica indexada.

## RESULTADOS

Con un total de 99 participantes con diagnóstico de demencia, 53% del género femenino y 47% del masculino, con un mínimo de 66 años y máxima de 99 años, en cuanto a la edad del adulto mayor, el 71% se categorizó como ancianos, seguido por 17% en edad avanzada y 12% en grandes viejos (tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de edades del adulto mayor con diagnóstico de demencia

<b>Edad del adulto mayor</b>	<b>Rango de edad</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Edad avanzada	60 a 74 años	17	17%
Ancianos	75 a 90 años	70	71%
Grandes viejos	Más de 90 años	12	12%
Total		99	100%

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes adultos mayores con diagnóstico de demencia de la UMF No 94 del IMSS, Noviembre de 2017.

Respecto a la calidad de vida, el 52% resultaron con mala calidad de vida, seguido de 36% con regular calidad de vida y con 12% con buena calidad de vida (tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de tipo de calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de demencia

<b>Tipo de calidad de</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
---------------------------	--------------------------------	-------------------

<b>vida</b>		
Regular	36	36%
Buena	12	12%
Mala	51	52%
Total	99	100%

*Fuente: instrumento SF-36 aplicado a pacientes adultos mayores con diagnóstico de demencia de la UMF No 94 del IMSS, Noviembre de 2017.*

En cuanto a la variable de estudio, por medio de la prueba estadística Kruskal-Wallis que relacionó a las edades del adulto con los tipos de calidad de vida, resultado con  $p = 0.000$ , permitiendo aceptar la hipótesis de trabajo (tabla 3).

Tabla 3. Resultado de la aplicación de la prueba estadística Kruskal-Wallis en las variables de estudio del adulto mayor con diagnóstico de demencia

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>	
	Valor de p
Gl	2
Sig. asintót.	.000

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Calidad de Vida\_b

*Fuente: programa estadístico SPSS versión 20, aplicado a las variables de estudio en pacientes adultos mayores con diagnóstico de demencia de la UMF No 94 del IMSS, Noviembre de 2017*

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

En este estudio, con un total de 99 pacientes adultos mayores con diagnóstico de demencia se encontró que un mayor porcentaje de los participantes son mujeres, la mayoría de los pacientes son ancianos, esto en cuanto a la subcategoría de edad del adulto mayor de la OMS, siendo la calidad de vida predominantemente mala en estos pacientes, con lo que se demostró que la edad y la calidad de vida son directamente proporcionales, es decir, a mayor edad peor calidad de vida, afirmándolo así con la prueba K-W. Es importante mencionar que los pacientes no solo sufren el envejecimiento cronológico, sino también el funcional y el social, lo que significa una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades diarias [32], donde, se encontró que la edad esta íntimamente relacionada con la calidad de vida, es decir, a mayor edad surge el empeoramiento de la misma, motivo por el cual la necesidad de implementar programas educativos para la familia y el paciente, para así aminorar este problema de salud el cual prevalece en la mayor parte de esta población tan vulnerable.

## **Conclusión**

Con una  $p=0.000$  con la prueba estadística Kruskal-Wallis, es significativa la relación entre las variables de estudio, por lo que se puede afirmar que existe relación entre la calidad de vida y la edad de los adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.

## Sugerencias

Los resultados obtenidos muestran, como tendencia general, adultos mayores con actitud desinteresada en relación a su condición etaria, sin idea de cómo solventar los problemas y las carencias, mayoritariamente atribuibles al ámbito institucional, de una sociedad en progresivo envejecimiento. De hecho, al comparar los elementos positiva y negativamente evaluados, se destaca que los aspectos mejor percibidos por los adultos mayores son principalmente atribuibles a la capacidad personal de los individuos, mientras que los aspectos peor evaluados se refieren a ámbitos de competencia de las autoridades, donde la iniciativa personal tiene un peso menor.

El análisis de los aspectos que más afectan la calidad de vida de los adultos mayores remite al manejo tradicional del sistema político-institucional que desconoce las necesidades específicas de dicho grupo etario.

Pese a que se reconoce un incremento de la atención de las autoridades hacia los problemas relacionados con el envejecimiento, las personas mayores detectan áreas prioritarias que no han sido todavía consideradas como objeto de intervención específica. En este sentido, la insuficiencia del sistema previsional es considerado uno de los principales obstáculos para un envejecimiento positivo.

Sobre la base de los resultados de la investigación, es posible señalar algunas de las áreas prioritarias que las políticas públicas deberían enfrentar para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores. Éstas remiten a las siguientes líneas de acción: promover un sistema de previsión social que garantice la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores y su autonomía económica; dotar a la ciudad de infraestructura y entornos seguros y adecuados a las necesidades de este grupo etario y desarrollar medidas específicas para facilitar la movilidad de las personas mayores. Todo ello incentivaría una mayor participación de los adultos mayores en el espacio público, redundando en su reconocimiento como sujetos activos y en su inserción social.

Por último, es importante señalar que los indicadores de calidad de vida, basados simultáneamente en datos objetivos de condiciones de vida y en la percepción y



evaluación subjetiva de las mismas, muestran su validez como recursos para la planificación urbana, aportando información relevante para la promoción de una ciudad mayormente inclusiva

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Méndez M, Cummings J: Dementia. A Clinical Approach. 3 Ed. Philadelphia: Elsevier Science. 2003.
2. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2007. 10th ed. Vol. 2008; 2007.
3. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-2117.
4. Wimo A, Jonsson L, Winblad B: An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;21(3):175-181.
5. Berríos GE: Dementia: Historical Overview. In: Burns A, O'Bryen J, Ames D, eds. *Dementia*. 3 ed. London: Hodder Arnold. 2000;3-13.
6. Berríos GE: Cognitive Impairment. In: Berríos GE, ed. *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge Cambridge University Press. 1996;172-208.
7. Berríos GE: Dementia: Historical Overview. In: Burns A, O'Bryen J, Ames D, eds. *Dementia*. 3 ed. London: Hodder Arnold. 2005;3-15.
8. Ciceron: *De Senectude, De Amicitia, De Divinitane*.

9. Ciceron: Tusculanan disputations. Books 3. Para 10.
10. Lucrecius: De Rerum Natura. Libro 1. línea 704.
11. Rey A: Dictionnaire Historique de La Langue Francaise Paris: Dictionnaire Le Robert. 1995.
12. Esquirol E: Des Passions Paris: Didot Jeune. 1805.
13. Esquirol E: Des Maladies Mentales Paris: Baillière. 1838.
14. Calmeil L: Demences. Dictionnaire de Médecine et Repertoire Générale des Sciences Médicales. 2 ed. Paris: Bechet. 1835; 70-85.
15. Guislain P: Psychiatrie clinique. Paris: Le François. 1956.
16. Bayle A: Traité des maladies du cerveau Paris: Gabon et Compagnie. 1826.
17. Morel B: Traité des Maladies Mentales Paris Masson. 1860.
18. Marie A: La Demence Paris: Doing. 1906.
19. Secretaría de Salud. Plan de acción Alzheimer y otras demencias México, 2014 [Internet]. Consultado en junio de 2017, Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/plan\\_alzheimer.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/plan_alzheimer.pdf)
20. World Health Organization Fact Sheets [Internet], consultado en junio de 2017 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

21. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento la Demencia tipo Alzheimer, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.
22. Real Academia de la Lengua Española. [Internet], Consulta en junio de 2017, Disponible en: <http://www.rae.es>
23. Revista Mexicana de Neurociencias. 2015; México, 16 (suplemento 1): S1-S129.
24. WHOQOL user manual (Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998: 61-71 (documento inédito WHO/MNH/MHP/98.3; se puede solicitar al Programa de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra (Suiza)).
25. Barreto, C. C. C., Programa de higiene y cuidados orales en mayores funcionales dependientes, tesis doctoral inédita. Granada, 2008: Universidad de Granada.
26. OMS, ¿Qué Calidad de Vida?, [Internet] Foro Mundial de la Salud Vol 17, 1996. Consultado en junio de 2017, disponible en: [www.who.int/mediacentre](http://www.who.int/mediacentre)
27. Fernández Ballesteros, R. "Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales", Anuario de Psicología, núm. 73. Barcelona, 2007: Universidad de Barcelona-Facultad de Psicología, pp. 89-104.
28. Fernández Ballesteros, R., y Maciá, A. "Calidad de vida en la vejez", Revista de Intervención Psicosocial, núm. 5, pp. 77-94. Madrid, 1993: Colegio Oficial de Psicólogos.
29. Proyecciones de población Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2016, [Internet] Consultado en junio de 2017. Disponible en:

[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Documento\\_Metodologico\\_Proyecciones\\_2010\\_2050](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Documento_Metodologico_Proyecciones_2010_2050)

30. Organización Mundial de la Salud [Internet], consultado en junio de 2017, Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

31. María Elena Flores Villavicencio, Guillermo Alonso Cervantes Cardona, Martha Cruz Ávila (2011) “Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia” p. 87-99. Jalisco, México.

32. José de Jesús García Vega, Francisco J. Sales Heredia, (2011) “Bienestar y Calidad de Vida en México” p. 113-167. Ciudad de México, México.

33. Conceptos en Calidad de Vida [Internet], consultado en junio de 2017, disponible en: <http://deconceptos.com/ciencias-sociales/calidad-de-vida>

34. World Health Organization Fact Sheets [Internet], consultado en junio de 2017, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

35. World Health Organization Topics [Internet], consultado en junio de 2017, disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>

36. Diccionario y glosario en español online [Internet], Consultado en junio de 2017, disponible en: <http://definicion.de/edad/>

37. Cuestionario de Salud SF-36, versión descargable [Internet], Consultado en junio de 2017, disponible en:

[http://64.233.179.104/search?q=cache:1lKtonesTwlJ:epi.minsal.cl/cdvida/doc/Doc7gyensenppt+Cuestionario+de+salud+general&hl=es&lr=lang\\_](http://64.233.179.104/search?q=cache:1lKtonesTwlJ:epi.minsal.cl/cdvida/doc/Doc7gyensenppt+Cuestionario+de+salud+general&hl=es&lr=lang_)

38. Cuestionario de salud y calidad de vida [Internet], consultado en junio de 2017, disponible en:

<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/CuestionarioSalud.pdf>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

### **INSTRUMENTO**

### **CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA SF-36**

#### **Instrucciones**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permiten saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que parezca más cierto.

#### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1.- En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2.- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año

3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL**

3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

4.- Su salud actual ¿Le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

5.- Su salud actual ¿Le limita para **coger o llevar una bolsa de compras**?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

6.- Su salud actual ¿Le limita para **subir varios pisos** por las escaleras?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

7.- Su salud actual ¿Le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

8.- Su salud actual ¿Le limita para **agacharse o arrodillarse**?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

9.- Su salud actual ¿Le limita para caminar **un kilómetro o más**?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

10.Su salud actual ¿Le limita para caminar **varias manzanas** (varios cientos de metros)?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

11.- Su salud actual ¿Le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

12.- Su salud actual ¿Le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

1. Si me limita mucho
2. Me limita un poco
3. No me limita

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13.- Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

14.- Durante las últimas 4 semanas ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

15.- Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud física?

1. Si
2. No

16.- Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo **dificultad** para realizar sus actividades diarias o hacer su trabajo (más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Si
2. No

17.- Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o sus actividades diarias, a causa de algún problema emocional (cómo estar triste, nervioso o deprimido)?

1. Si
2. No

18.- Durante las últimas 4 semanas ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (cómo estar triste, nervioso o deprimido)?

1. Si
2. No

19.- Durante las últimas 4 semanas ¿No hizo su trabajo o sus actividades diarias tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (cómo estar triste, nervioso o deprimido)?

1. Si
2. No

20.- Durante las últimas 4 semanas ¿Hasta qué punto, su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21.- ¿Tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo durante las últimas 4 semanas?

1. Ninguno
2. Muy poco
3. Un poco
4. Moderado



5. Mucho

22.- Durante las últimas 4 semanas ¿Hasta qué punto, el dolor le ha dificultado su trabajo habitual y actividades diarias?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

23.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

24.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

25.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

26.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
7. Nunca

27.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

28.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

29.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

30.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

31.- Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre

3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

32.- Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia, su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (cómo visitar amigos y familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo una vez
6. Nunca

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES**

33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas:

1. Totalmente cierto
2. Bastante cierto
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera:

1. Totalmente cierto
2. Bastante cierto
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar:

1. Totalmente cierto
2. Bastante cierto
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente:

1. Totalmente cierto

- 2. Bastante cierto
- 3. No lo sé
- 4. Bastante falsa
- 5. Totalmente falsa

**Anexo 2                      HOJA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION**

**RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD DE ADULTOS  
MAYORES CON DEMENCIA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Folio: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Calidad de Vida SF-36**

18. En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente   b. Muy buena   c. Buena   d. Regular   e. Mala**

19. ¿Cómo diría que es su salud actual, con respecto a la de hace 1 año?

- a. Mucho mejor ahora      b. Algo mejor ahora      c. Más o menos igual  
que hace un año**  
**d. Algo peor ahora                      d. Mucho peor ahora**

**Las siguientes preguntas se refieren a las actividades o cosas que usted  
podría realizar en un día normal.**

20. Su salud actual ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr,  
levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

- a. Si me limita mucho    b. Me limita un poco    c. No me limita**

21. Su salud actual ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover  
una mesa, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?

- a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
22. Su salud actual ¿Le limita para recoger o llevar una bolsa de compras?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
23. Su salud actual ¿Le limita para subir varios pisos por las escaleras?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
24. Su salud actual ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
25. Su salud actual ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
26. Su salud actual ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
27. Su salud actual ¿Le limita para caminar varias manzanas (varios cientos de metros)?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
28. Su salud actual ¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**
29. Su salud actual ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?  
a. **Si me limita mucho**   b. **Me limita un poco**   c. **No me limita**

**Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.**

30. Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?  
a. **Si**   b. **No**
31. Durante las últimas 4 semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?  
a. **Si**   b. **No**
32. Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud física?  
a. **Si**   b. **No**
33. Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo dificultad para realizar sus actividades diarias o hacer su trabajo (más de lo normal), a causa de su salud física?  
a. **Si**   b. **No**

34. Durante las últimas 4 semanas ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades diarias, a causa de algún problema emocional (cómo estar triste, nervioso o deprimido)?  
**a. Si b. No**
35. Durante las últimas 4 semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (cómo estar triste, nervioso o deprimido)?  
**a. Si b. No**
36. Durante las últimas 4 semanas ¿No hizo su trabajo o sus actividades diarias tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (cómo estar triste, nervioso o deprimido)?  
**a. Si b. No**
37. Durante las últimas 4 semanas ¿Hasta qué punto, su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas?  
**a. Nada b. Un poco c. Regular d. Bastante e. Mucho**
38. ¿Tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo durante las últimas 4 semanas?  
**a. Ninguno b. Muy poco c. Un poco d. Moderado e. Mucho**
39. Durante las últimas 4 semanas ¿Hasta qué punto, el dolor le ha dificultado su trabajo habitual y actividades diarias?  
**a. Nada b. Un poco c. Regular d. Bastante e. Mucho**

**Las Preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Se responde con lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.**

40. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?  
**a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo una vez f. Nunca**
41. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?  
**a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo una vez f. Nunca**
42. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?  
**a. Siempre b. Casi siempre c. Muchas veces d. Algunas veces e. Sólo una vez f. Nunca**

43. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- a. Siempre veces      b. Casi siempre      c. Muchas veces      d. Algunas veces  
e. Sólo una vez      f. Nunca
44. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- a. Siempre veces      b. Casi siempre      c. Muchas veces      d. Algunas veces  
e. Sólo una vez      f. Nunca
45. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- a. Siempre veces      b. Casi siempre      c. Muchas veces      d. Algunas veces  
e. Sólo una vez      f. Nunca
46. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- a. Siempre veces      b. Casi siempre      c. Muchas veces      d. Algunas veces  
e. Sólo una vez      f. Nunca
47. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
- a. Siempre veces      b. Casi siempre      c. Muchas veces      d. Algunas veces  
e. Sólo una vez      f. Nunca
48. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
- a. Siempre veces      b. Casi siempre      c. Muchas veces      d. Algunas veces  
e. Sólo una vez      f. Nunca
49. Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia, su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (cómo visitar amigos y familiares)?
- a. Siempre veces      b. Casi siempre      c. Muchas veces      d. Algunas veces  
e. Sólo una vez      f. Nunca

**Por favor indique, si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:**

50. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas:
- a. Totalmente cierto      b. Bastante cierto      c. No lo sé      d. Bastante falsa  
e. Totalmente falsa
51. Estoy tan sano como cualquiera:
- a. Totalmente cierto      b. Bastante cierto      c. No lo sé      d. Bastante falsa  
e. Totalmente falsa
52. Creo que mi salud va a empeorar:
- a. Totalmente cierto      b. Bastante cierto      c. No lo sé      d. Bastante falsa  
e. Totalmente falsa

53. Mi salud es excelente:

- a. Totalmente cierto    b. Bastante cierto    c. No lo sé    d. Bastante falsa  
 e. Totalmente falsa

Puntuación: \_\_\_\_\_ puntos.

Tipo de calidad de vida:

Mala: \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_

Edad del adulto mayor: \_\_\_\_\_ años.

Edad avanzada: \_\_\_\_\_ Ancianos: \_\_\_\_\_ Grandes Viejos: \_\_\_\_\_

Anexo 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Actividades	MES (año)	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Elaboración del protocolo	P	P					
	R	R					
Selección del instrumento	P	P					
	R	R					
Elaboración de la hoja de recolección de datos	P		P				
	R		R				
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P			P			
	R			R			
Recolección de la información	P			P			
	R			R			
Elaboración de la base de datos	P			P			
	R			R			




Captura de la información	P				P		
	R				R		
Procesamiento de Datos	P				P		
	R				R		
Análisis de los Resultados	P					P	
	R					R	
Elaboración del escrito científico	P						P
	R						R

P= programado

R= realizado

### 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 (ADULTOS)
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>Nombre del estudio:</b>	<b>RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION</b>
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	No aplica
<b>Lugar y fecha:</b>	Ciudad de México, Unidad de Medicina Familiar No. 94, a ____ de diciembre del 2017.
<b>Número de registro:</b>	Sin registro por el momento.
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Justificación: la demencia es un problema de salud pública, se calcula que entre 5 y 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento, en este sentido, para este grupo etario con esta enfermedad, es de vital importancia conocer sus condiciones de vida o la manera en que perciben, a fin de contextualizar su entorno biológico, psicológico y social, lo cual puede motivar en hacer un cambio o reforzamiento en aspectos de la vida diaria. Objetivo: determinar la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.
<b>Procedimientos:</b>	La participación es voluntaria y consiste en responder un cuestionario de aspectos que se perciben en la manera de vivir.
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	Tiempo invertido para contestar el cuestionario.
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	Orientación respecto a las características de vida que se percibe, a fin de identificar aspectos que ameritan especial atención, sean modificaciones o reforzamientos en la manera de vivir.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna para comprender a la demencia y calidad de vida, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
<b>Participación o retiro</b>	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; además, el investigador me ha asegurado que no se identificarán los datos que deriven de mi información con mi nombre, sea en presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, por lo tanto, todos los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	
<b>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</b>	No aplica.
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	Saber si existe relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con demencia en un primer nivel de atención.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	

**Investigador Responsable:**

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, matrícula 99366361, teléfono 57672799, extensión: 21407, correo electrónico: [rodriguin60@hotmail.com](mailto:rodriguin60@hotmail.com)

**Colaboradores:**

Dra. Andrea Pérez Estrada, matrícula 97360042, teléfono 55574746, correo electrónico: [neble\\_5000@hotmail.com](mailto:neble_5000@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](mailto: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**