

Universidad CEU Cardenal Herrera

Departamento de Enfermería



**Calidad de vida en pacientes con demencia
no institucionalizados.
Una perspectiva enfermera.**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:
Marta Lluesma Vidal

Dirigida por:
Dr. D. Jose Vicente Carmona Simarro

Dr. D. Sergio Murgui López

VALENCIA
2017

Dr. D. JOSE VICENTE CARMONA SIMARRO, Profesor Colaborador Doctor del Departamento de Enfermería de la Universidad CEU Cardenal Herrera.

Dr. D. SERGIO MURGUI LÓPEZ, Profesor Colaborador Doctor del Departamento de Psicología de la Universidad de Valencia.

CERTIFICA:

Que la tesis doctoral titulada: “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DEMENCIA NO INSTITUCIONALIZADOS. UNA PERSPECTIVA ENFERMERA”, ha sido realizada bajo mi dirección por **Dña. Marta Llesma Vidal**, Diplomada en Enfermería, y reúne a mi juicio condiciones suficientes para su presentación y defensa ante el tribunal correspondiente para optar al grado de **Doctor**.

Título: Calidad de vida de pacientes con demencia no institucionalizados.

Una perspectiva enfermera.

Dr. Jose Vicente Carmona Simarro

Dr. Sergio Murgui López

Valencia, noviembre de 2016.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a mis padres el haberme criado con tanto amor, en un entorno en el que me he sentido segura y capaz. Gracias por fomentar mi autonomía, por inculcarme el valor de la educación y por acompañarme siempre. Sin vosotros esto no hubiera sido posible.

A mi hermana Ana, por ser mi calma. Por leer con tanta atención toda la tesis y por sus correcciones de estilo.

A mi marido por apoyarme e ilusionarse conmigo, por ser mi compañero de vida. Sin su comprensión no hubiera podido seguir estudiando, el haber llegado hasta aquí es en parte mérito suyo.

Al personal de los centros de AFAV, por abrirnos las puertas y facilitarnos el trabajo de campo.

A los pacientes que nos obligan a mejorar y seguir aprendiendo para dar una mejor respuesta a sus necesidades.

A la Universidad CEU Cardenal Herrera por darme la oportunidad de cumplir el sueño de ser docente.

A Vicent Benavent por su ayuda con la maquetación.

A Jose Vicente Carmona, por ayudarme a creer en este proyecto y por contagiarme su optimismo, por su apoyo, su tiempo y su paciencia.

A Loreto Peyró por facilitarme la dedicación a la tesis y por enseñarme tantas cosas.

A Laura Cubero por compartir el proyecto conmigo.

*A Carmen y Guillermo,
el sentido de mi vida.*

*A Marisol, in memoriam
por ser una lección de vida.*

Abreviaturas

- A β : Beta amiloide.
- ACV: Accidente cerebro vacsular.
- AFAV: Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Valencia.
- APA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- APP: Proteína precursora amiloidea.
- ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.
- CAMDEX: The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly.
- CBS: Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia.
- CDR: Calificaciones clínicas de demencia.
- CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, 10ª versión.
- COS: Cuestionario del sueño de Oviedo.
- CV: Calidad de vida.
- CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.
- DCL: Deterioro cognitivo leve.
- DCM: Dementia Care Mapping.
- DEMQOL: Quality of Life in Dementia's Disease.
- DFT: Demencia fronto-temporal.
- DSM: Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales.
- DV: Demencia vascular.
- EA: Enfermedad de Alzheimer.
- EADAG: Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg.
- EH: Enfermedad de Huntington.
- EP: Enfermedad de Parkinson.
- EpS: Educación para la salud:
- EVA: Escala visual analógica.
- EV: Esperanza de vida.
- FAD: Enfermedad de Alzheimer familiar.
- FEFEVA: Asociación de Familiares de Alzheimer.
- FV: Fluidez verbal.

GENCD: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias.

IC: Índice de confianza.

ICC: Índice de comorbilidad de Charlson.

ICCa: Índice de comorbilidad de Charlson ajustado por edad.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LCR: Líquido cefalorraquídeo.

LOE: Lesion ocupatente de espacio.

LOT: Test de Orientación Vital/Life Orientation Test.

MCI: Mild Cognitive Impairment.

MMSE: Mini Mental State Examination.

MNA: Mini Nutritional Assesment.

NANDA: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería/North American Nursing Diagnosis Association.

NC: No contesta.

NIA-AA: Institute of Aging estadounidense-Alzheimer's Association.

NIC: Nursing Interventions Classification, siglas en inglés de la clasificación estandarizada y codificada de las intervenciones realizadas por el enfermero.

NOC: Nursing Outcomes Classification, siglas en inglés de la clasificación estandarizada y codificada de los objetivos de los planes de cuidados.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAE: Proceso de atención de enfermería.

PET/TAC :Tomografía por emisión de positrones/ tomografía computerizada .

PSEN1: Proteína preselenina 1.

PSEN2: Proteína preselenina 2.

QOL-AD: Quality of Life in Alzheimer's Disease.

QUALID: Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale.

SEN: Sociedad Española de Neurología SF-36: Short form-36 health survey.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

UNIDES: Unidad para la Investigación y el Desarrollo de la Enfermería y la Sociedad.

UPP: Úlceras por presión.

TCE: Traumatismo craneoencefálico.

Justificación

El aumento de la esperanza de vida derivado del desarrollo científico técnico y el fenómeno conocido como “envejecimiento del envejecimiento” facilitan el desarrollo de procesos neurodegenerativos como son las demencias. La estimación de población anciana a nivel mundial (mayores de 65 años) para 2020 será de 9,7 % y para 2050, 16,5 %. El estudio *Neurological Disorders in Central Spain* sitúa la prevalencia de demencia en España cercana al 6% de los/as ancianos/as ([Bermejo-Pareja et al., 2010](#)). A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 47,5 millones de personas padecen demencia en el mundo y se prevé que el número total de personas con demencia llegue a 75,6 millones en 2030 y casi al triple en el año 2050, con 135,5 millones ([WHO, 2016](#)).

Las demencias agrupan una serie de enfermedades neurodegenerativas cuya característica común es la cronicidad, la incapacidad y la dependencia progresiva. El tratamiento combina terapia farmacológica, cuyo objetivo es retrasar el avance de la enfermedad en las fases iniciales de la misma aunque su efectividad es limitada y terapia no farmacológica, basada fundamentalmente en intervenciones psicosociales cuyo objetivo es ralentizar el desarrollo de la enfermedad.

La Enfermería como disciplina especializada en el cuidado puede intervenir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con demencia. Al tratarse de enfermedades neurodegenerativas se produce un aumento del nivel de dependencia, el cual implica un progresivo déficit de autocuidados. La enfermera dentro del equipo interdisciplinar desarrolla sus competencias en el ámbito asistencial, promoviendo la mayor autonomía del paciente y desarrollando planes de cuidados; en el ámbito docente, formando a la familia o cuidadores; en el ámbito de la investigación potenciando cuidados basados en la evidencia y el rigor científico; y en el ámbito de la gestión. En relación a esta última, no se debe olvidar el importante gasto sociosanitario asociado a altos niveles de dependencia propios de las patologías crónicas e irreversibles. Por tanto, investigar sobre cómo mejorar la calidad de vida y determinar

las variables que influyen en ésta para reducir el gasto sanitario aúna la vertiente gestora y la investigadora.

En las demencias el mantenimiento de la calidad de vida constituye un objetivo fundamental de la práctica asistencial. El incremento de las patologías crónicas ha llevado a que el esfuerzo terapéutico se centre en lograr una mejoría en la sensación de bienestar y satisfacción percibida por el paciente. El concepto de salud está fundamentado un enfoque integral donde se contemplan las esferas biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. La redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional, derivándose la importancia de medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) con un enfoque global. Los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon son una herramienta que permite organizar la información obtenida en la valoración de forma adecuada.

El estudio de la CVRS de los pacientes con demencia plantea algunas dificultades: el propio avance de la enfermedad, el cual conlleva dificultad para la obtención de información del propio paciente, y la variabilidad de instrumentos para su recogida.

Existen en la literatura científica numerosos trabajos sobre la CVRS de los pacientes con demencia, pero la mayoría se han realizado con pacientes institucionalizados. Puesto que en los últimos tiempos se está promoviendo el domicilio como lugar terapéutico ideal, son necesarias nuevas investigaciones sobre la calidad de vida de pacientes que no se encuentran institucionalizados en centros de larga estancia, por lo que el análisis de la calidad de vida de los pacientes no institucionalizados es un área nueva de investigación.

Es necesario destacar la escasez de estudios sobre la CVRS de los pacientes con demencia atendidos en su domicilio, desde el enfoque de la disciplina enfermera.

El presente trabajo surge de la necesidad de conocer y mejorar la percepción que tiene un grupo concreto de pacientes sobre su CVRS para de este modo planificar cuidados que tengan en cuenta las variables que influyen en la CV de los pacientes con demencia leve-moderada no institucionalizados.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: La Demencia

Introducción.

La disminución creciente de la mortalidad desde la segunda década del siglo XX y el aumento de la esperanza de vida junto con el decremento de la natalidad a partir de los años 70, han traído consigo el progresivo envejecimiento de la población, favoreciendo así el desarrollo en nuestro entorno de un grupo de patologías asociadas al envejecimiento, como son las enfermedades neurodegenerativas. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida (EV) entre 1992 y 2013 se ha incrementado pasando de 81,6 a 85,6 años en las mujeres, y de 74,4 a 80,1 años en los varones (INE, 2016). De estos datos se desprende que, aunque en mayor medida en las mujeres, tanto ellas como ellos presentan una EV de vida al nacimiento más alta que la mayoría de países europeos. De hecho, según un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), España se emplaza en el segundo puesto de la lista de los países más longevos del mundo (OCDE, 2015). En la actualidad, el 14% de los ciudadanos españoles tienen más de 65 años y se calcula que esta eminente proporción de personas mayores aumentará en los próximos años, de forma que se estima que, en nuestro país, la población de personas mayores¹ en 2050 ascenderá a unos 13 millones. Asimismo, se ha señalado que, en dicho año, un 37% de la población española tendrá más de 65 años y, que España será el tercer país más viejo del mundo, por detrás de Japón y Corea, cuyos porcentajes se estiman que alcanzarán un 39,4% y alrededor del 38%, respectivamente, según un estudio llevado a cabo también por la OCDE (OCDE, 2007).

El siglo XX, debido a los avances médicos y tecnológicos, fue testigo de una revolución de la longevidad que puede aclarar el proceso del envejecimiento.

¹ El término hace referencia a las últimas décadas de la vida donde hay cambios físicos, cognitivos, sociales. La edad de inicio varía según autores ya que el proceso de envejecimiento presenta gran variabilidad interindividual. No obstante, por consenso se considera que son personas mayores aquellas que tienen una edad comprendida entre los 65 años en adelante.

Señalar también que si la vejez ha constituido un proceso reciente, se puede aseverar que el grupo etario de los octogenarios es prácticamente una revelación del cuarto de siglo XX y que la vulnerabilidad física, psíquica y social se incrementa con la edad.

Esta situación y las cifras referidas han originado en la comunidad científica y en la sociedad española en general, una notable sensibilidad frente a los problemas vinculados a la vejez, como son las demencias. Si bien la demencia no es una enfermedad exclusivamente ligada a las personas mayores, sí está estrechamente relacionada con la edad, de ahí que Bermejo-Pareja (2008) en su estudio *Neurological Disorders in Central Spain*, sitúe la prevalencia de demencia en España en torno al 6% de los ancianos, progresando casi exponencialmente desde los 65 años en adelante. De hecho, el incremento de la prevalencia y la incidencia de la demencia se relacionan claramente con el envejecimiento hasta los 85 años, mientras que, como señala dicho autor, “en los nonagenarios la prevalencia de la demencia es muy variable (25-54%)” (Bermejo-Pareja, 2008:352) por lo que es razonable que su crecimiento progresivo justifique la necesidad de una mayor profundización en su estudio, tanto por razones científicas como por razones sociales.

La función mental de un sujeto, también denominada *función cognitiva o intelectual*, está conformada por una serie de capacidades, tales como el lenguaje, la percepción, la memoria, el razonamiento abstracto, los conocimientos, la elaboración de pensamiento e ideas o la atención, entre otras. En el momento en que dichas funciones se alteran de modo más o menos global y sostenido en el tiempo impidiendo que el sujeto realice una vida social y laboral, estamos frente a un caso de demencia. Como se describirá más adelante, la demencia agrupa una serie de enfermedades neurodegenerativas entre las cuales se encuentran la Enfermedad de Alzheimer (EA) —la más prevalente—, Enfermedad de Parkinson (EP) y la Enfermedad de Huntington (EH), que son las más destacadas por su frecuencia y/o gravedad, caracterizándose todas ellas por la cronicidad, la incapacidad y la dependencia progresiva que ocasionan. Este alto grado de dependencia genera un impacto enorme tanto en el sistema sanitario como en el propio paciente y su entorno familiar más cercano, de ahí que sea necesario acometer un enfoque multidisciplinar. De este modo, el mantenimiento de la calidad de vida en pacientes con enfermedades neurodegenerativas constituye un objetivo fundamental de la práctica asistencial (Vargas-Escobar, 2012).

“Dado que no existe un tratamiento eficaz y curativo de la demencia, el cuidado y mantenimiento de la calidad de vida de personas que la padecen constituye uno de los objetivos sanitarios y retos sociales más importantes en la actualidad. Pese a los grandes avances registrados en los últimos años, todavía existen importantes desafíos en el estudio de la calidad de vida en la demencia, tanto en el terreno teórico como en el metodológico.” (León, 2010: 78).

En definitiva, de todo lo referido, se extrae que nuestra sociedad está envejeciendo a un ritmo muy acelerado, por lo que poder brindar una buena calidad de vida en la senectud es, hoy en día, un reto para las políticas sociales, los servicios sociosanitarios y para la sociedad en su conjunto, y más cuando esta etapa de la vida está asociada a una fuerte comorbilidad.

1.1-Definición.

Existen numerosas definiciones de demencia, pero todas coinciden en señalar que se trata de un síndrome clínico de carácter orgánico y etiología diversa, caracterizado principalmente por un deterioro, progresivo y persistente de las funciones cognitivas superiores —memoria, pensamiento, orientación, lenguaje, cálculo, aprendizaje y juicio— con repercusión directa en el desarrollo de las actividades de la vida diaria del individuo, afectando a su entorno social, laboral y familiar (Winmblad et al, 2016). La Organización mundial de la Salud (OMS) la define como:

“Un síndrome —generalmente de naturaleza crónica o progresiva— caracterizado 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. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. 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.” (WHO, 2015: párr. 1).

Aunque existen más de 70 enfermedades distintas que pueden conllevar síntomas demenciales, los dos tipos de demencia más prevalentes son, por orden de frecuencia, la EA, aproximadamente un 60% de todas las demencias, y la demencia vascular (DV), ocasionada por múltiples infartos a niveles corticales (Formiga et al., 2008).

Otros tipos de demencia se dan asociados a otras enfermedades, como son la enfermedad de Huntington (EH), la EP, la enfermedad de Pick, la enfermedad con cuerpos de Lewy, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los traumatismos craneoencefálicos (TCE): por ejemplo en la EP la demencia va acompañada de alteraciones motoras; en la DCL la demencia se asocia, no sólo al alteraciones motoras sino también a conductuales graves como alucinaciones visuales en especial. Adicionalmente, se observan alteraciones neuropsiquiátricas que, en conjunto, reflejan una disminución en las funciones sociales y de la vida cotidiana (Hesse, 2009).

Las distintas sociedades clínicas han establecido sus propios criterios diagnósticos, que si bien armonizan en ciertos aspectos, también presentan diferencias. En España se ubican los criterios del Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (GENCD), no obstante, los criterios diagnósticos más utilizados para conceptualizar la demencia son los de la Clasificación internacional de enfermedades, 10ª versión (CIE-10), realizada inicialmente por la OMS (1992), y los de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995), descritos en *El Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM, siglas en inglés). Este último manual, originario de Estados Unidos, se ha convertido asimismo en el vademécum de referencia en Europa. Los clínicos usan sus criterios en su quehacer diario, entre otras razones, porque brinda la opción de llevar a cabo estudios comparativos transnacionales. Ambos criterios se revisan y actualizan periódicamente.

1.1.1-Criterios para el diagnóstico de la demencia.

Al principio, los criterios clínicos de demencia mostraban la presencia de una pérdida de memoria y, ulteriormente, se sumarían déficits en otras áreas cognitivas como, por ejemplo, el razonamiento, el lenguaje o el cálculo; estas pérdidas originarían una alteración en la autonomía de la persona.

El CIE-10 define la demencia de la siguiente manera:

“Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara.” (En: Pinto et al., 2007: 247).

El déficit en esta clasificación se desarrolla paralelamente al deterioro de control emocional, de la motivación o comportamiento social, originando una disminución de la capacidad intelectual que repercute en las actividades del día a día —actividades de la vida diaria (AVD)— como comer, vestirse o asearse, con una duración del cuadro no inferior a seis meses. Estos criterios se fundamentan en el deterioro suficiente de memoria y de pensamiento para obstaculizar el quehacer diario como exigencia principal para el diagnóstico, aunque trascendiendo los límites de una dismnesia al perturbar otras funciones cognitivas.

La OMS está desarrollando la CIE-11, cuya publicación se estima que será para el próximo año 2017, no obstante, no se esperan cambios importantes a la hora de establecer el diagnóstico de demencia.

Criterios para el diagnóstico de demencia según CIE-10 son los siguientes (ICD-10,1992):

1- “Deterioro de la memoria:

- A. Alteración en la capacidad de registrar, almacenar y evocar información.
- B. Pérdida de contenidos mnémicos relativos a la familia o al pasado.

2-Deterioro del pensamiento y del razonamiento.

- A- Reducción del flujo de ideas.
- B- Deterioro en el proceso de almacenar información.
 - i- dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.
 - ii- dificultad para cambiar el foco de atención.

3-Interferencia en la vida cotidiana.

4-Nivel de conciencia normal, sin excluir la posibilidad de alteraciones episódicas.

5-Las deficiencias se hallan presentes durante al menos 6 meses.”

Por su parte, la última versión del DSM corresponde al DSM-V, en el que se señala que:

“La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como trastorno neurocognitivo mayor, aunque el uso del término demencia no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso de este término es habitual.” (DSM-V, 2014: 591)

Es decir, se introduce el concepto de trastorno neurocognitivo, que actualmente ocupa el lugar de trastornos mentales orgánicos de ediciones precedentes. Los trastornos neurocognitivos se dividen en la siguiente triada de categorías:

- Delirium.
- Trastorno neurocognitivo menor.
- Trastorno neurocognitivo mayor.

El trastorno neurocognitivo mayor y el menor se distinguen dependiendo de la intensidad de los síntomas y su efecto en la funcionalidad del sujeto.

Los criterios para el diagnóstico de demencia DSM-V (trastorno neurocognitivo menor) son los siguientes ([DSM-V, 2014](#)):

A. “Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero.

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)”.

Los criterios para diagnóstico de demencia DSM-V (trastorno neurocognitivo mayor) son los siguientes ([DSM-V, 2014](#)):

“A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)”.

Además de los ya mencionados criterios diagnósticos del DSM-V y CIE-10, se han publicado dos grupos de criterios para el diagnóstico de la demencia y la EA. Se trata de los criterios de Dubois y la actualización de los criterios NINCDS-ADRDA, que fueron revisados en 2011 y constituyen ahora los denominados criterios NIA-AA ([McKhann et al., 2011](#)).

El grupo de Dubois ha establecido los criterios para el diagnóstico de la EA, no siendo de aplicación para otro tipo de demencia. Para los autores, lo fundamental desde el punto de vista clínico es la afectación gradual y progresiva de la memoria episódica, de forma aislada o asociada con otras alteraciones cognitivas, pero siempre objetivada mediante los resultados de tests neuropsicológicos. A este hallazgo clínico ha de sumarse la presencia de biomarcadores como la atrofia en el lóbulo temporal medial evidenciada por RM, la alteración de los biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, alteraciones en pruebas de neuroimagen funcional con PET o una mutación autosómica dominante en un familiar de primer grado. A diferencia de la clasificación CIE o DSM, este grupo clasifica dentro de la EA los diferentes estados presintomáticos. Con estos nuevos criterios se acoplan los datos clínicos, bioquímicos, radiológicos y anatomopatológicos, estableciéndose una definición clinicobiológica mucho más certera de la enfermedad al intentar un diagnóstico de alta probabilidad de EA desde el principio ([Dubois et al., 2007](#)).

En 2011, el grupo dirigido por McKhan planteó una puesta al día de los criterios NINCDS-ARDRA de 1984 de su misma autoría. Estos criterios se ocupan del diagnóstico de la demencia en general y de la EA y permiten categorizarla como EA probable, “demencia debida a EA fisiopatológicamente probada” o “demencia improbablemente debida a EA” en función de los criterios anatomopatológicos ([López-Álvarez & Agüera Ortiz, 2015](#)).

Se diagnostica demencia cuando hay síntomas cognitivos o conductuales que:

“1. Interfieren con la capacidad de funcionar normalmente en el trabajo o en las actividades habituales.

2. Suponen un deterioro con respecto a los niveles de rendimiento y funcionamiento previos.

3. No se explican por la presencia de un delirium o de un trastorno psiquiátrico mayor.

4. Se detectan y diagnostican por la combinación de la historia clínica obtenida en la entrevista con el paciente y un informador que lo conoce, y la valoración objetiva del estado mental, bien sea una evaluación neuropsicológica formal o una evaluación cognitiva en la cabecera del paciente.

5. La alteración cognitiva o conductual involucra al menos dos de los cinco siguientes aspectos:

a) Capacidad alterada de adquirir y recordar nueva información.

b) Alteración o cambios en el razonamiento, manejo de tareas complejas o capacidad de juicio.

c) Alteración de las capacidades perceptivas y visuoespaciales.

d) Alteración de las funciones del lenguaje.

e) Cambio de personalidad o en el comportamiento!” (López-Álvarez

& Agüera Ortiz, 2015).

En la figura 1 se recogen los criterios diagnósticos de la demencia.

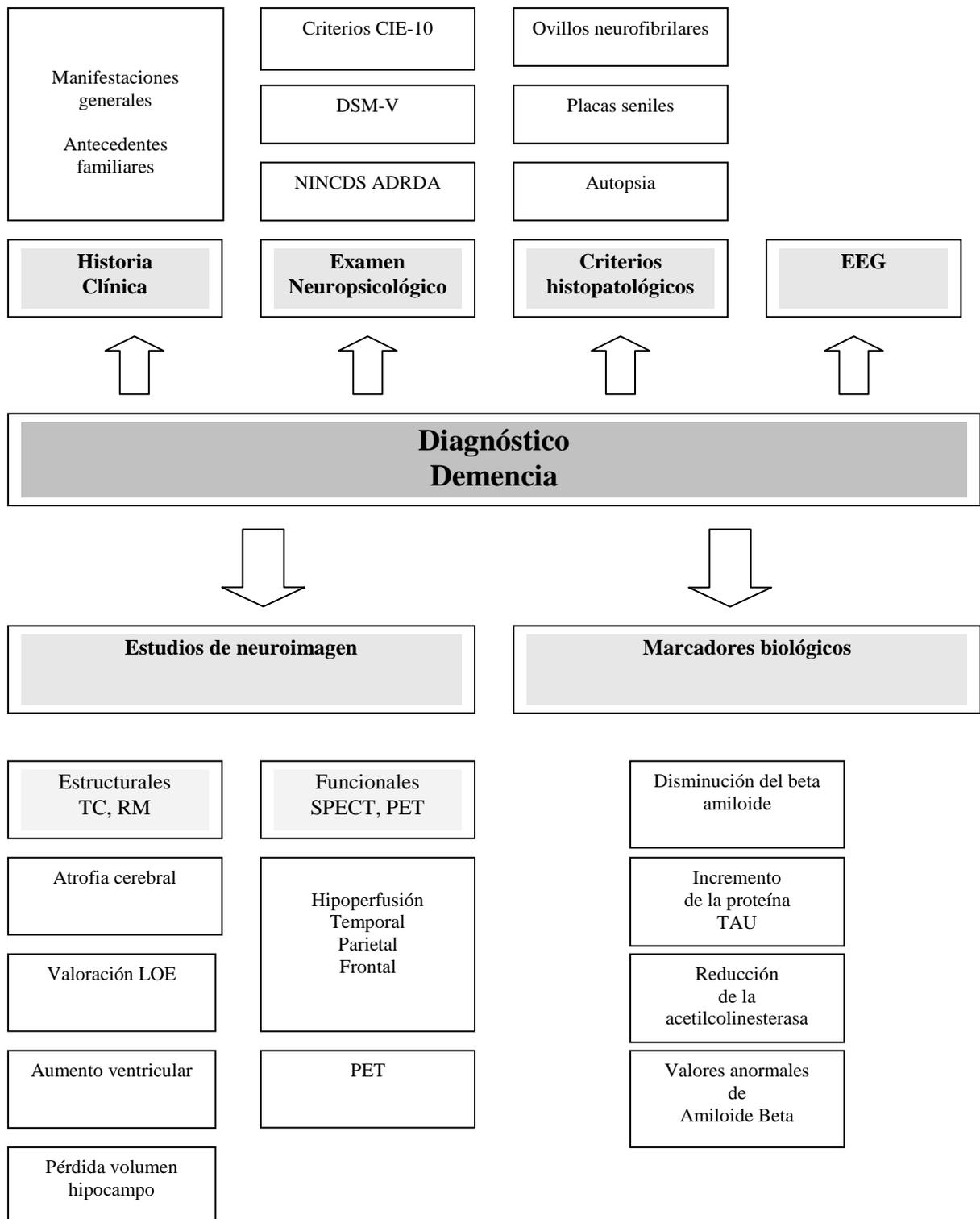


Figura 1: Cuadro resumen del proceso diagnóstico para la demencia.
Fuente: elaboración propia.

1.2–Tipos de demencias.

Las siguientes enfermedades neurodegenerativa justifican alrededor del 90% de todos los casos de demencia: (Formiga et al., 2008; Román, 2012).

- EA: como ya se ha referido, origina demencia alrededor de un 60% de los casos.
- DV: causa demencia entre un 10-20% de los casos.
- Demencia con cuerpos de Lewy difusos es la causante de entre 10-15% de los casos de demencia.
- Demencia fronto-temporal (DFT): el porcentaje es semejante a la DCL.

En la tabla 1, se muestra la clasificación de las demencias:

Demencias Primarias o Degenerativas:
Tipo Cortical: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer. • Demencia por Cuerpos de Lewy Difusos. • Demencias Fronto-Temporales (Complejo de Pick): <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Pick. - Demencia Semántica. - Afasia progresiva no fluida. - Otras formas.
Tipo Subcortical: <ul style="list-style-type: none"> • Demencia en la Enfermedad de Parkinson. • Enfermedad de Huntington. • Parálisis Supranuclear Progresiva. • Otras formas.
Formas Mixtas
Demencias secundarias:
Vascular: <ul style="list-style-type: none"> • Demencia multiinfarto. • Demencia por infarto estratégico. • Demencia por enf. de pequeño vaso, de predominio subcortical (enf. de Binswanger, estado lacunar, angiopatía amiloide con hemorragias, CADASIL). • Demencia por isquemia-hipoxia. • Demencia por hemorragias. • Otras formas.
Por expansiones intracraneales: hidrocefalia, tumores, entre otras.
De origen infeccioso: causadas por VIH, príónicas, neurosífilis, por ejemplo.
De otros orígenes: <ul style="list-style-type: none"> • Endocrinos: Hipotiroidismo, disfunción tiroidea, por ejemplo. • Metabólicas: Uremia, Porfiria, enf. de Wilson, entre otras. • Carenciales: Déficit de Vit B12, de fólico, de tiamina, de niacina • Tóxicos: Demencia alcohólica, por metales, fármacos • Vasculitis: lupus, enf. de Behçet.

• Traumatismos: Demencia postraumática, demencia pugilística.
Demencias combinadas o de etiología múltiple:
Mixta (vascular y degenerativa).
Otras demencias combinadas.”

Tabla 1. Clasificación de las demencias.

Fuente: extraído de Pinto (2007: 68)

1.2.1-Enfermedad de Alzheimer (EA).

Alois Alzheimer, en el año 1906, describió la enfermedad que, ulteriormente, llevaría su nombre. En el año 1901, una mujer de 51 años ingresó en el hospital psiquiátrico de Frankfurt (Alemania). Su marido reportó los numerosos cambios de personalidad y lapsus durante varios meses. Tras la exploración e interrogatorio del Dr. Alzheimer en múltiples ocasiones terminó por anotar lo siguiente:

“Sus reacciones demostraron que estaba completamente indefensa. Tenía una gran desorientación espaciotemporal. De cuando en cuando afirmaba que no entendía nada, que se sentía confundida y totalmente perdida. En ocasiones interpretaba la llegada del doctor como una visita oficial y pedía disculpas por no haber terminado su trabajo, pero en otras ocasiones se ponía a gritar, tenía miedo de que el médico quisiera operarla o dañar su honra femenina. De vez en cuando deliraba por completo, arrastraba sus sábanas y mantas de un lugar a otro, llamando a su esposo y a su hija, manifestando alucinaciones auditivas. A menudo pasaba horas y horas gritando con una voz escalofriante.” (Shenk, 2006)

La CIE-10 la conceptualiza y especifica sus criterios diagnósticos de la siguiente manera:

“La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un periodo que dura años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas ocasionados por la lesión en los lóbulos temporales y

parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores.” (En: Turró et al., 2009)

La EA es una de las razones más frecuentes de institucionalización en la senectud y, por lo general, en un periodo de entre 7-10 años conduce a la muerte, aunque puede progresar con más prontitud o más lentamente, según el caso. Es más usual en ellas que en ellos, con una proporción de 4 a 1. Se desconoce el origen de la EA, no obstante, se han desarrollado tres teorías etiológicas: la genética, la infecciosa y la tóxica. De las tres, el primer postulado es el que tiene más consenso en la comunidad científica y se fundamenta en el hecho de que existen casos de transmisión genética en el seno de un cierto número de familias (Wandosell, 2014; Merino et al., 2015).

“Los factores de riesgo de la EA se pueden clasificar en dos grandes grupos; genéticos y no genéticos (o exógenos). En el 1-2% de los pacientes con EA la enfermedad está relacionada con carga genética (EA hereditaria); en los portadores del gen mutado existe un 50% de posibilidades de desarrollar la enfermedad (la mitad de los miembros de la familia padecerán EA), situándose la edad de inicio entre los 40 y 50 años. En el 98-99% restante (EA esporádica) la causa no está determinada, y se considera multifactorial.

A nivel genético, se han asociado tres genes; APP (gen que codifica la proteína precursora del péptido B-amiloide), los genes de las presenilinas; PSEN1 y PSEN2 (responsables del 50% de los casos familiares de EA y de una proporción muy baja de casos de EA autosómico dominante, respectivamente) y el gen (APoE e4) de la apolipoproteína E (APOE) relacionado con la EA de inicio tardío. También se han observado lesiones neuropatológicas propias de la EA en pacientes con síndrome de Down; la tasa media de prevalencia de EA en pacientes con síndrome de Down oscila en un 15%.

Entre los factores exógenos (no genéticos) se encuentran la edad (principal marcador de riesgo de EA; la prevalencia de la enfermedad se duplica cada 5 años a partir de los 60 años), el sexo (la mujer tiene una mayor prevalencia de EA), la historia médica anterior (el TCE con alteración en el nivel de conciencia, niveles de hormonas, la depresión), los factores de riesgo cardiovascular (la HTA, niveles de colesterol y consumo de estatinas, la obesidad, la DM), ciertos hábitos de vida (homocisteína y ácido fólico, tabaco, alcohol, alimentación y dieta), así como factores ambientales y sociales.” (Carmona & Murgui, 2012: 15-16).

Normalmente, la EA secunda una serie evolutiva, en la que concurren cuatro niveles: (González & Ramos, 1995; Reisberg & Franssen, 2000)

1. Primer nivel: en él la duración puede ser de entre dos y cuatro años y el principio evidencia como particularidad esencial una alteración mnésica, alusiva especialmente a los fallos de memoria a corto plazo. Los cambios en la personalidad son también un factor usual, originándose alteraciones de conducta (irritabilidad, rigidez o agresividad, entre otras). Asimismo, la persona puede ser consciente de su patología y, por ende, se da cuenta que sus facultades tanto físicas como psíquicas se van mermando. Se evidencia una disminución de la iniciativa y del interés por las actividades del día a día y, por lo general, aparece depresión. La base genética de ambas enfermedades es semejante (González, 2013).
2. Segundo nivel: la duración de este nivel es de tres a cinco años. Las funciones corticales superiores van alterándose debido al progreso de la enfermedad. Se ha señalado que en esta etapa *“la amnesia anterógrada dará paso a la amnesia retrógrada, situación que el enfermo intentará evitar mediante la confabulación. Se deteriora la capacidad de juicio y el pensamiento abstracto. En relación a los síntomas afásicos, los sujetos pueden hacer uso de neologismos y es frecuente la perseveración en los errores, así como las respuestas automáticas y estereotipadas. Sin embargo, la capacidad para leer en voz alta y para repetir palabras o frases puede estar intacta o levemente conservada. Los cambios en la personalidad se hacen más evidentes, y además de la sintomatología depresiva (el embotamiento afectivo y la apatía son cada vez más evidentes), pueden manifestarse síntomas psicóticos como alucinaciones, ideas delirantes, etc. Si se observa un aumento de confusión e hiperactividad con alucinaciones visuales e ilusiones, habrá que realizar una valoración más exhaustiva ya que, posiblemente asociada a la demencia, el sujeto presente un cuadro de delirium. La desorientación espacio-temporal es muy acusada. El paciente es incapaz de sobrevivir sin supervisión, aunque pueda defenderse en algunas actividades cotidianas estrechamente relacionadas con estereotipos aprendidos previamente.”* (Román, 2005:26)
3. Tercer nivel: en este nivel la duración es variable y, en gran medida, está establecida por la agresividad con la que la EA se haya manifestado en el paciente, por los cuidados tanto nutricionales como higiénicos y por la premura con la que se halla

realizado el tratamiento de los procesos que lleva asociados. El sujeto experimentará una mayor rigidez, así como un empeoramiento de los signos neurológicos y el *reflejo miotático*. La persona no distingue a los sujetos más cercanos, ni se reconoce y habla con su imagen especular. No puede mover sus miembros inferiores; las caídas y lesiones son usuales. Se ha señalado que “también puede verse presión forzada, estereotipias gestuales, reflejo cutáneo, plantar en extensión (...)” (Román, 2005:26) El paciente en esta fase necesita asistencia y, en ciertos casos, especializada.

4. Cuarto nivel: en este nivel el sujeto se halla en una especie de estado “vegetativo”. La principal característica en este caso es la adopción de la postura fetal, la cual origina úlceras de presión. La desnutrición o la deshidratación, los traumatismos o la septicemia pueden causar problemas graves e inclusive la muerte.

Por su parte, Feldman y Woodward (2005), elaboran el esquema de la progresión de los síntomas de la EA que aparece recogido en la imagen 1:

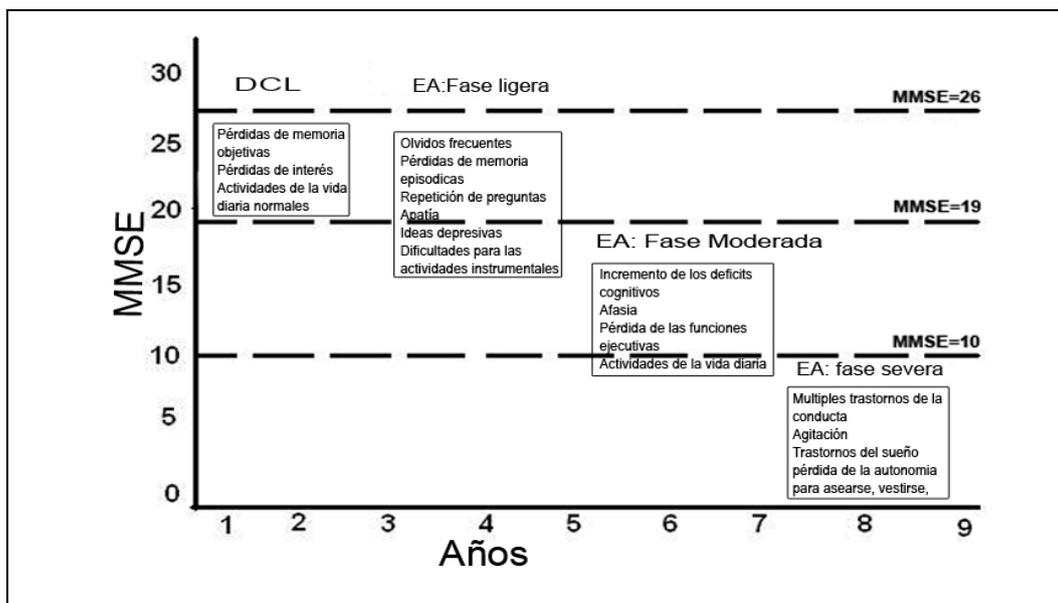


Imagen 1: evolución EA.
Fuente: Extraído de Fundación Alzheimer España.

Diagnóstico.

El diagnóstico se fundamenta en la manifestación de señales de menoscabo en el razonamiento, memoria y comportamiento. Los primeros síntomas que se detectan son dificultades en recordar episodios recientes y problemas en llevar a cabo tareas usuales y conocidas. Respecto al diagnóstico de esta enfermedad, se ha referido que el mismo *“se basa en la historia clínica (manifestaciones), el examen neuropsicológico; DSM-IV, NINDS-ADRDS, criterios de la Sociedad Española de Neurología (SEN), estructurales (TC, RM), funcionales (SPECT, PET), marcadores biológicos; disminución de la proteína B-amiloide en el LCR -que indica que se está acumulando en el cerebro- e incremento de la proteína tau, y los criterios histopatológicos; cuantificación de placas seniles y ovillos neurofibrilares (necropsia). La unificación internacional de criterios para el diagnóstico de la EA ha sido un paso fundamental y, en estos momentos la versión que se utiliza es la DSM-IV, National Institute of Neurological Association for Alzheimer Disease. También se han realizado grandes avances para el diagnóstico definitivo premortem; análisis de sangre y LCR, pruebas de neuroimagen, etc.”* (Carmona, 2012: 17).

Se ha indicado que un diagnóstico temprano genera múltiples beneficios para el sujeto en diversos niveles: personal, social y médico. Asimismo, desde este último enfoque, tratar la EA tempranamente supone ventajas en el manejo clínico, al poderse adelantar al surgimiento de los síntomas (Valls & Rami, 2010).

1.2.2-Demencia con cuerpos de Lewy (DCL).

Se ha señalado que la DCL *“es uno de los trastornos cognitivos degenerativos más importantes no tanto por su frecuencia, pero sí por las dificultades diagnósticas que genera”* (Bancalero & col., 2014:1). Después de la EA y la demencia vascular, la tercera causa de demencia neurodegenerativa corresponde a la demencia con cuerpos de Lewy (DCL), alcanzando una prevalencia que ronda entre el 10-15% de las demencias dependiendo de los estudios. La DCL se particulariza fundamentalmente por los siguientes síntomas: (Wesnes et al., 2005; Metzler, et al., 2007; Burn, 2007; Demey & Allegri, 2008; Molinero, 2009).

- Manifestaciones neuropsiquiátricas como alucinaciones visuales, comportamiento agitado o agresividad.
- Deterioro cognitivo como, por ejemplo, fallos mnésicos, alteración de la memoria, problemas para la resolución de problemas, planificación, así como, pensamiento analítico.
- Trastornos del estado de ánimo y síntomas psiquiátricos, entre otros, desinhibición, depresión, alucinaciones, ansiedad, síndrome obsesivo compulsivo o delirios.
- Trastornos del sueño como la somnolencia excesiva durante el día, u otros tales como insomnio o trastorno del comportamiento del sueño REM.
- Transformaciones significativas en el sistema nervioso anatómico como el trastorno de la sudoración y temperatura, presión arterial y digestión. Los síntomas comunes en este sentido son los desmayos, la sensibilidad al frío o al calor, la incontinencia urinaria o disfunción sexual.

Si bien la causa de la DCL todavía se desconoce, se cree que, como acontece en otras demencias neurodegenerativas, posee una etiología genética ([Harding et al., 2004](#)). Además, se ha evidenciado la presencia de múltiples genes asociados en el desarrollo de esta demencia y patologías afines, como la EP o que ciertas formas genéticas de la EA poseen cuerpos de Lewy a nivel cortical ([García-Gila & del Ser Quijanob, 2004](#))

Cabe señalar también que la DCL afecta mayoritariamente a hombres de entre 70 y 80 años, evidenciando un pronóstico vital peor en comparación con la EA ([García-Gila & del Ser Quijanob, 2004](#)).

En suma, la DCL es una enfermedad que precisa ser tratada desde una perspectiva global ya que afecta a heterogéneos sistemas. Tanto el diagnóstico como el tratamiento temprano pueden contribuir a que el paciente mejore significativamente su calidad de vida y, también, aumente su autonomía. Aun con todo, el interés por este tipo de demencia ha ido creciendo de forma exponencial, puesto que es uno de los

síndromes de demencia más relevantes e implica una enfermedad complicada de diagnosticar (Bancalero & col., 2014).

1.2.3- Demencia frontotemporal (DFT).

La DFT constituye una de las demencias degenerativas más relevantes. Se trata de un síndrome clínico, de aparición presenil, que evidencia menoscabo de los lóbulos frontal y temporal. Se constata una transformación paulatina en la personalidad, con variaciones en la actitud y acciones o respuesta inadecuadas, una alteración del lenguaje, en la atención, en el juicio o en la abstracción, la rigidez cognitiva, la falta de conciencia de la realidad o el comportamiento estereotipado, entre otros (McKhann et al., 2001).

Se ha señalado que este tipo de demencia afecta a: (Ferrer, 2002)

- Los lóbulos frontales de forma simétrica.
- La parte anterior de los temporales.
- La parte anterior del córtex singular.
- La corteza insular anterior.
- La parte anterior de los lóbulos parietales (en ocasiones).

La DFT se ha dividido en los siguientes fenotipos: (Johnson et al., 2005; Donoso et al., 2009).

- Demencia fronto-temporal o variante frontal: es la más usual y se trata de transformaciones profundas del carácter y alteración en el comportamiento.
- Demencia semántica o variante temporal: se origina una merma del conocimiento semántico, afasia gradual, mantenimiento relativo de la memoria episódica y autobiográfica.
- Afasia progresiva no fluida: se experimenta anomia y pérdida de fluidez verbal.

1.2.4-Demencia vascular o deterioro cognitivo vascular (DV).

La DV es el deterioro cognitivo que engloba aquellos casos de demencia que se originan a partir de lesiones vasculares o de etiologías circulatorias. El riesgo a desarrollarla se incrementa con la edad (Alagiakrishnan & Masaki, 2007) y tiene lugar *“cuando el aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro se interrumpe. Esto puede deberse no sólo a patología cerebrovascular oclusiva, por trombosis o embolias, sino también a hemorragias y a lesiones cerebrales hipóxico-isquémicas tras parada cardíaca o hipotensión arterial grave”* (Claramonte & Martínez, 2007: 111).

En cada sujeto, la DV, evidencia una clínica y una velocidad de progresión diferente, en base a la etiología de la misma. Si bien, ciertos síntomas se asemejan a otras demencias, los pacientes con DV se caracterizan por padecer los siguientes signos (Claramonte & Martínez, 2007: 112):

- Progresión escalonada, con curso fluctuante y deterioros súbitos.
- Síntomas y signos neurológicos como disminución de fuerza o parálisis.
- Problemas de memoria.
- Problemas de concentración.
- Depresión asociada a la demencia.
- Crisis epilépticas.
- Episodios de confusión aguda.
- Otros síntomas:
 - Alucinaciones (ver cosas que no existen).
 - Delirios (creer cosas que no son ciertas).
 - Irritabilidad con agresión física y verbal.
 - Inquietud.
 - Incontinencia o urgencia miccional.

1.2.5-Deterioro cognitivo leve (DCL).

El Mild Cognitive Impairment (MCI) es un concepto que hace alusión a un estado transicional entre el envejecimiento normal y la demencia leve. Del mismo modo, determina a un grupo heterogéneo de personas que se hallan en un contexto de riesgo superior al objetado en la población general para el desarrollo de una demencia, mayormente EA (Grundman et al., 2004). Se trata de un trastorno complejo respecto a la presentación clínica, etiología y pronóstico que no acata los criterios de demencia, ya que la funcionalidad está preservada y faculta mantener la independencia de las actividades del día a día (Langa & Levine, 2014).

A finales de la década de los noventa, el equipo de la Clínica Mayo describió el concepto de DCL; entre los criterios diagnósticos se hallaban los siguientes: (Knopman et al., 2003).

- Quejas de fallos de memoria, si puede ser garantizadas por un informador.
- Disminución de memoria objetivada.
- Función cognitiva general normal.
- Actividades de la vida diaria preservadas.
- No demencia.

Dichos criterios fueron revisados en 2003 y siguen siendo ampliamente utilizados.

En definitiva, se ha señalado que *“el diagnóstico de DCL básicamente implica la presencia de alteraciones de la memoria superiores a aquellas esperables para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario, por lo que no puede aplicarse el diagnóstico de EA posible u otro tipo de demencia.”* (Mullet et al., 2005: 251)

Tipos de DCL

Se han señalado tres tipos de DCL y cada uno de ellos posee una vinculación mayor con una concreta progresión posterior. Así, esta triada es la siguiente: (Petersen & col, 2001,2003)

1. *DCL amnésico (DCL-A)*: este tipo supone la presencia de quejas subjetivas de alteración de la memoria, objetivadas a través de pruebas en las que se toma como referencia datos normativos para el mismo grupo etario y nivel de escolaridad de la persona. La misma logra buenos resultados en pruebas de funcionamiento cognitivo general, aunque esté presente dicha alteración memorística; no se evidencian otras alteraciones cognitivas y las actividades del día a día permanecen casi intactas. El DCL-A corresponde al tipo más usual y posee una etiología degenerativa, siendo una fase precedente de la EA.
2. *DCL difuso*: este tipo supone la presencia de heterogéneos deterioros cognitivos como, por ejemplo, en las funciones ejecutivas o en el lenguaje, —aunque con un nivel de alteración bajo que no faculta diagnosticar demencia—, la memoria puede no estar alterada. De este modo, el sujeto sigue con su autonomía en las actividades del día a día. Se vincula con demencia vascular.
3. *DCL focal no amnésico*: este tipo supone una alteración leve de cierta función cognitiva que no es la memoria. Pudiera ser una alteración concreta del lenguaje que puede progresar hacia una afasia progresiva primaria, por ejemplo. La viable progresión hacia la EA también está presente en dicho caso.

A continuación, en la tabla 2 se presenta un resumen de los diferentes tipos de DC.

Tipología	Alteraciones cognitivas	Trastornos relacionados
DCL-A	Alteración leve de la memoria.	EA.
D-D	Alteración leve de distintos dominios cognitivos.	EA. Demencia vascular. Envejecimiento normal.

DCL-F	Alteración leve de una función. cognitiva distinta de la memoria.	EA. Enfermedad de Parkinson. Demencia frontotemporal. Demencia por cuerpo de Lewy. Demencia vascular. Afasia progresiva primara.
-------	---	---

Tabla 2: Tipos de DCL.
Fuente: Mullet et al., 2005.

Posteriormente, a partir de la tipología referida se agregó otro tipo, el DCL no amnésico-multidominio, que se caracteriza por la alteración de más de una función distinta a la memoria (Petersen & Negash, 2008).

Técnicas para el diagnóstico de DCL.

Un diagnóstico precoz de DCL facilita en gran medida una intervención temprana y, la misma, puede retrasar la progresión del deterioro al hacer viable una comparación de pacientes con dicho trastorno y pacientes sanos. De este modo, el diagnóstico del DCL puede recurrir a las técnicas que se detallan a continuación:

- a) Técnicas de neuroimagen: dichas técnicas son unas de las más usadas debido a su elevada fiabilidad para evidenciar alteraciones o lesiones en sujetos con DCL. Son técnicas especialmente eficaces para prever con mayor nivel de fidelidad aquellos sujetos que podrían desarrollar la EA. Asimismo, ciertas técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética funcional, contribuyen con información complementaria al diagnóstico (Daly, et al., 2000; Jack et al., 2000; Winblad et al., 2004).
- b) El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR): es una técnica que, además de contribuir a la detección temprana del trastorno, es muy fiable para poder determinar aquellos sujetos que podrían desarrollar la EA en los años siguientes al DCL (Monges-Argilés et al., 2010)
- c) Determinación de biomarcadores como el Isoprostano: son ácidos grasos que se forman como consecuencia del daño de los radicales libre en el cerebro y, este daño se vincula con el diagnóstico de la EA (Markesbery et al., 2005).

- d) Anatomía patológica: se ha evidenciado que un alto porcentaje de sujetos con DCL poseen depósitos neurofibrilares, placas neuríticas y pérdida neuronal grave a nivel de hipocampo y corteza entorrinal, compatible con el diagnóstico de la EA (Morris., et al., 1991; Gómez-Isla, et al, 1996; Jicha et al., 2006)
- e) Test neuropsicológicos: éstos son muy eficaces para detectar y llevar a cabo un seguimiento de la evolución del DCL.

En la tabla 3 se resumen las áreas y test neuropsicológicos para el DCL.

<p>En el análisis de la atención y/o funciones ejecutivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Series directas e inversas. -Clave de números. -Trail-making. -Semejanzas.
<p>En el estudio de la memoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Memoria de textos. -Aprendizaje de palabras (preferible con pistas). -Aprendizaje de dibujos u otros objetos (preferible con pistas).
<p>En el estudio del lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominación de objetos o dibujos. - Fluidez verbal.
<p>En el estudio del área visoespacial / visoperceptiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test del reloj. - Praxis constructiva (copia). - Figuras superpuestas.

Tabla 3: áreas y test neuropsicológicos para el DCL.
Fuente: Alberca y col (2010).

Tratamiento del DCL.

En el tratamiento del DCL es esencial la prevención mediante aspectos tales como la nutrición (Kalmijn et al., 2004), el ejercicio físico (Wang et al., 2006), la prevención de factores de riesgo cardiovascular (Gorelick, 2004) o los programas psicoeducativos y de entrenamiento cognitivo (Feldman et al., 2005). Las metas fundamentales del tratamiento han de ir encaminadas a disminuir el riesgo de progresión a demencia, la comorbilidad orgánica, los síntomas no cognitivos y a evitar la merma funcional y mejorar la calidad de vida (Navarro & Orozco, 2015).

1.3- Anatomofisiopatología de la demencia. Evolución Clínica.

El término demencia engloba a una serie de trastornos degenerativos del cerebro que originan un desgaste progresivo en la función intelectual. Asimismo, los primeros síntomas que se evidencian son los problemas de memoria; no obstante, a medida que la patología progresa, la afectación intelectual y emocional se hace más general y empeora, hasta alcanzar un grado de demencia profunda donde se produce una dependencia total. Las dificultades que el sujeto se encuentra al principio tienen mucha relación con el recuerdo de sucesos diarios o memoria episódica. En estos casos, por ejemplo la persona no recuerda donde ha dejado las cosas, o vuelve a contar algo que ya ha dicho hace escaso tiempo. A medida que la enfermedad avanza, la falta de memoria es más dramática y comienza a afectar a la denominada *memoria semántica*, es decir, se olvidan los nombres de las cosas y el paciente no es capaz de dar ejemplos de una categoría semántica determinada (por ejemplo, nombres de plantas, animales, ciudades, etc.) (Sperling et al., 2011).

Las demencias son trastornos mentales con un fundamento orgánico y, por lo general, de implicación cortical bilateral y/o subcortical. Asimismo, los síntomas pueden ser muy heterogéneos y, como norma general, escasamente dependientes del lugar y de la extensión del tejido cerebral dañado. Las transformaciones que suceden a nivel neuronal constituyen un daño ampliamente disperso en el córtex cerebral, en claro contraste con la mayoría de las lesiones focales (Gräske et al., 2014).

En la demencia:

“Los cambios neuronales (...) incluyen alteraciones peculiares de la neuropila o de las redes complejas perfectamente organizadas de terminaciones dendríticas, axónicas y prolongaciones gliales, que actúan como sustrato estructural de la actividad fisiológica neural” (Román & col., 2005:23).

Se pueden distinguir, desde esta perspectiva, dos modelos fundamentales de afectación neuropsicológica que armonizan, en parte, con las estructuras anatómicas cerebrales más afectadas (Román & col., 2005:23.)

Dichos patrones son:

- Demencia cortical, donde se encuadrarían la EA y la enfermedad de Pick. Es frecuente la presencia del síndrome afaso-apracto-agnósico, como expresión de la desintegración conjunta y homogénea de las funciones corticales superiores.
- Demencia subcortical, propia de la EP y de la EH, entre otras, en las que preponderan las lesiones en el tálamo, los ganglios basales y el tronco cerebral.

La diferencia entre estos dos tipos de patrones estriba en que los sujetos con demencia subcortical manifiestan una ralentización de la ideación y del procesamiento de la información, con alteración de la motivación y de la atención. Por el contrario, los sujetos con demencia cortical presentan, aparte de la amnesia, combinaciones variables de afasia, apraxia y agnosia. Éstas también son susceptibles de correlacionarse con las alteraciones de las áreas corticales de asociación. Según esta categorización existe, además, una condición mixta que incluye: [\(Román et al., 2005:23\)](#)

- Ciertas formas de demencia por infartos múltiples, como sucede en el caso de la demencia vascular.
- Las enfermedades tóxico-metabólicas.
- Las infecciones por virus tardíos que afectan a las estructuras corticales y subcorticales.

Por otro lado, en vinculación a categorización clínica, se han determinado ciertas pautas en cuanto a la evolución de un sujeto con demencia para clasificar su avance en base a la de intensidad del trastorno. De este modo, se diferencian ciertos grados que el profesional clínico o el investigador han de saber utilizar con flexibilidad, con el objetivo de incluir al paciente en uno de dichos niveles, los cuales se exponen a continuación [\(De Hoyos et al., 2016\)](#):

- a) Demencia mínima: es aquella en la que el individuo muestra una limitación restringida e inestable en la adquisición de nueva información; también evidencia déficits mnésicos a corto plazo y leves déficits de orientación.

- b) Demencia ligera: se evidencia un déficit en la adquisición de nueva información, en la capacidad de orientación espacial y temporal, leves alteraciones lingüísticas, complicaciones patentes en la resolución de problemas e imposibilidad para cuidarse a sí mismo y llevar a cabo las labores de la vida diaria.
- c) Demencia moderada: en este nivel ya se evidencia una incapacidad notable para recordar y retener información nueva, una merma de los índices de orientación, amnesia de sucesos acontecidos recientemente vinculada a confabulación, lenguaje incomprensible, incapacidad para solventar contrariedades, nivel de higiene mermado e incapacidad para rendir en la vida diaria y, también, en las tareas de alimentarse o vestirse.
- d) Demencia severa: es el grado más elevado en el que se muestra una merma muy relevante de los procesos mnésicos asociados a confabulaciones, incapacidad total de resolución de problemas, índices de orientación muy deteriorados, incapacidad de reconocer a los familiares más próximos, falta de control de esfínteres, lenguaje incoherente, apatía e inercia, manifestación ocasional de pensamientos delirantes, ausencia de autonomía para subsistir y falta de riqueza emocional.

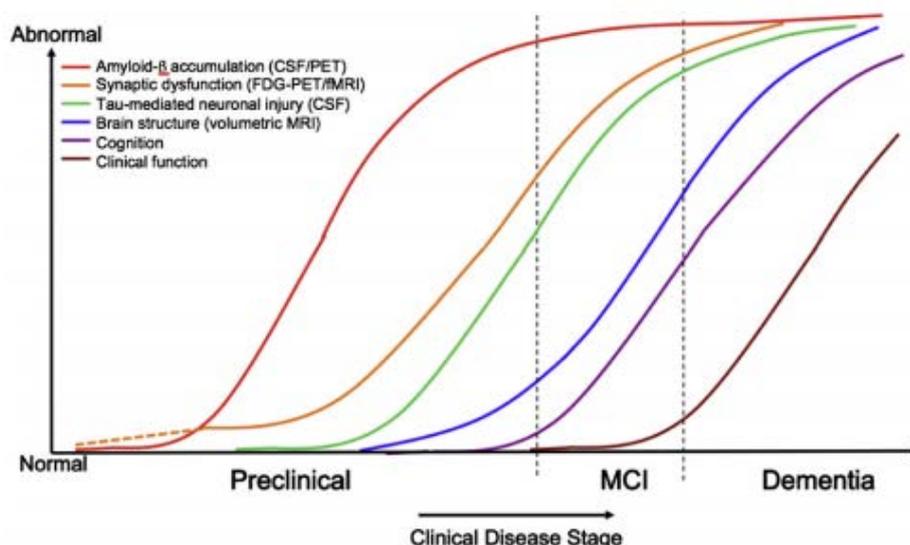


Figura 2: Modelo hipotético de la dinámica de los biomarcadores en la demencia.
Fuente: Sperling et al, 2011

En la Figura 2 se detalla la evolución que sufren los biomarcadores utilizados para el diagnóstico. En la fase preclínica ya existen biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo, disfunción sináptica y formación de placas de amiloide, mucho antes

de que aparezcan los primeros síntomas. La trayectoria temporal de la proteína Tau, la atrofia cerebral valorada mediante técnicas de imagen como la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones/ tomografía computerizada (PET/TAC) dan la clave para comprender el desarrollo clínico de la demencia ([Sperling et al., 2016:285](#)).

1.3.1-Criterios diagnósticos.

Para poder llevar a cabo una valoración de la demencia adecuada, se torna necesario secundar los siguientes aspectos: ([Román García & col., 2005](#))

- a) La naturaleza exacta de la enfermedad.
- b) Si el cuadro demencial es irreversible o puede, por el contrario, ser tratado.
- c) La naturaleza y la gravedad de su incapacidad.
- d) Las áreas en las que el paciente todavía puede desenvolverse de forma autónoma.
- e) Si el enfermo sufre otras patologías que tengan tratamiento y que puedan estar empeorando sus problemas mentales -debido a la comorbilidad e interacciones medicamentosas-.
- f) Los problemas psicológicos y sociales, así como, los recursos de que disponen el paciente y su entorno familiar o aquellos que se encarguen de él.
- g) Los cambios que sucederán con el paso del tiempo.

La evaluación de un paciente con posible demencia comprende un número considerable de exploraciones y pruebas, como aparecen reflejadas en el siguiente cuadro ([Román et al. 2005](#)):

- Examen físico.
- Examen neurológico.
- Examen del estado mental.
- Pruebas analíticas – Análisis bioquímicos.
- Prueba de sífilis y VIH.
- LCR (líquido cefalorraquídeo).
- EEG (electroencefalograma).
- TAC (tomografía axial computarizada).
- Evaluación psicopatológica y psiquiátrica.
- Evaluación neuropsicológica.
- Evaluación de las actividades de la vida cotidiana.
- Otras: PE (potenciales evocados). TEP (tomografía por emisión de positrones). Función tiroidea, etc.

Existe una serie de instrumentos diagnósticos cuya elección estará en función de los objetivos que se pretendan obtener. La detección de deterioro cognitivo se realiza en la consulta, puesto que no se aconseja la ejecución de campañas de cribado de deterioro cognitivo en la población. El medio de detección más relevante es la anamnesis del sujeto y de familiares u otros acompañantes tal y como se explica en la Figura 3. El paciente acude a la consulta por una pérdida de memoria y, tras una valoración inicial, el médico será quien decide si existe sospecha de demencia, en cuyo caso se realizarán las pruebas oportunas. La utilización de escalas cognitivas para evaluar objetivamente y de forma estandarizada el deterioro cognitivo es muy usual. Dichas escalas son de fácil manejo y aplicación y puede utilizarse en el seguimiento clínico.

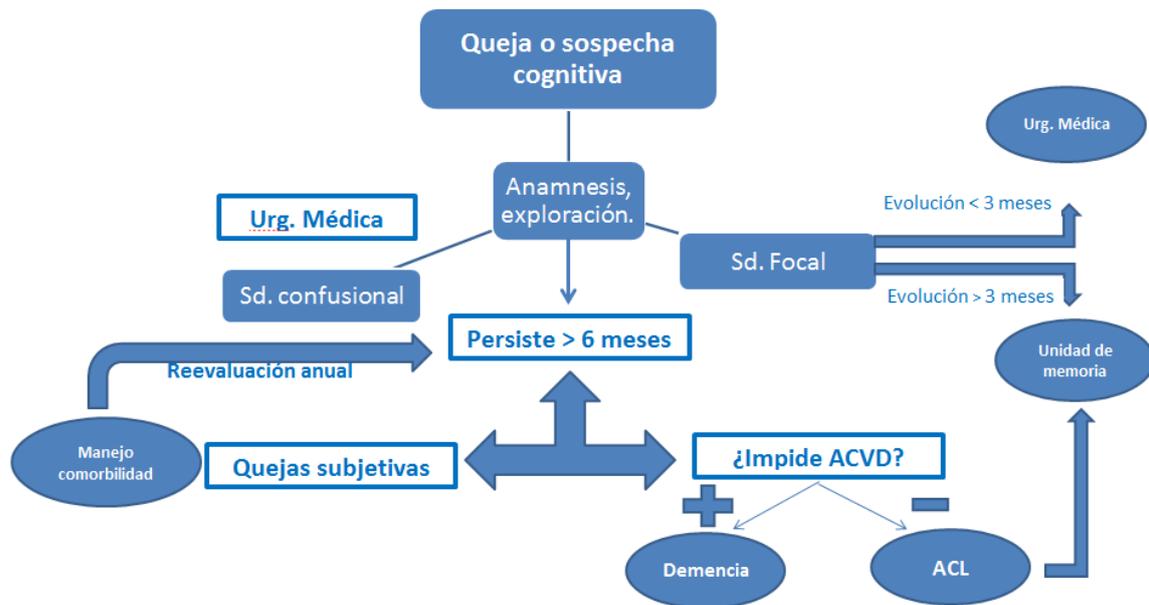


Figura 3. Procedimiento de cribado ante el inicio de la sintomatología.
Fuente: Olazarán (2011)

Por otro lado, si lo que se pretende es realizar una valoración más funcional, se utilizarán escalas clínicas, conductuales o multidimensionales. Las baterías neuropsicológicas son recursos muy eficaces para lograr una mayor discriminación funcional y diagnóstica, siendo la Luria-DNA una de las más empleadas dado su valor descriptivo y tipificación de los deterioros cognitivos. Entre los instrumentos multidimensionales conviene destacar el *The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX) que se compone de ocho secciones —entrevista estructurada con el sujeto, examen cognitivo, observaciones del entrevistador, examen físico, evaluaciones, medicación, información adicional, entrevista con un pariente cercano u otros informantes—, con sus correspondientes procedimientos de recogida de información requeridos (Roth & col, 1986).

En lo que al diagnóstico de la demencia se refiere, hay un número de variables susceptibles de tener en cuenta y controlar para evitar que se produzca una estimación errónea del deterioro mental, especialmente al principio. Dichas variables pueden ser internas, cuando se hallan asociadas al propio paciente, como puede ser el grupo etario al que pertenezca o el nivel cultural que posea y, por otro lado, las externas como por ejemplo, los requerimientos ambientales, la organización del entorno familiar o el nivel profesional.

El diagnóstico de demencia puede llegar a ser equívoco hasta en un 30% de los casos que se detectan, ya sea por sobrevalorar o por subestimar el deterioro cognitivo y su progreso, especulando erróneamente que se trata de un cuadro confusional, de alteraciones cognitivas focalizadas o de una depresión. En el diagnóstico de la demencia ya establecida de nivel moderado o severo el porcentaje de error es menor. Al inicio de la demencia el diagnóstico será llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. Aseverar que un individuo sufre una demencia a unos niveles de probabilidad concretos, indica que ha de ser tratado médica, psicológica y socialmente (Bermejo, 2010).

La demencia implica una degeneración en las estructuras del cerebro y conlleva síntomas primarios, mayormente cognitivos, pero además evidencia síntomas secundarios, básicamente comportamentales, como pueden ser la desorientación o incontinencia y, por tanto, deberán ser estimados secundando una estrategia idiográfica. Una vez se ha realizado el diagnóstico, se tendrá que estudiar qué aspectos del comportamiento están alterados, tanto cognitivos como no cognitivos, así como los contextos ambientales frente a los que acontece con mayor grado y las técnicas de intervención que se deben emplear. Es decir, se ha de realizar un abordaje integral mediante la observación e informes de expertos. Aunque el tratamiento de la demencia es de suma importancia, se ha señalado que:

“Hasta la fecha no existe tratamiento etiológico, exceptuando un pequeño número de demencias secundarias, lo que supone entre 1-3% del total. A pesar de ello, disponemos de algunos fármacos que son útiles para su tratamiento. En la actualidad, se están investigando un gran número de fármacos para el tratamiento de la demencia, sobre todo en relación a la EA. Los estudios se apoyan en diversas líneas de acción, aunque están básicamente encaminados a actuar sobre los mecanismos patológicos desencadenantes de la enfermedad y en su prevención.” (Fort, 2004: 34).

Junto al tratamiento farmacológico, es necesario un abordaje no farmacológico en el tratamiento de la demencia, puesto que como se ha referido:

“De este modo, la terapia de estimulación o rehabilitación cognitiva, la terapia ocupacional, etc. y la información y asesoramiento a los familiares y cuidadores en el manejo del paciente, son elementos imprescindibles sin los cuales no es posible un buen control de los síntomas.” (Fort, 2004: 35).

Es conveniente destacar:

“Entre los fármacos, los que más se han utilizado son los antipsicóticos que, aunque no están autorizados en esta indicación, en la mayoría de los países se usan de manera generalizada. Los antipsicóticos más prescritos son los atípicos porque existe la percepción de que su uso se asocia con un menor riesgo de efectos adversos y porque están sustituyendo a los antipsicóticos típicos, cuyo uso ha quedado limitado por su toxicidad. Aunque los antipsicóticos atípicos se utilizan con frecuencia, hay pocos ensayos clínicos que muestren su eficacia.” (Llop et al., 2006: 110)

1.3.2-Factores de riesgo y de prevención de la demencia.

Los factores de riesgo detectados para padecer demencia se vinculan a los denominados factores genéticos y los ambientales. En los primeros existe un alto nivel de riesgo y, actualmente, no son alterables. Respecto a los segundos, se ha señalado que pueden mediar en el riesgo a padecer esta enfermedad por su influencia sobre el momento de la expresión clínica de los síntomas, si bien, no afectan a la presencia o ausencia global de patología. En las fases medias de la vida, entre los factores no genéticos, encontramos *los estilos de vida* como la alimentación y el nivel educativo; los cuales están asociados al riesgo de padecer demencia (Hughes & Ganguli, 2010).

Entre los *factores genéticos*, las mutaciones en determinados genes contribuyen a demencias de inicio temprano. Los genes que codifican las proteínas presenilina 1 (PSEN1) y presenilina 2 (PSEN2) y proteína precursora amiloidea (APP), tienen un papel clave en la Enfermedad de Alzheimer ya que condicionan el aumento de β -amiloide (A β). En la actualidad se están investigando las mutaciones en otros genes, como PLD 3 y TREM2, como factores predisponentes para desarrollar EA (Shapshak, 2014; Winblad, et al., 2016).

Los genes de la presenilina (PSEN) o APP causan la enfermedad de Alzheimer familiar (FAD). En el caso de las demencias con origen genético, la enfermedad se desarrolla en sujetos jóvenes y se transmite de forma dominante. En el caso de las patologías neurodegenerativas, la mutación de dichos genes produce un producto neuroquímico que causa un deterioro en la función neural, en las proteínas precursoras y en algunos neurotransmisores, lo que implica la muerte neuronal (Beteta,2004).

La mutación se produce en un gen del cromosoma 21q que determina las lesiones en la proteína precursora del complejo amiloide.

La mutación de un gen del cromosoma 14q está asociada a la alteración de la preselenina 1.

Las mutaciones que afectan al gen de la proteína TAU se producen en el cromosoma 17q.

A continuación, en la figura 4 se muestra un cuadro resumen donde aparecen los factores genéticos implicados en el desarrollo de la demencia, conocidos hasta la fecha.

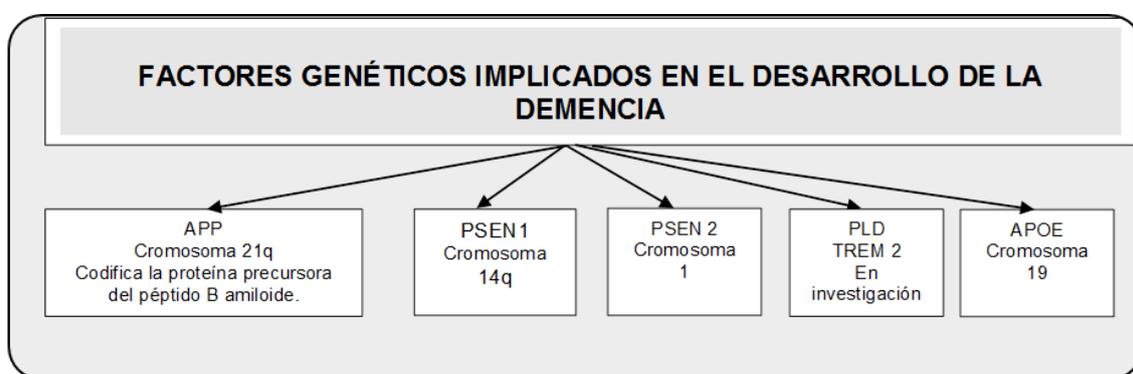


Figura 4: Factores genéticos.
Fuente: elaboración propia.

Existen otros *factores no genéticos*, los cuales son más difícilmente modificables y, por tanto, existe menor evidencia científica al respecto. Dichos factores engloban la actividad profesional, la exposición a la anestesia, la personalidad, el tratamiento hormonal, los antiinflamatorios no esteroideos, el traumatismo craneal, las enfermedades vasculares o la depresión, entre otros (Hughes et al., 2010).

La relación existente entre las enfermedades vasculares y la demencia es directa. Tal y como se ha referido:

“Los mecanismos potenciales que explican la relación entre la hipertensión arterial en la edad media y el aumento del riesgo de sufrir demencia incluyen aterosclerosis, lesiones de la sustancia blanca —indicativo de isquemia—, además de un aumento de placas neuríticas y ovillos en el neocórtex y el hipocampo, y atrofia hipocámpica y amigdalara.” (Hughes & Ganguli, 2010:259).

La hipertensión arterial como factor de riesgo de demencia está ampliamente documentada en la literatura y cada vez parece más claro que la prevención y el tratamiento de los factores de riesgo vasculares y un estilo de vida activo con actividad física, intelectual y social, previenen la demencia, inclusive en la senectud (Phillips, 2004; Lautenschlager et al., 2008).

Se detallan a continuación, los principales *estilos de vida* vinculados a las demencias, sobre los cuales los profesionales de la salud podrán influir mediante la Educación para la salud (EpS):

- **Actividad física.**

Aunque, en la salud física, la relevancia de la actividad física es sumamente conocida, el papel de la misma en la salud cognitiva y cerebral no ha levantado mucho interés hasta hace relativamente poco tiempo. La actividad física puede ser un factor que contribuya a mejorar la salud cognitiva al repercutir en el sistema cardiovascular y, por ende, en el cerebrovascular. En la edad adulta, llevar a cabo actividad física se vincula a una disminución del riesgo de padecer demencia (Rovio, et al., 2005; Andel et al., 2008).

- **Dieta.**

Una de las categorías que sin duda ha tenido más interés por parte de la comunidad científica y que ha sido sujeto de intenso debate ha sido la dieta. La misma es una parte importantísima de un estilo de vida saludable e influye tanto en el riesgo de padecer múltiples patologías como en el proceso del envejecimiento en general. A pesar de ser uno de los factores de riesgo sobre el que se han realizado más estudios, la evidencia no genera consenso alguno.

Pocos estudios han analizado las vinculaciones entre los micronutrientes (las vitaminas B6 y B12, el ácido fólico o los antioxidantes, entre otros) y los macronutrientes (las grasas y la cafeína, por ejemplo) en la edad adulta y el alcance de padecer demencia (Hughes & Ganguli, 2009).

La ingesta de antioxidantes reduce el riesgo de padecer demencia y, en la edad media, el consumo moderado de grasas poliinsaturadas se ha relacionado con un peligro menor de padecer demencia entre los portadores de ApoE e4. Contrariamente,

se ha reportado que la grasa saturada incrementa el riesgo (Hughes & Ganguli, 2010; González et al., 2011).

El elevado consumo de cafeína se ha vinculado a una merma del riesgo de padecer la EA (Gelber et al., 2011).

En esta enfermedad un factor que reduce el riesgo de padecerla es la dieta mediterránea, la cual se caracteriza por la alta ingesta de pescado, verduras frescas, frutas o productos sin refinar (González et al., 2011).

Asimismo, en la demencia el papel que juega el colesterol se ha vinculado con el alelo APOE ϵ 4, que se vincula a un transporte erróneo y eliminación del colesterol sérico; todo ello ocasiona un alto nivel de colesterol sérico en la edad adulta y, también, en la ancianidad. También se ha reportado que un nivel elevado de colesterol total puede conducir a la aterosclerosis, con lo que disminuiría el flujo sanguíneo hacia el cerebro y se aceleraría la neurodegeneración. Además, en la edad media, la diabetes mellitus de tipo II, la intolerancia a la glucosa y la resistencia a la insulina se han asociado con un incremento de padecer demencia. En esta línea se ha señalado que los tres factores interrelacionados vinculados a la diabetes, que seguramente favorezcan a los síntomas de la demencia, son los que se exponen a continuación: (Hughes & Ganguli, 2010)

- Lesión vascular cerebral, que puede favorecer a la isquemia cerebral.
- Metabolismo alterado de las proteínas A β y tau, que implica la formación de placas neuríticas y ovillos neurofibrilares.
- Incremento de los factores inflamatorios y de las especies de proteínas oxígeno reactivas.

▪ **Peso.**

La literatura, en relación al peso indica, por un lado, que tener bajo peso afecta al riesgo de padecer una patología neurogenerativa. Por otra parte, también se reporta que tener sobrepeso incrementa el riesgo de padecer demencia, especialmente en mujeres (Sturman et al., 2008; Luchsinger et al., 2011).

- **Estimulación cognitiva.**

Los estudios llevados a cabo indican que participar en actividades que mentalmente estimulen al sujeto pueden convertirse en un factor de prevención del deterioro cognitivo, puesto que tienen la capacidad de incrementar la reserva genética (Benito-León et al., 2009).

El concepto de reserva genética se emplea actualmente para explicar que sujetos con la misma patología neurológica lleguen a manifestar síntomas de demencia mientras que otros mantienen sus funciones cognitivas intactas. La reserva cognitiva se relaciona con la complejidad laboral, alfabetización, bilingüismo, estimulación cognitiva y hace referencia a la resistencia del cerebro a desarrollar la enfermedad a pesar de que se hayan producido alteraciones bioquímicas en el sistema nervioso central (Díaz-Orueta et al., 2010). El concepto de reserva es explicado de forma distinta según el modelo que se utilice, sea el de reserva cognitiva o el de reserva cerebral. En el primer caso —reserva cognitiva—, las diferencias individuales en el procesamiento de tareas cognitivas permitirían que algunas personas rindan mejor, tanto entre sujetos sanos como entre aquellos que presenten alguna neuropatología. En el segundo caso —reserva cerebral—, las diferencias individuales se registrarían en la capacidad para acumular patología cerebral antes de alcanzar un umbral crítico que diera paso a las manifestaciones clínicas (León et al., 2016).

Cuestión aparte, señalar que es preciso llevar a cabo estudios que controlen el factor genético, así como el entorno no controlado durante la niñez. Si bien son múltiples las investigaciones efectuadas para evaluar las consecuencias de la estimulación cognitiva acerca del rendimiento psicométrico, escasos son aquellos que están controlados con placebo y la mayor parte de los mismos miden efectos a corto plazo. Es decir, que el papel de la estimulación cognitiva no ha sido analizada longitudinalmente (Delgado et al., 2015).

- **Sueño.**

La evidencia científica señala que el exceso y el déficit del sueño son factores que pueden incrementar el riesgo de sufrir demencia, puesto que el ciclo sueño-vigilia y las hormonas reguladoras intervendrían en la creación de proteína beta-amiloide. No obstante, este factor precisa de más estudios para determinar con mayor fiabilidad el papel del mismo en dicha patología (Kang et al., 2009; Benito-León et al., 2009).

▪ **Nivel educativo.**

El nivel educativo es un factor que puede actuar como modulador del rendimiento cognitivo (Soto-Añari et al, 2013). El analfabetismo es un factor de riesgo para la demencia debido a su relación con la baja reserva cognitiva, siendo utilizadas la escolaridad y el nivel de lectura como indicadores de la reserva cognitiva (Manly et al, 2004;Dozzi, 2010).

En la presente investigación se han analizado los estilos de vida que intervienen como factores de riesgo en la demencia ya que es en este campo donde la enfermera puede actuar mediante la relación de ayuda para modificarlos.

A continuación, en la figura 5, se muestra un cuadro resumen de los factores de riesgo modificables:

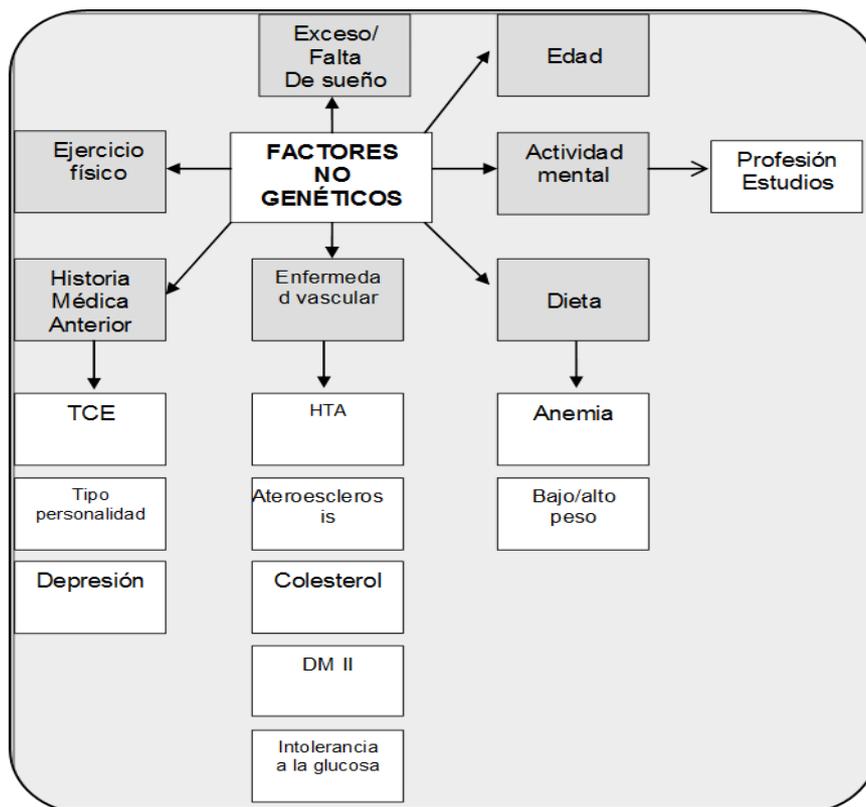


Figura 5: Factores de riesgo modificables.
Fuente: elaboración propia.

1.4- Situación actual de las demencias en España. Prevalencia.

Se empleará, como punto de partida en este apartado la información que aporta un trabajo colectivo muy reciente en el tiempo, firmado por Gil-Prieto y colaboradores (2016), que cubrieron a partir de la utilización de diversas bases de datos contrastadas, la mayor parte de la población española. Incluye más del 98% de los ingresos hospitalarios en el sistema nacional de salud vinculados a demencias, proporcionando un registro completo de todas las hospitalizaciones, por lo que no tienen las limitaciones frecuentes cuando se extraen los datos de los sistemas de vigilancia ambulatoria (Gil –Prieto et al., 2016).

Manifestaron como conclusión que patologías como la depresión, ansiedad, disfunción sexual, trastornos del sueño, incontinencia urinaria o retención, estreñimiento, complicaciones derivadas de la toma de medicamentos o la disfagia durante las últimas etapas de las demencias se materializan como complicaciones frecuentes que afectan sustancialmente la vida de los pacientes y sus cuidadores, tomando para ello la perspectiva de otros estudios similares años atrás (Barone et al., 2009).

Cabe mencionar que España está siendo durante este siglo XXI una de las sociedades desarrolladas con mayor incremento de los niveles de envejecimiento en el mundo. Debido a este factor, la carga de trastornos neurodegenerativos crónicos, particularmente la demencia, se espera que crezca exponencialmente en los próximos años de una manera constante, de acuerdo a diferentes estudios de cribado de demencia con base poblacional en el que los individuos son evaluados positivamente a través de una prueba cognitiva o de discapacidad, y posteriormente sometido a una segunda fase de evaluación clínica y diagnóstico (Pedro-Cuesta et al., 2009).

Siguiendo con el trabajo anterior, la prevalencia de demencia en mayores de 70 años o más ofrecía cifras que oscilaban entre el 6,6% y el 17,2%, dependiendo de la localidad (Pedro-Cuesta et al., 2009). Por su lado, las prevalencias de la EA en estudios similares fueron de 5,1% y 10,6%, respectivamente. La demencia vascular llegó hacia la mitad de la primera década del siglo XXI en España a ser el segundo subtipo de demencia más frecuente (Del Barrio et al., ,2005). Sin embargo, la prevalencia reportada para las poblaciones españolas en épocas más recientes podría encontrarse limitada dadas las diferencias metodológicas entre los diversos estudios realizados hasta la fecha en que se escriben estas líneas y las recientes mejoras en los criterios de diagnóstico para los subtipos de demencia poco frecuentes. Además, los estudios antes mencionados se centraron en las poblaciones residentes en la mitad norte del país, mientras que las poblaciones meridionales españolas no

han sido suficientemente analizadas en cuanto a la evolución de las demencias por ahora. Esto último puede ser particularmente importante dada la mayor mortalidad vascular en el sur de España y el impacto de factores vasculares en la etiología de la demencia ([European Commission, 2009](#)).

Volviendo a algunos datos relevantes del trabajo realizado por De Cuesta (2009), el mismo ofrecía diferencias significativas en la prevalencia de los participantes de edad igual o mayor de 70 años, que van desde el 3,5% en la zona de Bidasoa al 17,2% en Pamplona. La prevalencia ajustada por edad y sexo en el mismo grupo de edad osciló entre el 3,2% en Bidasoa y el 12,3% en Gerona, mientras que las cifras correspondientes al área de El Prat en Barcelona se consideraron en el tramo intermedio (9,6 y 9,3%).

Por otra parte, hay que constatar que en España, al igual que ocurre en muchos países de la Unión Europea, la EA es la principal causa de demencia, y una de las patologías más prevalentes en personas de edad avanzada. La prevalencia de la enfermedad está aumentando dramáticamente con el envejecimiento de la población en todo el mundo y, particularmente, en el territorio español. Incluso en países de altos ingresos, el coste de la atención médica y las cargas sociales asociadas a la demencia amenazan en convertirse en una seria carga para la estabilidad económica de los sistemas nacionales de salud ([Winblad et al., 2016](#)).

En las últimas dos décadas se han percibido notables mejoras en la calidad de atención de pacientes con demencias, y específicamente con la EA. Los estudios epidemiológicos y genéticos han identificado muchos factores que aumentan el riesgo de padecer una demencia en la población de personas mayores. Los trabajos de prevención han puesto de relieve la posibilidad de apuntar factores de riesgo y protección para retrasar el inicio, con el propósito de reducir la prevalencia de la demencia. Sin embargo, ningún tratamiento está deteniendo o revertiendo la tendencia de aumento de las demencias ([Winblad et al., 2016](#)).

Hay que subrayar que la demencia abarca una variada gama de trastornos neurológicos caracterizados por pérdida de memoria y el deterioro cognitivo. La EA es la forma más común de demencia, representando el 50-70% de los casos. El síntoma temprano más común de demencia es la dificultad de recordar eventos recientes. Una vez desarrollado el trastorno, una amplia gama de otros síntomas puede surgir, como desorientación, cambios de humor, confusión, pérdida más grave de la memoria, cambios del comportamiento, dificultades en el habla y para tragar, así como problemas para caminar ([Winblad et al., 2016](#)).

El aumento de la edad es considerado el factor más importante de riesgo para la EA y otras demencias, y a medida que aumenta la EV, y con ello el envejecimiento de la población, el número de personas con demencia se espera que aumente. En la imagen 2 se puede observar la distribución del número de personas con demencia en Europa en 2013. En 2015, se estimaron casi 47 millones de personas en todo el mundo afectadas por demencia, y se espera llegar a 75 millones en 2030 y 131 millones en 2050, con el mayor incremento en países de ingresos bajos y medianos (Prince et al., 2015).

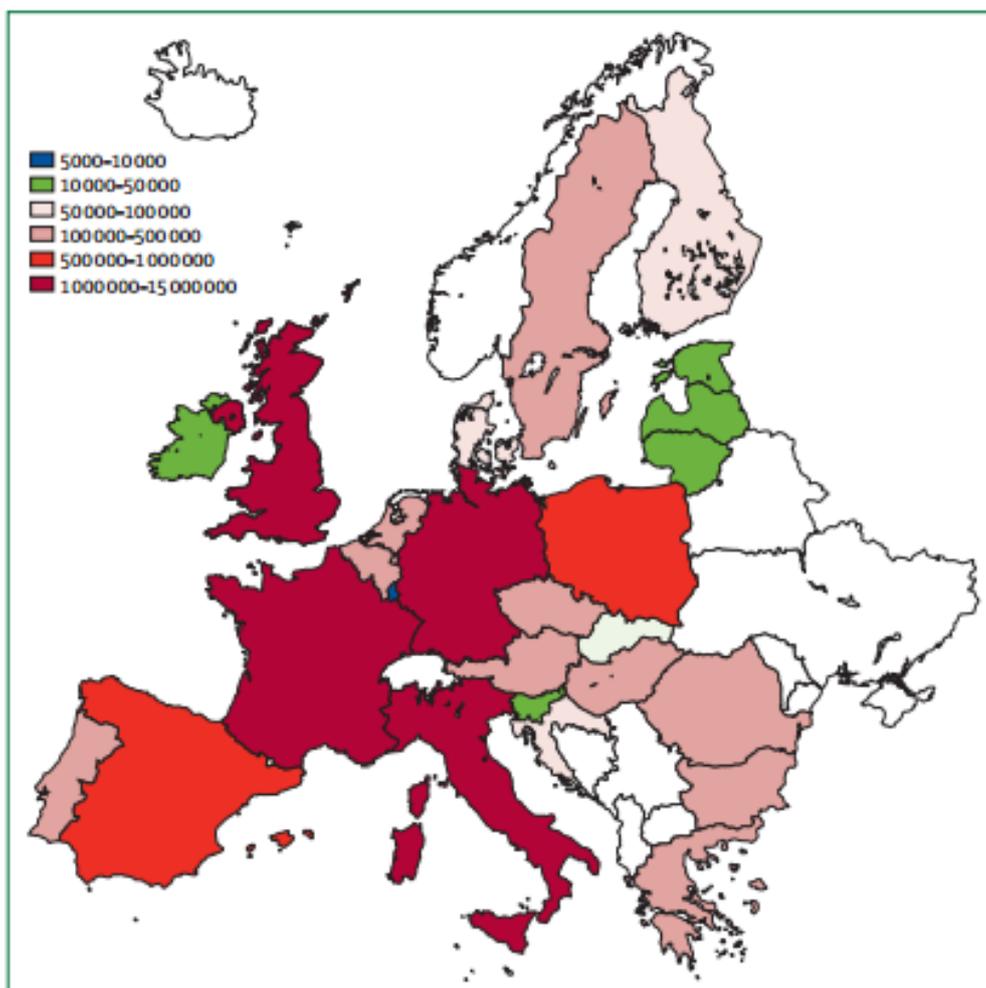


Imagen 2: Distribución del número de personas con demencia en Europa en 2013.
Fuente: Alzheimer Europa.

El siglo XX trajo consigo avances médicos y tecnológicos, que a su vez causaron un descenso en la tasa de mortalidad. Además, los cambios sociales han ocasionado una reducción de la natalidad lo que, al unirse a los factores anteriormente mencionados, se traduce en un aumento de la longevidad.

Esta situación ha originado en la comunidad científica y en la sociedad en general, una notable sensibilidad frente a los problemas vinculados a la vejez, como son las demencias. La prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas está aumentando dramáticamente con el envejecimiento de la población en todo el mundo, y particularmente en el territorio español.

El término demencia engloba diversas patologías neurodegenerativas en las que la función mental del sujeto, también denominada *función cognitiva o intelectual*, —que está formada por una serie de capacidades tales como el lenguaje, la percepción, la memoria, el razonamiento abstracto, los conocimientos, la elaboración de pensamiento e ideas o la atención, entre otras—, se ve afectada de forma progresiva e irreversible, impidiendo que el sujeto realice una vida social y laboral normal, lo que a la larga se traduce en un alto grado de dependencia. Los dos tipos de demencia más prevalentes son, por orden de frecuencia, la enfermedad de Alzheimer (EA), aproximadamente un 60% de todas las demencias, y la demencia vascular (DV).

Capítulo 2: Envejecimiento

2.1- Concepto de envejecimiento: características clínicas.

El envejecimiento cerebral se caracteriza por numerosos cambios fisiológicos, estructurales, funcionales y también de tipo neurocognitivo. La interacción de estos procesos es compleja y se vincula a grandes diferencias interindividuales, donde aparecen variables independientes que influyen en los efectos posteriores, tales como edad, sexo, raza, estatus socioeconómico, entre otros. Aunque desde ciertos enfoques, se defiende la idea que, en la actualidad, no es posible entender totalmente el proceso del envejecimiento, hay numerosos estudios que detallan la naturaleza de los cambios en el cerebro a medida que se van cumpliendo años. En este apartado, se pretende realizar una reflexión pormenorizada de las características clínicas más relevantes que afectan a esta etapa de la vida, considerando la importancia de los factores funcionales, neuropsicológicos y los procesos inmunológicos que ocurren en el envejecimiento, que se podría considerar normal o "saludable".

En la comunidad científica, se parte de un consenso respecto a que la función inmunológica disminuye con la edad, la inmunidad adaptativa se reduce igualmente, y hay una débil respuesta inmune adaptativa a nuevos acontecimientos patógenos. Existen trabajos de neuroimagen estructural y funcional en personas mayores cognitivamente intactas, que han demostrado pérdida de volumen y de la integridad estructural de la materia blanca, particularmente en la corteza prefrontal, que pudiera estar asociada con un probable deterioro cognitivo. A pesar de que todavía se dispone de una información un tanto incompleta sobre lo que se ha adelantado en líneas anteriores, los hallazgos van en la dirección de ratificar que el envejecimiento produce clínicamente un descenso en las capacidades cognoscitivas del individuo, como, por ejemplo, las destrezas matemáticas de tipo aritmético y numérico, así como la velocidad de percepción sensorial en determinados contextos en los que un sujeto joven, por término medio, presenta menos alteradas sus facultades cognitivas para entender el mundo que le rodea. Por el contrario, a partir de los datos de la investigación en este campo en los últimos años, parece que otras funciones

cognitivas, como la capacidad verbal y la memoria semántica, siguen estando bastante conservadas hasta edad avanzada (Arking et al., 2000).

Por todo ello, se deduce la conveniencia de tener presente que los factores identificados para un envejecimiento saludable cognitivo son multifactoriales y es probable que incorporen elementos biológicos.

En un reciente trabajo publicado por Ian Johnson en 2015, se reporta que todavía existe la necesidad de seguir investigando en enfermedades neurodegenerativas mediante el uso de modelos animales que se asemejen más de cerca a la compleja realidad humana relacionada con la edad. Este autor puso de relieve la creciente importancia de encontrar tratamientos adecuados para las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes en personas mayores y cómo este tipo de enfermedades se vuelven cada vez más comunes en unas sociedades caracterizadas por una serie de aspectos sociales y clínicos que no estaban presentes hasta hace relativamente pocos años, sobre todo en los núcleos urbanos de población (Johnson, 2015).

Los actuales modelos animales de enfermedades neurodegenerativas ignoran en gran medida el contexto en el que muchas de estas enfermedades se presentan. Johnson (2015) sostiene que el proceso de envejecimiento representa algo más que lo que significa el mero paso del tiempo, con una amplia variedad de factores que, en múltiples ocasiones, pasan desapercibidos cuando solamente se contempla el hecho de cumplir años, es decir, la edad como variable independiente en los experimentos (Johnson, 2015).

A partir de lo expuesto, habría que tener en cuenta las diferencias entre sujetos jóvenes y personas mayores. En concreto, hay que llamar la atención, en primer lugar, sobre la idea que el envejecimiento representa la acumulación de déficits biológicos y cognitivos en un sistema complejo, como es el de un ser humano. Se presume que los déficits subcelulares se acumulan para, finalmente, dar lugar a déficits en tejidos y continuar su escalamiento con déficits clínicamente reconocibles (Howlett & Rockwood, 2013; Rockwood et al., 2015).

La acumulación de déficits de salud como característica clínica del envejecimiento se ha utilizado para medir el nivel de fragilidad y deterioro cognitivo de la persona, que puede ser conceptualizado como un estado de mayor vulnerabilidad a los resultados de una deteriorada salud que difiere entre las personas de una misma edad cronológica (Mitnitski et al., 2001; Rockwood & Mitnitski, 2007; Clegg et al., 2013). De esta manera, se determinó que personas que tenían la misma edad experimentaban diferentes estados de salud y riesgo de muerte. Esta diferencia puede caracterizarse como el número de déficits de salud presentes en un individuo; por ejemplo, una persona a la que se han cuantificado tres problemas de salud tiene una menor predisposición y, consecuentemente, menos probabilidad de sufrir eventos adversos a su salud que un sujeto con diez problemas de salud (Mitnitski et al., 2013). Así, la fragilidad puede medirse a través de la característica clínica denominada *acumulación de déficits*. El síndrome de fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de la reserva funcional, que conlleva un incremento de la vulnerabilidad y una inadecuada respuesta a todo tipo de estrés, debido fisiopatológicamente a sarcopenia, aterosclerosis, desnutrición y deterioro cognoscitivo. El diagnóstico es clínico, descrito por 5 características, pérdida de peso involuntaria, autorreporte de agotamiento, enlentecimiento del movimiento, debilidad y baja actividad física. El envejecimiento poblacional progresivo produce un incremento en las tasas de dependencia y la presencia de determinadas comorbilidades cuya atención supone una importante carga económica y sociosanitaria. La fragilidad, como síndrome clínicamente detectable, permite identificar a los pacientes con mayor riesgo de deterioro físico, y que van a precisar un mayor nivel de atención médica y social. (Parks et al., 2012; Wallace et al., 2014; Whitehead et al., 2014; Feridooni et al., 2015; Kane et al., 2015).

En un segundo orden de ideas, para una comprensión completa del origen de los trastornos neurodegenerativos más frecuentes asociados con la edad —y por lo tanto, un intento de ir hacia un tratamiento lo más adecuado posible—, hay que considerar todos ellos de una manera interrelacionada en el contexto en que se producen, tal y como ha sugerido Johnson en su trabajo citado del año 2015.

La identificación y el modelado de la fragilidad pueden ser útiles en este esfuerzo. Un claro ejemplo de todo ello son los desarrollos elaborados del enfoque de modelado de fragilidad en los ratones, permitiendo a los investigadores cuantificar el déficit de salud (Parks et al., 2012; Feridooni et al., 2015; Huizer-Pajkos et al., 2015; Kane et al.,

2015). Curiosamente, los ratones experimentan un aumento exponencial de la variable fragilidad con la edad, con un patrón de comportamiento que es notablemente similar a la observada en las poblaciones humanas (Whitehead et al., 2014). Además, mayor fragilidad se asocia con otros efectos adversos para la salud (Parks et al., 2012). Los estudios con poblaciones de ratones también han demostrado que la fragilidad se atenúa mediante intervenciones como la restricción calórica y el tratamiento con un antioxidante, el resveratrol (Kane et al., 2015).

Johnson presentó algunos obstáculos o barreras para el envejecimiento en ratones, particularmente el efecto mediante el cual los ratones tienden a la adquisición de problemas de salud relacionados con la edad, que pueden suponer una amenaza para la calidad y precisión de la investigación. Si se tiene en cuenta que muy pocas personas con enfermedades neurodegenerativas no sufren otros problemas de salud, y que la presencia de varios condicionamientos vinculados con la edad, que pueden ser complejos y relacionados entre sí, crean las situaciones exactas descritas como característica del proceso de envejecimiento, esto no puede servir como una barrera.

Hasta la fecha, existen investigaciones sobre enfermedades neurodegenerativas que han ignorado el hecho de que las condiciones relacionadas con la edad constituyen un sistema complejo. De este modo, las investigaciones realizadas en animales jóvenes con algunos problemas de salud, en un intento de aislar mecanismos, no pueden ser útiles para este problema en particular y podrían contribuir a su falta de traducción que se percibe en los ensayos clínicos, a partir de la experiencia de Johnson. Dados los esfuerzos y la financiación recabada que intentan comprender los mecanismos y tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas, se espera un período de 2-3 años para que la calidad de los resultados pueda convertirse en una mejor alternativa (Donehower, 2002).

Otro punto de vista diferente al anterior sostiene que una sustancial mejora de la investigación de modelos animales aplicados a los seres humanos es fomentar la inclusión de hembras en modelos que simulan enfermedad relacionada con la edad; es decir, la introducción de la variable independiente género o sexo como relevante en estos contextos de experimentación. Las mujeres, con frecuencia, están excluidas de este tipo de trabajos debido a las consecuencias de los ciclos hormonales, aunque la evidencia científica sugiere que los resultados obtenidos en este colectivo no son

inherentemente más variables que los resultados en los varones (Clayton & Collins, 2014).

En relación a la investigación, hasta la fecha se puede adelantar que la existencia de un único mecanismo responsable del conjunto de enfermedades relacionadas con la edad es muy poco probable, casi imposible. En cambio, puede ser útil considerar estos problemas como sistemas complejos de interacción y defender la posibilidad de que estas enfermedades relacionadas con la edad tienen múltiples orígenes. La investigación sobre envejecimiento con animales puede jugar un papel importante en la materialización de este objetivo, particularmente en el modelado de la enfermedad entre personas mayores débiles.

2.2- Teorías biológicas del envejecimiento.

En las últimas décadas el estudio del envejecimiento ha tenido en los países occidentales una gran expansión, tanto en amplitud como en profundidad de las teorías por parte de distintos autores. Este crecimiento ha sido estimulado por varios factores como son el aumento de la esperanza de vida, el desarrollo científico y tecnológico de la medicina y particularmente de la Gerontología y la Geriátrica, así como una mayor proporción del gasto presupuestario de salud nacional que se destina a las personas mayores en España según los presupuestos destinados al gasto público (Del Pozo et al., 2017). En la figura 6 se resumen las principales teorías explicativas del proceso de envejecimiento (Carmona, 2012).

La variada tipología de datos biológicos, epidemiológicos y demográficos ha generado un buen número de teorías que tratan de identificar las causas y procesos para explicar el envejecimiento y su inevitable consecuencia final, la muerte. Sin embargo, en la época actual la búsqueda de una única causa del envejecimiento, desde la perspectiva meramente genética u otras, ha sido reemplazada por un punto de vista del envejecimiento como un proceso multifactorial extremadamente complejo, que no es posible reducir de ninguna forma a una única teoría explicativa (Kowald & Kirkwood, 1996). En esta línea de pensamiento, existen varios procesos que interactúan simultáneamente en diferentes niveles de la organización funcional de la persona (Franceschi; et al., 2000). Las diversas teorías del envejecimiento no pueden considerarse como mutuamente excluyentes entre sí porque deben describir adecuadamente todas las características del proceso de envejecimiento de manera

interrelacionada y complementaria. De otra forma, se construiría una explicación reduccionista que en la actualidad es desechada por sus limitaciones; incluso la misma definición de envejecimiento está abierta a variadas interpretaciones. En todo caso, las teorías del envejecimiento, deberían dar respuesta a algunas preguntas esenciales, como, por ejemplo:

- a) *¿Por qué envejecemos?*
- b) *¿Por qué vivimos como lo hacemos en la actualidad?*

De acuerdo al posicionamiento de las *teorías "programadas"*, el envejecimiento depende de la regulación individualizada de los relojes biológicos, considerando la vida del ser humano a través de cuatro etapas decisivas, tales como crecimiento, desarrollo, madurez y vejez. Esta regulación depende secuencialmente de la herencia genética de cada persona, es decir, del encendido y apagado de las señales del sistema nervioso, responsable del mantenimiento homeostático del organismo para la activación de respuestas de defensa ante circunstancias de incertidumbre. Por su parte, las denominadas *teorías del "error"* identifican factores ambientales que pueden inducir un daño progresivo en distintos ámbitos de la vida de las personas mayores — por ejemplo, acumulación de radicales de oxígeno— (Hamilton, 2002).

Aparte de lo mencionado líneas arriba, constatar que se han categorizado varias teorías sobre el envejecimiento, haciendo hincapié en diversos puntos de vista, como el evolutivo, molecular, celular y sistémico. La elección de estas categorías y el orden en que se presentan reflejan un discurso fisiológico como característica común. Las teorías del envejecimiento pueden superponerse en diversos niveles organizativos: alteraciones con el envejecimiento de episodios moleculares, que a su vez pueden provocar alteraciones celulares, y éstas, también, contribuyen a fallos orgánicos y propiamente evolutivos, implicados en las funciones de reproducción y supervivencia. Por su lado, las *teorías evolucionistas* argumentan que el envejecimiento es resultado del proceso, denominado por Charles Darwin como selección natural de las especies. Se basan en aquellos actos primarios instintivos que maximizan la aptitud reproductiva de los individuos. La teoría evolutiva tuvo su primera formulación en la década de los años 40 del pasado siglo XX, basada en la observación realizada por la comunidad científica de la EH, una mutación autosómica dominante y letal. La edad tardía de comienzo de la enfermedad de Huntington (30-40 años) permite que la enfermedad

pueda plantearse por medio de la fuerza de la selección natural en la evolución de las especies animales.

Estas observaciones inspiraron la *teoría de acumulación de las mutaciones en el envejecimiento* propuesta por Medawar (1985), según la cual con el envejecimiento se van expresando genes que normalmente son silentes en etapas previas del ciclo vital. Esto determina que con el paso del tiempo se vayan acumulando sus productos, generalmente disfuncionales, los cuales determinan la alteración de diversos sistemas orgánicos conduciendo al envejecimiento y finalmente a la eliminación de ese ser vivo. (Partridge & Gems, 2002). Hacer constar, sin embargo, que el concepto básico del envejecimiento goza de una gran cantidad de apoyo experimental. La vida se muestra en el marco del proceso de envejecimiento en su función de supervivencia y reproductiva en un escenario muy competitivo. En consecuencia, los organismos que mueren principalmente por factores medioambientales evolucionarán hacia un entorno particular optimizado. La *teoría evolucionista del envejecimiento* predice que la persona tendría la oportunidad de avanzar a una mejor vida. Indica que otras consideraciones podrían necesitar un mayor aspecto de longevidad para la aptitud reproductiva de la especie humana (Hamilton, 2002).

Según la *teoría celular del envejecimiento*, la cual se formuló hacia el año 1965, la senectud fue descrita como el proceso que limita el número de divisiones celulares normales en las células humanas. Este "límite de capacidad replicativa" se produce después de un número dado de divisiones celulares (Campisi, 2003). Los experimentos iniciales con células en cultivo demostraron datos interesantes en el parámetro de correlación, lo que sugiere que las células de individuos de edad avanzada tienen mayor limitación en la capacidad para seguir realizando divisiones celulares. Asimismo, parece ser que organismos con tramos más cortos de vida disponen de células que envejecen más rápidamente que los organismos con vidas más largas. Sin embargo, experimentos recientes han puesto en duda estas observaciones y será necesaria más investigación para aclarar estos datos divergentes.

Todo este conjunto de teorías convergen en la idea que el proceso de envejecimiento está relacionado con una serie de aspectos esenciales vinculados a funciones como:

- El control y mantenimiento de otros sistemas dentro del organismo.
- La constante capacidad de los organismos vivos para comunicarse y adaptarse al medio ambiente en que viven.

En los seres humanos todos los sistemas pueden considerarse indispensables para la supervivencia. Sin embargo, los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico juegan un rol fundamental por su tarea de coordinación de todos los demás sistemas y en la articulación de respuestas defensivas a estímulos internos y externos.

En otro contexto, se propone que los procesos de envejecimiento en el ser humano se deben a cambios neuronales y endocrinos, cruciales para: (Weinert, 2003; Poala, 2003).

- 1) Coordinación del procedimiento de comunicación a modo de respuesta de todos los sistemas del cuerpo en su interacción con el medio ambiente.
- 2) Programación de las respuestas fisiológicas a los estímulos ambientales.
- 3) Mantenimiento del estado funcional óptimo para la reproducción y supervivencia, si bien, todo ello responde en el ser humano a las demandas ambientales. Estos cambios, a menudo perjudiciales para la naturaleza humana, no solamente afectan a funciones importantes como reproducción, crecimiento y desarrollo, también a la regulación de la propia supervivencia de la especie.

Habría que concluir este punto añadiendo que mucho de lo referido hasta este momento se debería comprender a partir de la integración de varios modelos y teorías para explicar el envejecimiento normal. Por tanto, se evidencia que existe un consenso en la comunidad científica que señala que el proceso de envejecimiento es multifactorial y complejo, por lo que no se puede afirmar que se trate de un proceso irreductible y estático. Estas interconexiones del proceso de envejecimiento no pueden delimitar conclusiones definitivas a partir de los resultados experimentales conocidos hasta nuestros días.

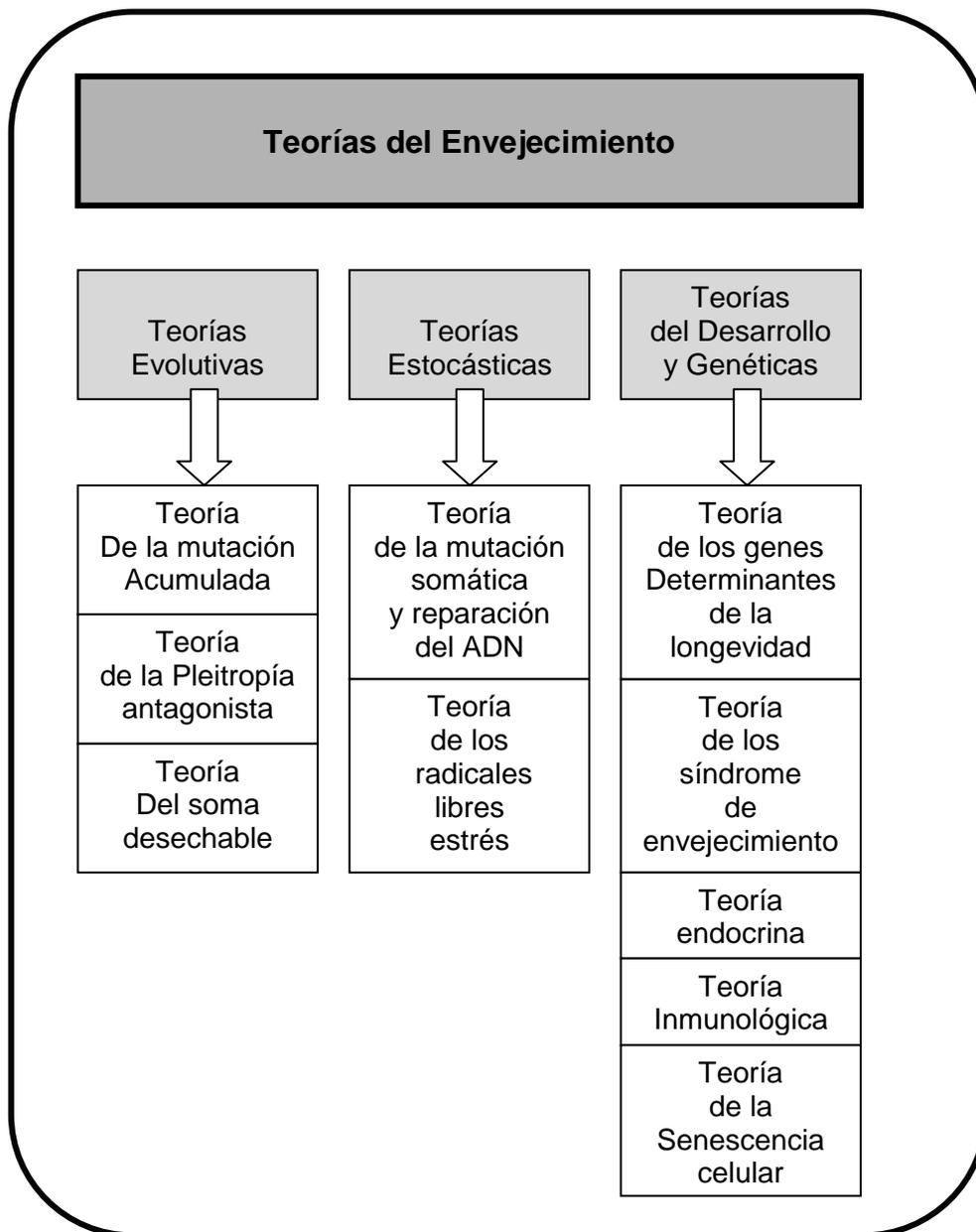


Figura 6: Teorías explicativas del proceso de envejecimiento.
Fuente: (Carmona, 2012).

3- Clasificación del envejecimiento.

Existen diferentes formas de clasificar el proceso de envejecimiento siendo una de ellas las de Marín (2005), la cual divide la vejez en tres etapas (Martín, 2005):

- Vejez inicial o incipiente, engloba a las personas con edades comprendidas entre los 60 y 69 años de edad. Esta etapa se caracteriza porque muchas personas siguen activas en el mercado laboral y conservan en general un buen estado de salud.
- Vejez intermedia, engloba a las personas con edades comprendidas entre 70 y 84 años. Se caracteriza porque casi todas las personas han salido del mercado de trabajo, salvo ciertos trabajadores por cuenta propia: agricultores, empresarios, intelectuales, etc., que guardan ciertas condiciones de salud mental y física y que observan y perciben la muerte aún como un fenómeno no necesariamente próximo.
- Vejez avanzada, engloba a las personas con edades de más de 85 años. Se corresponde con las personas al final de ciclo vital. Algún autor como J.L. Martínez Zahonero (2000) propone el límite de los 80 años para establecer un subgrupo que denominado “cuarta edad”.

Sin embargo, la existencia de esta clasificación no se considera operativa a nivel de análisis estadístico por lo que en la presente investigación se tiene en cuenta la clasificación del Instituto Nacional de estadística (INE).

En la tabla 4 se muestran los grupos de edad, clasificados según estándares del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015) son los siguientes:

Edad	Grupo
<65 años	grupo 0
Entre 65-69 años	grupo 1
Entre 70-74 años	grupo 2
Entre 75-79 años	grupo 3
Entre 80-84 años	grupo 4
Entre 85-89 años	grupo 5
Entre 90-94 años	grupo 6
Entre 95-99 años	grupo 7

Tabla 4: grupos de edad según INE.

2.4- Situación actual del envejecimiento en la Comunidad Valenciana.

Para realizar una perspectiva comparativa de la situación de los niveles de envejecimiento en la Comunidad Valenciana, tomando como referencia lo que ocurre en las tres provincias que constituyen esta Comunidad Autónoma (Alicante, Castellón y Valencia), un primer punto de inflexión en este recorrido viene dado por un trabajo importante de Bonmatí y Sebastiá (1990), en el que analizando los datos del Padrón Municipal entre los años 1981 y 1986, llegaron a la siguiente conclusión a modo de resumen de su análisis:

“Aquellos municipios con menos de 2.000 habitantes ofrecen, por lo general, grados de vejez más acentuados que los que están por encima de dicho nivel demográfico. Por otro lado, se aprecian niveles de envejecimiento mayores en la montaña alicantina y en el interior de las provincias de Valencia y sobre todo Castellón que en los espacios litoral y el Sur de la Comunidad. Hemos comprobado la confirmación en 1986 de las situaciones que se daban cinco años antes” (Bonmatí & Sebastiá: 1990: 163).

En definitiva, hace aproximadamente unos 30 años la situación reflejaba que los mayores niveles de envejecimiento en la Comunidad Valenciana tenían lugar en las localidades de menos de 2.000 habitantes, zonas rurales por lo general, que podría incluso ser coincidente con lo que ocurría en otras Comunidades Autónomas de España en aquella época, siendo los núcleos urbanos de las ciudades los que tenían menor nivel de envejecimiento. Además, Bonmatí y Sebastiá ofrecen un dato relevante y es que parece ser que en ese momento los territorios del interior de la Comunidad Valenciana informaban mayores niveles de envejecimiento que las áreas costeras.

Actualmente, la situación en los municipios en los que se han recogido los datos de la presente investigación es la siguiente:

En Algemesí, la dependencia anciana —entendiendo este concepto como incapacidad para realizar ABVD— de la población mayor de 64 años era de 24,2 % ligeramente inferior a la tasa de la Comunidad Valenciana. La tasa de longevidad calculada como el cociente entre la población mayor de 74 años y la población mayor de 64 años era del 49,8% tal y como se parecía en la imagen 3.

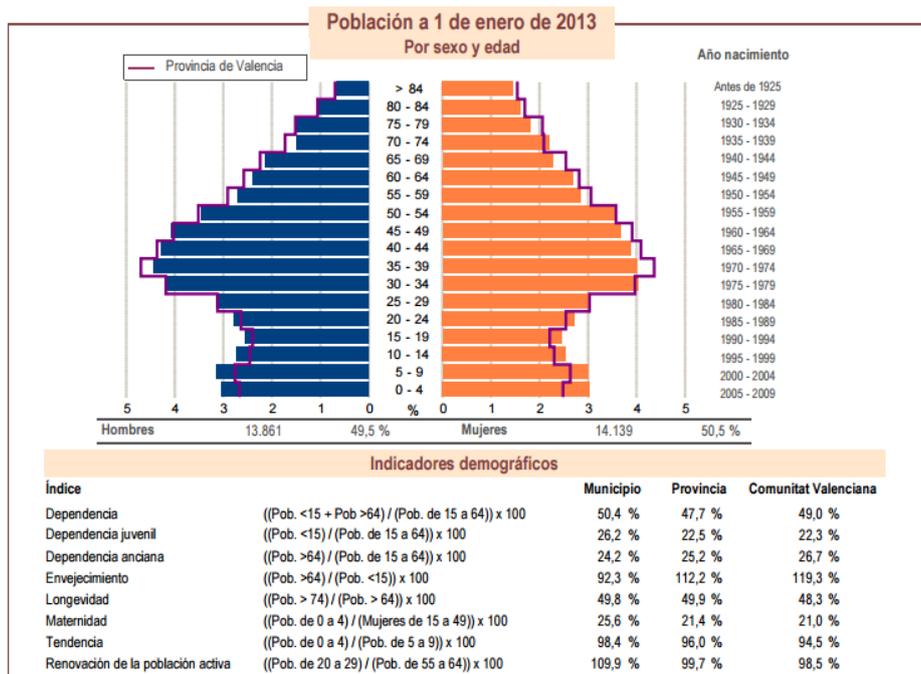


Imagen 3: Ficha de población del municipio de Algemesí.
Fuente: Generalitat Valenciana (2014).

En Benifaió: la dependencia anciana de la población mayor de 64 años era de 29,5 % ligeramente superior a la tasa de la Comunidad Valenciana. La tasa de longevidad calculada como el cociente entre la población mayor de 74 años y la población mayor de 64 años era del 50,3%, tal y como se parecía en la imagen 4.

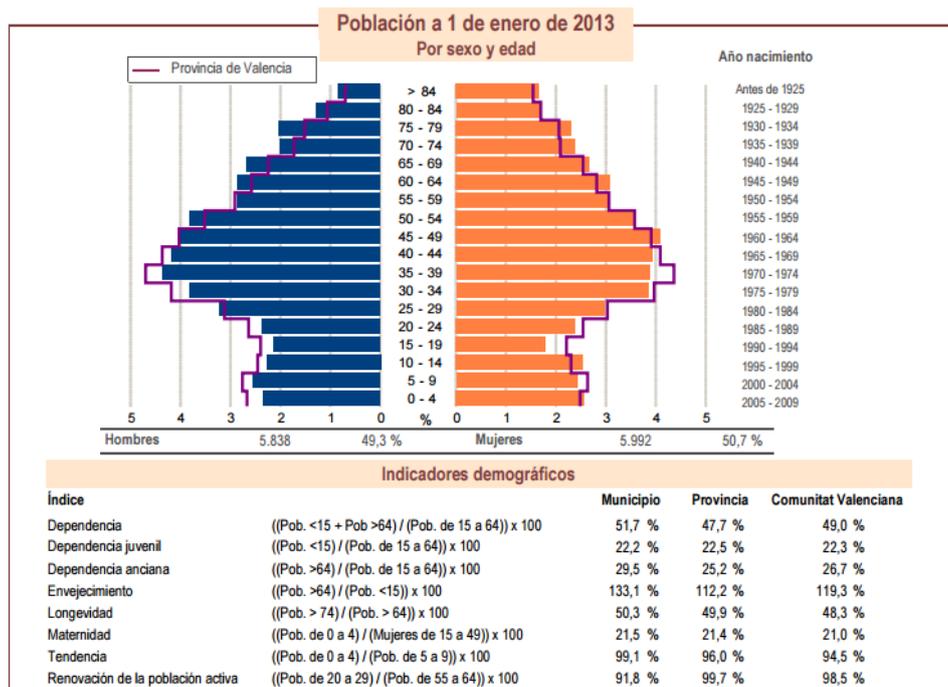


Imagen 4: Ficha de población del municipio de Benifaió.
Fuente: Generalitat Valenciana (2014).

En Guadassuar, la dependencia anciana de la población mayor de 64 años era de 27,6 % ligeramente superior a la tasa de la Comunidad Valenciana. La tasa de longevidad calculada como el cociente entre la población mayor de 74 años y la población mayor de 64 años era del 52,2%, tal y como se parecía en la imagen 5.

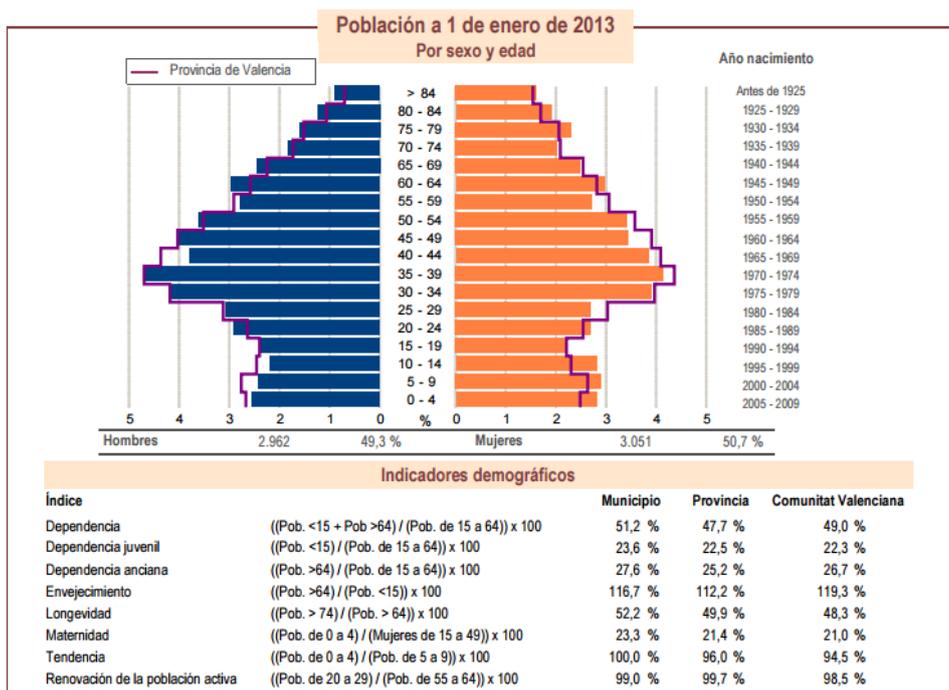


Imagen 5: Ficha de población del municipio de Guadassuar.
Fuente: Generalitat Valenciana (2014).

En Valencia: la dependencia anciana de la población mayor de 64 años era de 28,4 % ligeramente superior a la tasa de la Comunidad Valenciana. La tasa de longevidad calculada como el cociente entre la población mayor de 74 años y la población mayor de 64 años era del 50,6%, tal y como se parecía en la imagen 6.

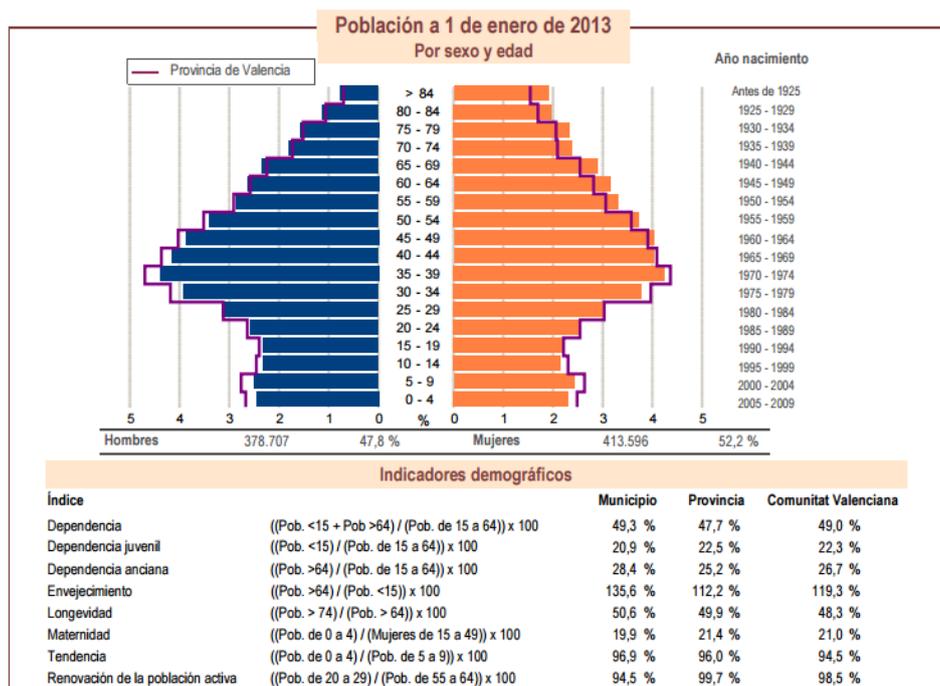


Imagen 6: Ficha de población del municipio de Valencia.
Fuente: Generalitat Valenciana (2014).

En las últimas décadas, el estudio del envejecimiento ha tenido en los países occidentales una gran expansión, tanto en amplitud como en profundidad de las teorías por parte de distintos autores. Este crecimiento ha sido estimulado por varios factores como son el aumento de la esperanza de vida, el desarrollo científico y tecnológico de la medicina y particularmente de la Gerontología y la Geriatría, así como una mayor proporción del gasto presupuestario de salud nacional que se destina a las personas mayores. Las diversas teorías del envejecimiento no pueden considerarse como mutuamente excluyentes entre sí porque deben describir adecuadamente todas las características del proceso de envejecimiento de manera interrelacionada y complementaria. Dicho proceso solo puede ser comprendido a través de la integración de varios modelos y teorías.

El envejecimiento cerebral es un proceso multifactorial que se caracteriza por cambios fisiológicos, estructurales, funcionales y cognitivos. La interacción de estos procesos es compleja y se vincula a grandes diferencias individuales, donde influyen variables independientes como edad, sexo, raza, estatus socioeconómico.

El proceso del envejecimiento se caracteriza por una disminución en la función inmunológica y la inmunidad adaptativa. Mediante técnicas de neuroimagen estructural y funcional se observa una pérdida de volumen y de la integridad estructural de la materia blanca lo que conlleva un descenso en las capacidades cognoscitivas.

Capítulo 3: La disciplina enfermera

3.1- Proceso de atención enfermera.

La disciplina enfermera se basa en el concepto paradigmático del cuidado y, en consecuencia, su objeto de estudio será el modo de aplicar los cuidados de enfermería de la manera más eficaz y apropiada posible a los pacientes, familias, grupos y comunidades. Para tal cometido, se precisa una estructuración especial que se realiza a través del Proceso Enfermero, una herramienta de gran utilidad que permite la resolución científica de dificultades en el contexto de los cuidados. El Proceso Enfermero se ha definido como:

“Una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos.”

(Alfaro, 2005:4)

El proceso de atención de enfermería (PAE) ha supuesto una revolución en la historia de la enfermería, pues su implementación es una ventaja que proporciona autonomía al trabajo de los profesionales, garantiza el desarrollo de una práctica clínica basada en la evidencia, favorece la calidad en el cuidado y facilita la atención individualizada al paciente (Salcedo & Reyes, 2011).

El PAE apareció en la literatura de enfermería en Estados Unidos a principios de la década de los sesenta. En ese tiempo se conceptualizó como un proceso de resolución de problemas. A partir de 1967, Yura y Walsh (Yura et al, 1994) establecieron cuatro etapas en el PAE: valoración, planificación, realización y evaluación. Algunos autores vieron la necesidad de añadir a las etapas ya mencionadas la etapa diagnóstica, que es el paso final del proceso de valoración (Feliu et al, 1997).

En el PAE, se definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica enfermera, con el fin de alcanzar unos objetivos en el cuidado que posteriormente se evalúan en relación a las intervenciones. Por consiguiente, el

PAE se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planificación y de ejecución y termina con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto (Reina, 2010).

3.1.1 Etapas del proceso de atención enfermera.

La valoración es la primera etapa del PAE. En ella se realiza la valoración del estado de salud de la persona, familia o comunidad y tiene como propósito recoger y organizar información. Cuando la recogida de datos se organiza de forma exhaustiva, se facilita la evaluación de la salud y el diagnóstico enfermero. Junto con la observación, la entrevista constituye una de las herramientas clave en el proceso de valoración. En ella, y para obtener la máxima eficacia, la enfermera y el paciente deben establecer una relación de mutua confianza y respeto. En estas circunstancias, y tras haber realizado una valoración exhaustiva, la enfermera puede formular un diagnóstico que incluya los problemas que precisan atención enfermera (Martínez et al., 2003).

La información recogida en la valoración puede ser organizada de tres formas distintas:

- Patrones Funcionales de Gordon: son una herramienta que se adecuan muy bien al contexto de atención primaria de salud permitiendo establecer y estructurar la valoración, —ya sea tanto a nivel individual, familiar como comunitario y en circunstancias de salud o enfermedad a lo largo de todo el ciclo vital del sujeto—.En la tabla 5 se definen los patrones Funcionales de Gordon.

Patrones funcionales de salud de M. Gordon	
1. Percepción-manejo de la salud	Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud.
2. Nutricional- metabólico	Consumo de alimentos y líquidos relativos a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes.
3. Eliminación	Función excretora (intestino, vejiga y piel).
4. Actividad-ejercicio	Ejercicio, actividad y ocio.
5. Sueño-descanso	Sueño, descanso y relajación.
6.Cognitivo- perceptual	Sensibilidad, percepción y cognición.
7.Autopercepción-autoconcepto	Autoconcepto del paciente y la percepción del estado de ánimo.
8. Rol-relaciones	Compromiso del rol y relaciones.
9.Sexualidad- reproducción	Satisfacción sexual y patrón reproductivo.
10.Adaptación- tolerancia al estrés	Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés.
11. Valores-creencia	Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona.

Tabla 5: Patrones funcionales de salud de M. Gordon
Fuente: Extraído de Grupocto (s.f.), pág.:7.

- Necesidades de Virginia Henderson: son una herramienta que se adecuan muy bien al contexto de atención especializada. Virginia Henderson pensó en el paciente como una persona que necesita asistencia para recuperar la salud, independencia o una muerte tranquila. Su visión organicista conceptualiza al individuo como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes; es desarrollista porque conforma una espiral con componentes organizados de manera implícita y explícita en diferentes situaciones que la persona experimenta. A pesar de que en su modelo no aparece una definición concreta de necesidad, este concepto es una constante en las 14 necesidades señaladas por la autora, reconoce a Ida Orlando como una de las influencias

en su concepto de relación enfermera paciente y recurre a Maslow para el contexto de las necesidades humanas (Jiménez-Castro et al., 2004). Para esta autora, todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, a fin de mantener su salud. Sin embargo, cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, las cuales deben ser valoradas para la planificación de intervenciones durante la hospitalización (Pino, 2012). En la tabla 6 se definen las Necesidades de V. Henderson.

Necesidades de Virginia Henderson	
1. Respiración	Respirar normalmente.
2. Alimentación	Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación	Eliminar los desechos corporales.
4. Movilización	Moverse y mantener posturas deseables.
5. Descanso	Dormir y descansar
6. Vestuario	Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Termo-regulación	Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Higiene	Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Seguridad	Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicación	Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Religión	Rendir culto según la propia fe.
12. Adaptación	Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
13. Recreación	Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Educación	Aprender, descubrir o satisfacer la

curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Tabla 6: Necesidades de V. Henderson.
Fuente: De Lourdes (2015).

- Dominios: esta nueva forma de organizar la información ha sido publicada recientemente, en noviembre 2012 tras la decimonovena conferencia NANDA I, en la cual la taxonomía queda estructurada en tres niveles : 13 dominios, — promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/descanso, percepción/cognición, auto percepción, relaciones de roles, sexualidad, afrontamiento/tolerancia del estrés, principios de vida, seguridad/protección, confort y crecimiento/desarrollo— 47 clases y 217 diagnósticos (Merino, 2013).

El diagnóstico de enfermería es un enunciado del problema real o potencial, basándose en los patrones-necesidades o dominios alterados, del paciente que requiere la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo y constituye el final de la etapa de valoración. Está basado en una taxonomía creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado. Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

La planificación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente —enfermera y paciente— con la finalidad de prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

3.2- Relevancia de la Enfermería en las enfermedades neurodegenerativas.

Las demencias van asociadas a un alto grado de dependencia, lo que supone un gran impacto en el sistema sanitario, tanto para el paciente como para su familia. Es necesario un enfoque interdisciplinar que permita dar respuesta a todas las necesidades. Enfermería es el grupo profesional que dispensa cuidados a lo largo de toda la trayectoria evolutiva de la enfermedad y colabora con la familia ([Márquez A, 2009](#)).

Las enfermedades neurodegenerativas presentan una larga y variable evolución en la que la planificación de los cuidados y el apoyo al cuidador principal son uno de los pilares del tratamiento ([Sanz et al., 2010](#)).

Para que las enfermeras sean capaces de dar respuesta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, es necesario identificar qué debemos conocer en relación a las enfermedades crónicas y a cómo prestar cuidados enfermeros a

quienes las padecen. La individualización en los cuidados es clave y es donde radica fundamentalmente la dificultad (Martínez, 2008). Tal como cita L.J. Carpenito "prescribir resulta bastante fácil, sólo requiere saber mucha Medicina; sin embargo, la formación en Enfermería, así como la acción misma de CUIDAR, son sin duda de una complejidad y dificultad mucho mayor" (Carpenito, 2004).

Si las enfermeras adquieren conocimientos relacionados con la enfermedad, con la investigación, las habilidades de comunicación y técnicas pedagógicas, serán capaces de asumir la atención integral a las personas con enfermedades crónico-degenerativas y a sus familias, desde una perspectiva que contemple factores de tanta importancia como la autoconfianza, el trabajo, los amigos y la familia, los estilos de vida y la religión/creencias (Martínez, 2008).

El tratamiento de los pacientes es sintomático, pero la necesidad de cuidados de larga duración que mejoren la calidad de vida hacen de la enfermera un profesional imprescindible. La actuación enfermera será diferente según la fase evolutiva de la enfermedad (Balbás, 2005; Márquez, 2009):

- En la *etapa inicial*, el objetivo es facilitar el diagnóstico precoz por lo que el papel de la enfermera se centra en la detección de síntomas en pacientes de riesgo para valoración dentro del equipo multidisciplinar. Debido a que Enfermería es el colectivo profesional que más tiempo dedica a la atención al paciente, tiene un papel clave en la detección precoz. Una vez confirmada la sospecha diagnóstica, la educación para la salud permitirá al paciente y su familia acomodarse a la nueva situación. Para proporcionar información es necesario conocer el nivel educativo y el deseo de estar informado por parte del paciente/familia. En esta fase el objetivo es fomentar la aceptación y la autonomía del paciente. Los cuidados específicos de enfermería en estadios iniciales se basan en fomentar el autocuidado y la independencia para ABVD, facilitar la adaptación del entorno y la prevención de caídas. También es fundamental la formación del cuidador principal y el apoyo-colaboración en la estimulación cognitiva que retrase el avance de la enfermedad.
- En la *fase moderada*, el profesional enfermero suplirá los déficits del paciente en relación al autocuidado y contribuirá a la estimulación cognitiva. Realizará actividades para prevenir trastornos del sueño, trastornos de conducta, prevención de estreñimiento, fomento del ejercicio físico y ayuda en la deambulaci3n.

- En la *fase avanzada*, debido a la incontinencia y el deterioro de la movilidad es fundamental la prevención de UPP, ayuda total en AVD y apoyo al cuidador principal.
- En la *fase terminal*, los cuidados van dirigidos al confort y el mantenimiento de la dignidad del paciente, el apoyo a la familia y control de síntomas mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas.

3.3-Patrones Funcionales de Majory Gordon.

Los patrones funcionales surgen como una propuesta de Majory Gordon^{II}, creada en los años setenta del pasado siglo —concretamente en 1982—, para enseñarles a los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Boston cómo realizar la valoración de los pacientes. La utilización de los patrones funcionales permite la identificación de los diagnósticos de forma directa, siendo una guía idónea para informar y evaluar la salud y el estilo de vida de la persona (Delgado, 2009).

El modelo de valoración por patrones funcionales de Gordon es el que recomienda la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería/North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para organizar los datos del proceso enfermero.

La valoración por Patrones Funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para, posteriormente, determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad. El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, valores de referencia según la edad y

^{II} Profesora de Enfermería estadounidense, creó una teoría de valoración de enfermería y fue líder internacional en esta área de conocimiento. Fue la primera presidenta de la NANDA. La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston.

Es autora de cuatro libros, incluyendo *Manual de diagnósticos enfermeros*, actualmente en su edición número doce. Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias.

el sexo del paciente. La valoración mediante patrones funcionales se realiza en términos medibles (Berdayes & Rivera, 2000).

Según las propias palabras de Marjory Gordon:

“Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones” (Gordon M., 1985).

Así la valoración enfermera enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, los cuales son interactivos e interdependientes. Estos patrones surgen de la evolución entre el paciente y su entorno y están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales (Acuña, 2014).

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud.

Este patrón describe cómo percibe el individuo su salud y cómo maneja todo lo relacionado con ésta (Gordon M., 1985). Trata de recoger información sobre la conciencia que el individuo tiene sobre su bienestar así como las estrategias que utiliza para mantener la salud y las medidas preventivas. Se puede explorar mediante preguntas u observaciones que nos indiquen cuál es el conocimiento que tiene sobre su enfermedad, si conoce y utiliza de forma adecuada tanto los recursos sanitarios como los dispositivos y medicamentos necesarios y el seguimiento de las indicaciones de su médico o enfermera. En este caso, esta forma de valoración dificulta la comparación de las variables analizadas, por lo que es necesario recurrir a instrumentos de medida validados.

Algunos de los aspectos a valorar en este patrón son los siguientes:

- ¿Cómo está de salud en general?
- ¿Consumo cigarrillos, alcohol o sustancias tóxicas?
- ¿Conoce la causa de sus problemas de salud?
- ¿Cumple con los tratamientos?
- ¿Es dependiente, independiente o necesita ser supervisado por otro?

- ¿Cómo actúa ante los síntomas?
- ¿Toma medicamentos actualmente?

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la OMS. A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbimortalidad, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida que permiten un abordaje multidimensional. Estos nuevos instrumentos o escalas en sus inicios medían el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas. En la actualidad, estos índices permiten evaluar aspectos técnico-médicos relacionados con la atención y cuidado del paciente. Asimismo, representan una variable de resultado en diversos tipos de estudios, pero especialmente en ensayos clínicos, en el análisis costo/beneficio y otros análisis económicos que son de utilidad para la gestión sanitaria. La calidad de vida junto con el nivel de salud constituye uno de los objetivos de la asistencia sanitaria, lo que ha llevado a la consideración de “medidas centradas en el paciente”. El progresivo aumento de la EV lleva asociado un incremento de las patologías crónicas, lo cual implica que el esfuerzo terapéutico se centre en lograr una mejoría en la sensación de bienestar y satisfacción percibida por el paciente (Piñol et al., 2004).

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socio-económico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan a nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción. Por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional; de ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida (Tuesta Molina, 2012).

Es en este patrón donde se ubica el concepto *de calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) para hacer referencia a la percepción de la salud por parte del individuo, incluyendo aspectos subjetivos y objetivos. Según la definición de salud de la OMS (1956) “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”, se entiende que al valorar la salud se han de incluir aspectos objetivos y subjetivos. Al intentar dar respuesta a estas valoraciones amplias del concepto salud, surge a mediados de los setenta el término calidad de vida, siendo multidimensional el

enfoque de este nuevo concepto. La autopercepción de la CVRS del paciente se recoge en este patrón.

Patrón 2: Nutricional-metabólico.

Describe los hábitos de consumo de alimentos y líquidos, horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos. Se incluye en este patrón la información relacionada con cualquier lesión de la piel y la capacidad general de cicatrización además del estado de la piel, uñas, membranas mucosas y dientes.

En este patrón se incluyen los datos relativos a la lactancia materna y al patrón de alimentación del lactante (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

Algunos de los aspectos a valorar en este patrón son:

- Altura y peso. Índice de masa corporal (IMC). Perímetro abdominal. Temperatura corporal.
- ¿Cuál es la ingesta diaria habitual de comida? ¿Toma suplementos?
- ¿Tiene alguna restricción de alimentos o condimentos?
- ¿Padece de problemas dentales o de deglución?
- ¿Cómo le cicatrizan las heridas? ¿Tiene lesiones o sequedad en la piel?
- ¿Cuál es la ingesta diaria habitual de líquidos?
- ¿Ha ganado o perdido peso?
- ¿Tiene apetito?
- Tipo de nutrición: equilibrada, deficiente.
- Necesidad de ayuda para alimentarse.
- Intolerancias o alergias alimenticias.

Patrón 3: Eliminación.

Describe los tipos de función excretora (fecal, urinaria y cutánea). Comprende la regularidad de la función excretora percibida por la persona, el uso de rutinas y la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal, información relativa a cualquier cambio o alteración en el horario, modo de excreción, calidad o cantidad de eliminación. También incluye la percepción que el propio individuo posee de la función excretora.

Los datos más relevantes que deben valorarse en relación a la eliminación intestinal son: frecuencia, características de las heces (líquida, formada, dura, blanda), presencia de alteraciones en la eliminación (incontinencia, estreñimiento, dolor, hemorroides, gases, otras), cambios en los hábitos intestinales, hábitos que dificultan o ayudan a la defecación (dieta, ejercicio), utilización de algún medio para favorecer la defecación (laxantes, fármacos, supositorios o enemas), presencia de ostomía.

En relación a la eliminación urinaria: frecuencia, características de la orina, presencia de alteraciones: incontinencia, retención, poliuria, urgencias urinarias, nicturia; hábitos que dificultan o ayudan a la micción, recursos que utiliza: absorbentes, colector, sonda y manejo; presencia de urostomía, nivel funcional para el uso del inodoro.

En relación a la transpiración cutánea: sudoración: normal o excesiva.

En relación a otras pérdidas de líquidos: exudado de heridas/drenajes/aspiración gástrica (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

Patrón 4: Actividad-ejercicio.

Se valoran las actividades que implican un gasto energético y la capacidad para realizarlas de forma autónoma. Incluye las actividades de ejercicio, tanto la cantidad como la intensidad del deporte, y el ocio tanto individual como grupal. Se incluyen los factores que interfieren en las actividades deseadas o esperadas por el individuo, tales como el déficit neuromuscular, disnea o calambres musculares con el esfuerzo. La valoración de este patrón permite la detección de prácticas poco saludables (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

La valoración de este patrón ha de contemplar la siguiente información:

- Grado de actividad en la vida cotidiana.
- Situación habitual: deambula /sillón-cama/encamado.
- Actividad física habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica), pasea ocasionalmente, pasea diariamente, practica algún deporte.
- Nivel funcional para la actividad/movilidad.
- Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).
- Dificultades o limitaciones para moverse y las causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: pérdida de fuerza, falta o reducción de energía para tolerar la actividad, inestabilidad en la marcha.
- Alteraciones motoras: temblor, hipertonía, hipotonía, tics, enlentecimiento psicomotor, inquietud, agitación, otros.

- Otros factores personales o medioambientales que influyen en la movilidad y postura corporal.
- Capacidad para realizar la higiene personal.
- Problemas respiratorias: disnea (en reposo, en esfuerzos moderados, a grandes esfuerzos), respiración superficial, uso de musculatura accesoria, tos inefectiva/no productiva, secreciones abundantes. Traqueostomía.
- Medicación respiratoria: oxígeno, inhaladores, y su utilización (correcta/ incorrecta).
- Actividades de ocio.

Patrón 5: Sueño-descanso.

El objetivo de este patrón es describir la efectividad del sueño-descanso desde la perspectiva del paciente. Comprende los patrones de sueño y los periodos de reposo/relajación durante las 24 horas del día. También, incluye métodos de ayuda para dormir, como medicamentos o rutinas nocturnas que utilice la persona (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

La información que se debe recoger incluye:

- Nivel de energía.
- Percepción de la cantidad y calidad del descanso.
- Patrón de sueño/descanso.
- Rutinas antes de ir a la cama: toma de medicación, utilización de sustancias naturales, práctica de ejercicios de relajación, lugar dónde duerme/ descansa.
- Cambios en el patrón del sueño habitual: dificultad para conciliar el sueño, interrupciones del sueño, sueño no reparador, duerme durante el día, desvelo prolongado, presenta pesadillas.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo.

Describe la adecuación de los órganos de los sentidos y la compensación o utilización de prótesis para hacer frente a los trastornos, la valoración del dolor y las habilidades cognitivas funcionales (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

La información que se debe recoger incluye:

- Nivel de escolarización: analfabeto, sabe leer y escribir o nivel de estudios.
- Presenta dificultad para el aprendizaje.
- Presenta pérdidas de memoria.

- Dificultad o facilidad para tomar decisiones.
- Problemas con el lenguaje hablado.
- Problemas para mantener la atención o la concentración.
- Alteraciones sensoperceptivas: déficit visual, déficit auditivo y medidas empleadas para corregirlas.
- Presencia de dolor y sus características: crónico/agudo, localización e intensidad. Empleo de ayuda para disminuir el dolor: medicamentos / higiene postural / métodos físicos naturales/otros.
- Nivel de consciencia: consciente, somnoliento, obnubilado, Estuporoso, comatoso.
- Nivel de orientación: orientado, desorientado en el tiempo y/o en el espacio, con las personas.
- Sensibilidad aumentada o disminuida al frío o al calor.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.

El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Valora también los aspectos de la comunicación no verbal como la postura corporal y el movimiento, el contacto visual y los patrones de voz y entonación. La valoración de este patrón requiere que el paciente confíe en la enfermera; por ello ésta precisa crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento.

Entre la información que se ha valorar se debe incluir:

- Descripción que hace el paciente de sí mismo y de sus capacidades/habilidades.
- Cambios producidos en su cuerpo o en las cosas que puede hacer y si esto supone algún problema.
- Sentimientos relacionados con los cambios que implica la enfermedad.

Se deben observar y registrar datos sobre lenguaje no verbal: la postura corporal, el movimiento, contacto ocular, patrones de voz y conversación, si presenta nerviosismo o está relajado, si es asertivo o pasivo al contestar (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

Patrón 8: Rol- relación.

En este patrón se describe el compromiso del rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del paciente. Se incluyen aspectos como la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

El objetivo de la valoración del patrón rol-relaciones es describir el lugar que ocupa el paciente en sus relaciones familiares y sociales así como la percepción del sujeto acerca de sus patrones de relaciones (satisfacciones e insatisfacciones). Debe obtenerse información sobre los problemas percibidos por el cliente -en caso de que existan- la causa percibida, las acciones llevadas a cabo para solucionarlos y los efectos de dichas acciones (Martínez et al, 2003; Gil et al, 2007; Ayala, 2010; Bellido et al, 2010; Castillo, 2015).

Algunos de los aspectos a valorar son:

- Estructura familiar y relación con las personas con las que convive.
- Existencia de problemas familiares y su manejo.
- Relaciones de dependencia.
- Tipo de afrontamiento que presenta la familia en relación al problema de salud del paciente.
- Situación laboral, ingresos y necesidades no cubiertas.
- Relaciones de amistad y apoyos percibidos.
- Sensación de soledad o aislamiento.

Patrón 9: Sexualidad –reproducción.

Describe los patrones de satisfacción y el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductor en las mujeres: premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.

La sexualidad incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. Las normas culturales regulan su expresión. Los problemas pueden aparecer cuando se producen discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea. Es importante no olvidar los problemas relativos a la sexualidad a cualquier edad.

Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma: menarquia y climaterio, número de embarazos y de hijos nacidos vivos; en

pacientes jóvenes se ha de tener en cuenta el desarrollo genital y las características sexuales secundarias, uso de métodos anticonceptivos, etc.

El objetivo de la valoración en el patrón de la sexualidad-reproducción es describir la percepción de los problemas reales o potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al paciente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido por esas acciones (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

La información a recabar en este patrón incluye:

- Grado de satisfacción en sus relaciones sexuales si procede.
- Cambios producidos en las relaciones y forma de abordarlos.
- En las mujeres: edad menarquia, edad menopausia, número de embarazos/abortos/hijos nacidos vivos.
- En los hombres: problemas de erección.

Patrón 10: Afrontamiento/tolerancia del estrés.

Describe el patrón general de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés.

Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas de la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

La información a valorar incluye: capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

- Cambios importantes que haya vivido como una crisis.
- Utilización de sustancias como alcohol, drogas o medicamentos para afrontar el estrés.
- Información sobre su enfermedad y formas de afrontar los problemas de salud.

Patrón 11: Valores y creencias.

Describe los valores y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. En este patrón se valoran las cosas percibidas como importantes en la vida y el conflicto con los valores o creencias importantes, así como las expectativas relacionadas con la salud (Martínez et al., 2003; Gil et al., 2007; Ayala, 2010; Bellido et al., 2010; Castillo, 2015).

Los aspectos a valorar son:

- Si es religioso, qué religión practica y si su estado de salud interfiere con dicha práctica.
- Influencia de las creencias o prácticas religiosas en su estado de salud.
- Posesión de testamento vital o documento de voluntades anticipadas.

Las demencias van asociadas a un alto grado de dependencia, lo que supone un gran impacto en el sistema sanitario, tanto para el paciente como para su familia. Es necesario un enfoque multidisciplinar que permita dar respuesta a todas las necesidades. Enfermería es el grupo profesional que dispensa cuidados a lo largo de toda la trayectoria evolutiva de la enfermedad y colabora con la familia/cuidador principal.

El paciente con deterioro cognitivo es un anciano de riesgo que requiere una valoración multidisciplinar. Desde el punto de vista de Enfermería, en Atención Primaria-Domiciliaria se utiliza la valoración por patrones funcionales de M.Gordon. Utilizando una serie de cuestionarios validados y asociados a cada patrón, se ha realizado la valoración de los sujetos participantes en la presente investigación.

Al tratarse de una enfermedad crónica y degenerativa, uno de los objetivos ha de ser mejorar y mantener la CVRS, entendiendo que se trata de la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, concepto que se ubica en el patrón 1: manejo-percepción de la salud.

Capítulo 4: Calidad de vida relacionada con la salud.

4.1-Concepto.

No existe una definición consensuada para calidad de vida relacionada con la salud, si bien diversos autores aceptan la propuesta de Shumaker y Naughton (1996):

“La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan al funcionamiento social, físico y cognitivo; a la movilidad y el cuidado personal; y al bienestar emocional” (Shumaker & Naughton, 1996).

Esta definición incorpora solo lo que el individuo experimenta excluyendo las características genéticas o histológicas que éste no puede experimentar directamente. Tampoco tiene en cuenta aspectos externos como la vivienda, el medio ambiente o la situación socioeconómica. Al incluir diferentes dimensiones es complicado valorarlo a través de instrumentos pero aun así el concepto de CVRS es una variable que permite medir el impacto subjetivo que la enfermedad y su tratamiento tienen para el individuo. Este concepto aporta información sobre la salud centrada en la persona, no en la enfermedad, en sus sentimientos de forma independiente de los datos clínicos (Mejía et al., 2001). A menudo se utilizan los términos “estado de salud” y “estado funcional” como sinónimos de calidad de vida.

Evolutivamente, el desarrollo de este concepto y su definición ha seguido la siguiente progresión:

Empezando por una de las ideas más sencillas y clásicas al respecto, pero fundamental para entender lo que se expondrá a continuación, Ware y Sherbourne conceptualizaron al inicio de la primera década de los años 90 del pasado siglo XX la CV, como un constructo en el que se superponen y complementan a su vez los

estados de salud desde una perspectiva integrada física y mental, que son esenciales para el funcionamiento y percepción de la salud, así como para el estado de ánimo de las personas (Ware & Sherbourne, 1992).

Posteriormente, Bowling (2005) ofrece un concepto de la CV más amplio que el manifestado por Ware y Sherbourne, incorporando una característica más multidimensional, que se hacía necesaria para comprender dicho concepto. Al examinar lo expuesto por los anteriores autores, Bowling veía necesario añadir la connotación psicológica y, de modo particular, aquellos aspectos que afectan al proceso del envejecimiento.

Por lo tanto, para Bowling, la CV no puede quedarse en un concepto unidimensional en el que solamente se analicen de manera integrada los estados de salud físico y mental, sino que debe ir mucho más allá y complementarse con las condiciones cambiantes de los diferentes contextos en los que tienen lugar las enfermedades físicas y/o mentales del individuo. Este autor tuvo muy presentes los modelos explicativos del concepto de CV —que serán abordados posteriormente— así como sus medidas, con un fuerte énfasis en el funcionamiento mental del estado de salud física de los sujetos en sus investigaciones (Bowling, 1995,1996; Bowling et al., 2003). Desde el enfoque de Bowling y otros autores, no hay que perder de vista que la falta de consenso en relación al concepto de CV puede ser problemática para evaluar los resultados de los servicios nacionales de salud y la síntesis de la evidencia en la relación coste-efectividad de las intervenciones, parámetro tan crucial como indicador macro en los sistemas nacionales de salud. Desde este punto de vista, la unificación de criterios de las diversas medidas en datos combinados es un reto desafiante para el futuro más inmediato en este campo del saber científico (Bowling et al., 2015).

La CV se configura así como un constructo complejo y multidimensional que es definido por la OMS de la siguiente manera:

“Percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses. Una vez identificados y articulados, los aspectos de la experiencia subjetiva se transforman en indicadores de medición que señalan si los beneficios de las intervenciones médicas compensan las cargas. La calidad de vida incluye experiencias como placer, dolor, funcionamiento físico, autoconciencia, autonomía, relaciones, independencia financiera, etc. Calidad de vida personal,

referida a la capacidad de poseerse a sí mismo y relacionarse libremente con seres humanos. Es una sensación subjetiva compleja y multidimensional pues admite muchas facetas, es relativa y dinámica, pues puede cambiar con las circunstancias de vida” (Ribot, 2016:80).

Cuando el objetivo es analizar a los sujetos desde el enfoque de su estado de salud se intenta vincular las consecuencias que los distintos aspectos relacionados con la salud tienen sobre la CV, lo que se denomina Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Dicho concepto es más concreto que el global de CV, y se circunscribe a expectativas y requerimientos vinculados con el estado de salud y la asistencia sociosanitaria. Se trata del impacto que el dolor, el malestar o la discapacidad originan en el bienestar psicológico y físico, las actividades del día a día, las relaciones sociales, la situación económica o roles, entre otros aspectos, que para la persona son de suma relevancia (Lawton, 2001).

Si bien el aumento de la prevalencia de enfermedad y discapacidad en la población a medida que envejece puede no tener cura, la consecuencia de una terapia puede disminuir los síntomas del sufrimiento, originando una mejora del bienestar del sujeto. Al ser un concepto multidimensional, está constituido por atributos o dominios heterogéneos que varían en base a los sujetos y sus situaciones físicas, personales y sociales. En esta línea, en la CVRS se incluyen como elementos de la misma aquellos dominios vinculados con los contenidos de la definición de la salud de la OMS; éstos son: (World Health Organization, 2006):

- 1) Función y síntomas físicos.
- 2) Función cognitiva y bienestar psicológico.
- 3) Rendimiento o rol y bienestar social.
- 4) Estado global de salud.
- 5) Percepción del cuidado.
- 6) Constructos personales.

4.2- Valoración de la Calidad de Vida.

Teniendo en cuenta que la CVRS es un concepto multidimensional y variable en el tiempo, existen diversos instrumentos para su medición. Estos instrumentos se pueden clasificar en genéricos y específicos. Los primeros son aplicables a cualquier población ya que no hacen restricciones en función del diagnóstico o problema de salud. Los segundos, se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad concreta (Soto et al., 2004), estando concebidos para ser aplicados en situaciones concretas y poblaciones diana para las cuales fueron desarrollados, por lo que tienen la ventaja de ser más sensibles al cambio ya que están adaptados para la medición en un contexto determinado (León & Martínez, 2010).

Según Donovan y colaboradores las características que debe tener un buen instrumento de medida de la CVRS son: (Donovam et al., 1989)

- Adecuado al problema de salud.
- Precisión, mínimo error de medida.
- Sensibilidad para poder detectar cambios a lo largo del tiempo.
- Basado en datos generados por los propios pacientes.
- Aceptación por parte de los pacientes, profesionales e investigadores.
- Validez, capacidad para medir lo que realmente se pretende valorar.

4.2.1- Instrumentos de medición.

Teniendo en cuenta que la CVRS es un concepto multidimensional y variable en el tiempo, existen diversos instrumentos para su medición. Estos instrumentos se pueden clasificar en genéricos y específicos. Los primeros, son aplicables a cualquier población ya que no hacen restricciones en función del diagnóstico o problema de salud. Los segundos, se centran en aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad concreta. (Soto et a.l, 2004), estando concebidos para ser aplicados en situaciones concretas y poblaciones diana para las cuales fueron desarrollados por lo que tiene la ventaja de ser más sensibles al cambio puesto que están adaptados para la medición en un contexto determinado (León & Martínez, 2010).

Según Donovan y colaboradores las características que debe tener un buen instrumento de medida de la CVRS son: (Donovam et al., 1989)

- Adecuado al problema de salud
- Precisión, mínimo error de medida
- Sensibilidad para poder detectar cambios a lo largo del tiempo.
- Basado en datos generados por los propios pacientes
- Aceptación por parte de los pacientes, profesionales e investigadores.
- Validez, capacidad para medir lo que realmente se pretende valorar.

Tras revisar la literatura existente sobre las escalas empleadas para medir la CVRS en pacientes con demencia y teniendo en cuenta que el síndrome demencial incluye diversas patologías, seleccionamos dos instrumentos genéricos que están validados en español y que han demostrado ser eficaces en la valoración de la CVRS.

- El cuestionario de Salud SF-36 (Form Health Survey) es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en los estudios para medir la CVRS (García et al., 2009).

Fue originalmente desarrollado para su uso en Estados Unidos, siendo traducido y aceptado para su uso internacional a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participaban en el proyecto IQOLA, siendo publicado por Alonso y colaboradores (Soto et al., 2004). Fue traducido al castellano por dos personas bilingües cuya lengua materna era el castellano. Cada uno de ellos realizó una traducción independiente de los ítems y de las opciones de respuesta. Posteriormente, los traductores se reunieron con el investigador principal para consensuar una traducción común. La traducción preliminar se entregó a dos nuevos traductores cuya lengua materna era el inglés para que la tradujeran al inglés. Esta nueva versión se comparó con la original para asegurar la equivalencia conceptual. En el caso de las actividades físicas, se seleccionaron aquellas que eran culturalmente aceptables (Vilagut et al., 2005).

Se trata de una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, pudiendo aplicarse a pacientes y población general. Permite comparar la carga de diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por diferentes tratamientos y valora el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas

propiedades psicopométricas han sido evaluadas en numerosos artículos y ha sido utilizado como instrumento de valoración en gran variedad de estudios lo que permite la comparación de resultados, es por tanto, uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (Vilagut et al, 2005).

Existen gran cantidad de instrumentos genéricos para valorar la CVRS así como específicos; además hay que tener en cuenta el impacto que la demencia tiene en el estado cognitivo y, por tanto, en la capacidad de los sujetos para responder a algunos cuestionarios. Aun así, el SF-36 es adecuado para valorar la CVRS de pacientes con demencia siempre que éstos presenten un MMSE superior a 16 (Geschke et al., 2013).

Para la interpretación y comparación de los resultados del presente instrumento se establecen grupos de edad de forma genérica, los cuales aparecen recogidos en la tabla (García et al., 2004; Vilagut et al., 2008).

	Frecuenci a	Porcentaj e	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Grupo a 55-64	1	2	2	2
Grupo b 65-74	8	15,7	15,7	17,6
Grupo c 75-84	23	45,1	45,1	62,7
Grupo d 85-94	18	35,3	35,3	98
Grupo e 95- 100	1	2	2	100
Total	51	100	100	

Tabla 7: Grupos de dad para la interpretación del SF-36.

- El EuroQol (EQ-5D) es un instrumento que proporciona información sobre las preferencias del individuo sobre su salud; consta de dos partes. La primera corresponde a la descripción del estado de salud y en la segunda parte del cuestionario el sujeto debe puntuar sobre una escala visual analógica su estado de salud en el momento que se le evalúa.

Diversos investigadores sostienen que este instrumento se ha mostrado fiable, válido y muy sensible a diferentes afecciones. Este instrumento evalúa preferentemente el impacto económico en la asignación de recursos. Algunos países han adoptado esta metodología como herramienta principal en la comparación de la eficacia/efectividad

de diversos tratamientos e intervenciones sanitarias (Tuesta Molina, 2012). Este instrumento ha sido adaptado al español por Badía y colaboradores en 1999, permite describir y valorar la CVRS de las personas, complementando y enriqueciendo otros métodos de medición (Rabin & De Charro 2001). Lo que proporciona un perfil descriptivo simple acerca de los padecimientos de los individuos y permite medir la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud ante las diferentes enfermedades de las personas, pudiendo orientar las políticas sanitarias (Pradas Velasco et al., 2009), ya que se puede utilizar en la evaluación clínica y económica de la atención de salud y en las encuestas de salud de la población (Rabin & De Charro, 2001). El EQ-5D parece estar convirtiéndose en un instrumento de referencia para valorar la CVRS, ya que la medición desde una perspectiva general tiene más valor que una aproximación específica a cada tipo de patología. Los resultados de la determinación de esta variable mediante el EQ-5D son comparables a los obtenidos mediante instrumentos más específicos, como la escala Quality of life Alzheimer's Disease (Baqueroa et al., 2009).

4.3- Calidad de vida y demencia.

La calidad de vida en la demencia se ha definido como el resultado de la experiencia subjetiva individual y la evaluación de las circunstancias personales relacionadas con el bienestar psicológico, el nivel de competencia y la interacción con el medio (León & Martínez, 2010). Este concepto es algo confuso e intangible lo que ocasiona problemas a la hora de su valoración. Si a esto le añadimos las particularidades de una patología como la demencia, nos encontramos con que es muy complejo medir algo tan subjetivo e individual. Si pensamos en que solo el propio individuo puede valorar la repercusión que tiene la enfermedad en su vida, es necesario plantearse hasta qué punto se puede estudiar la CV en pacientes con demencia.

El trabajo realizado por Hallikainen (2013) tenía dos objetivos. Por un lado, crear un instrumento de evaluación de la calidad de vida por parte del cuidador y de los pacientes con EA en etapas iniciales; y por otro lado, determinar en qué etapa de la enfermedad del paciente la capacidad de responder a los cuestionarios comienza a disminuir, Este estudio evidenció que las puntuaciones comienzan a divergir incluso en el deterioro cognitivo leve y que los pacientes comienzan a necesitar ayuda para responder a los cuestionarios en etapas muy tempranas de la EA con calificaciones

clínicas de demencia (CDR) leve y muy leve. Además, su capacidad de responder a los cuestionarios QoL se correlaciona con una etapa temprana de la EA moderada y MMSE comprendido entre 11 y 20 puntos (Hallikainen et al., 2013).

Logsdon y colaboradores encontraron que es posible que los pacientes con un Mini Examen del Estado Mental (MMSE) cuya puntuación es superior a 10 pueden evaluar de forma fiable y válida su propia calidad de vida (Logsdon et al., 2002).

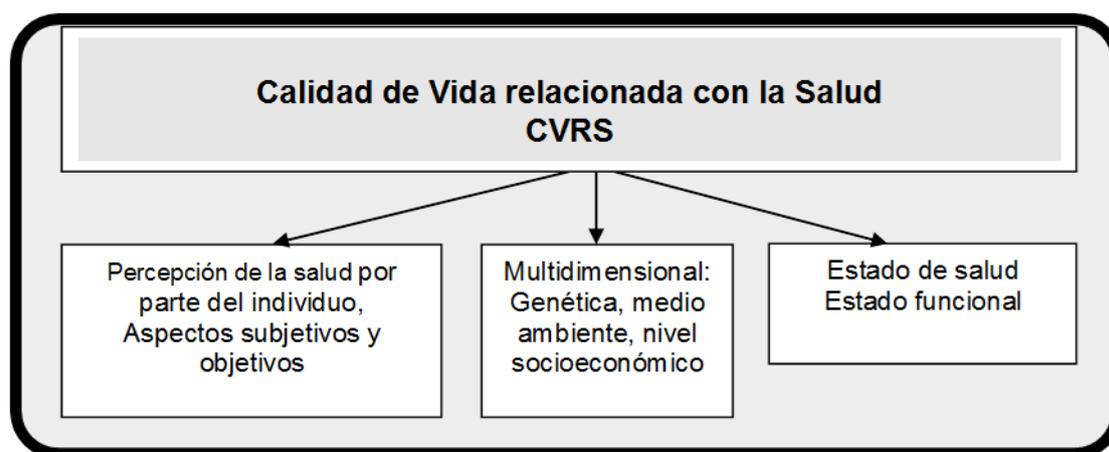


Figura 7: CVRS.
Fuente: elaboración propia.

Una de las definiciones más empleadas de CV en demencia es la que hace referencia a la experiencia individual y la evaluación de los contextos personales (Brod Stewart, Sands, 1999). Asimismo, se ha estimado la evaluación multidimensional del sistema sujeto-medioambiente, en términos de adecuación a los resultados percibidos de demencia (Ettema et al., 2007). Tal y como aparece reflejado en la figura 7, el concepto de CVRS tendría 3 dimensiones.

Existen tres aproximaciones al estudio de la CV en personas con demencia: (León & Martínez, 2010).

1. Autoevaluación por el paciente.

Permite conocer la experiencia individual de padecer demencia pero debido al deterioro cognitivo que acompaña a la enfermedad sólo es posible en fases tempranas. La mayoría de autores reconoce que la autoevaluación es fiable en demencias en estadio leve y moderado.

2. Evaluación a través de un informante

Con el avance de la enfermedad aparecen dificultades en la comunicación que imposibilitan que la CV pueda ser autoevaluada. La evaluación a través de un informante —generalmente cuidador principal— presenta limitaciones: no existe forma de contrastar la opinión del informante con la del paciente en los estadios avanzados y al ser la CV algo subjetivo, la experiencia del informante y el tipo de relación con el paciente puede contaminar la valoración.

3. Observación de la conducta.

En fases muy avanzadas en las que el paciente presenta un gran deterioro y con frecuencia está encamado, es necesario observar la expresión facial, tono de voz y comportamientos no verbales. Esto requiere la participación de un observador entrenado. Este tipo de reporte es el que presenta mayores limitaciones debido a la dificultad por parte del observador de captar el significado de la enfermedad para el propio paciente.

Teniendo en cuenta la especificidad de la demencia y sus consecuencias en la valoración, es aconsejable la utilización de instrumentos de CV que tengan dos versiones, una para el paciente y otra para el cuidador. Respaldo la naturaleza subjetiva e individual de la CV, en aquellos casos en los que el paciente pueda contestar al cuestionario será muy útil recoger su visión acerca de la repercusión de la demencia en su vida. Sin embargo, son pocos los casos en los que los pacientes pueden participar de tal modo. Por este motivo, resulta aconsejable y casi necesario contar con una versión para el cuidador, que ayudará a valorar la CV del paciente aunque sea desde su punto de vista. La principal ventaja de contar con una versión para el cuidador es que permite utilizar el instrumento en todas las fases de la enfermedad, independientemente de la gravedad del paciente. En este sentido, las escalas específicas más útiles son Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD), DEMQOL y Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS). En demencia avanzada está indicada la utilización de instrumentos de tipo observacional. En estas fases es más difícil que el paciente pueda participar en el estudio y, además, el cuidador no sabe interpretar los gestos y comportamientos de su familiar si no es a través de un patrón de conductas relacionadas con la CV fijadas previamente por el investigador. En este caso, los instrumentos más útiles son Dementia Care Mapping (DCM) y Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID) (León et al., 2010).

Actualmente no existe una escala de CV específica para la demencia que permita realizar comparaciones internacionales, por lo que para su evaluación se deben elegir aquellos instrumentos que proporcionan la mejor información para el objetivo de la investigación (Lucas, 2012).

4.4-Antecedentes: variables que influyen en la calidad de vida.

La demencia tiene efectos negativos sobre la salud y la calidad de vida. El mantenimiento de la calidad de vida es importante ya que no existe actualmente una cura para la demencia. La calidad de vida puede ser utilizada como un punto de referencia para la prestación de cuidados (Moyle et al., 2015). El conocimiento acerca de los factores que influyen en la calidad de vida es limitado. En los pacientes aquejados por demencias de diversa gravedad y tipología, las manifestaciones clínicas más frecuentes vienen ligadas a síntomas depresivos, anomalías de conducta y deterioro cognitivo progresivo, que conllevan de manera irremediable e irreversible en el tiempo una menor CV para aquellos pacientes que son cuidados en su domicilio. Sin embargo, los factores que influyen en el concepto de la CV en entornos de cuidado a largo plazo no están claros (Australian Bureau of Statistics, 2006).

Una de las intervenciones más eficaces para mejorar la calidad de vida es el *ejercicio físico*, ya que repercute no solo sobre la fisiología sino también sobre el bienestar psicológico (Vazini et al., 2015).

En un estudio cualitativo realizado por Moyle en Australia mediante entrevista semiestructurada a pacientes con demencia institucionalizados en distintos centros del país, se puso de manifiesto que el mantenimiento de la *independencia* era un elemento importante de la calidad de vida, ya que los residentes percibían la rutina de la institución como una imposición que les privaba de su libertad y les generaba angustia. En este sentido, el mantenimiento de la independencia para realizar las actividades de la vida diaria es un factor que influye en la CV (Beerens et al., 2013) igual que la capacidad funcional (Rodríguez-Blázquez et al., 2015). Sin embargo, en una revisión sistemática realizada por Banerjee y col, (2009) no se encontró evidencia de que la limitación en la actividad influyera en la CV (Banerjee et al., 2009).

A pesar de las rutinas, *las relaciones sociales* con otros residentes y personal fueron un elemento que repercutió positivamente en la calidad de vida (Moyle et al., 2015).

No existen resultados concluyentes sobre la relación entre *variables sociodemográficas* y calidad de vida. Algunos estudios indican que el género femenino tiene peor calidad de vida mientras que otros no encuentran asociación entre el género y la CV. La edad parece no tener influencia en la CV aunque es cierto que en determinados grupos etarios, las expectativas vitales y el apoyo social si podrán tener relación con la CV. Otra variable sociodemográfica que parece no tener influencia en la CV es la educación. Aunque ésta influye en la reserva cognitiva y por tanto ejercería un papel protector, una vez diagnosticada la demencia no influiría en la CV. (Gräske et al., 2012; Moyle et al., 2012; Banerjee et al., 2009).

En el trabajo de revisión llevado a cabo por Banerjee (2009) se puso de manifiesto que la depresión se asociaba consistentemente a la disminución de la CVRS en la demencia. Sin embargo, la magnitud de la asociaciones observadas sólo es moderada (Banerjee et al., 2009). Además, los resultados de Wetzels y colaboradores (2010) y González y colaboradores (2000) indican que *la depresión* en personas con deterioro cognitivo leve disminuye la CV en mayor medida que en aquellos sujetos con una discapacidad cognitiva muy severa. Este tipo de percepciones han sido informadas en muchas ocasiones por los servicios de enfermería —que suelen ser los profesionales que más frecuentemente entran en contacto con los pacientes— y por los cuidadores que primero detectan las señales de los síntomas depresivos (OECD, 2005; Wetzels et al., 2010; Rodríguez-Blázquez et al., 2015). Los síntomas depresivos están relacionados con una tendencia a la baja muy notable de la CV (Ferri et al., 2005; Beerens et al., 2013).

La depresión y los cambios en el MMSE y en las actividades instrumentales de la vida diaria son factores asociados con la calidad de vida en pacientes con demencia, tal y como demuestran Gosbomm y Conde-Sala (Conde-Sala et al., 2009; Bosboom et al., 2012). Para diversos autores, es cuestionable hasta qué punto se puede afirmar que existe una directa relación en la influencia de la depresión y la ansiedad sobre la CV desde el punto de vista particular de las personas con demencia. Es difícil decidir qué posicionamientos son más válidos, ya que las perspectivas incluyen sesgos sistemáticos (Crespo et al., 2012). La presencia de la agitación es uno de los más importantes factores en la disminución de los estándares de la CV (Cohen-Mansfield and Werner, 1997; Cohen-Mansfield, 2001; Scherder et al., 2010; Beerens et al., 2013).

Por su lado, Moniz-Cook y colaboradores (2008) señalaron, a partir de la evidencia científica de sus investigaciones, que las *intervenciones psicosociales* contribuyen a

la mejora de las condiciones del concepto “CV” directamente relacionadas con el cuidado de personas con demencia y sus familias en una amplia gama de contextos y situaciones. Debido a la falta de consenso sobre las medidas apropiadas para la evaluación de la eficacia y eficiencia de las intervenciones en la atención de la demencia, Moniz-Cooke y su grupo de colaboradores realizaron talleres formativos con la temática planteada, una consulta paneuropea y una revisión sistemática de la literatura para identificar las mejores medidas conforme a los resultados obtenidos. Identificaron un total de 22 medidas y concluyeron que para las personas con demencia es vital realizar un análisis integrando conceptos, —tales como CV, estado de ánimo, comportamiento y habilidades en la vida cotidiana— para poder extraer una visión global del asunto que ocupa la atención (Moniz-Cook et al., 2008). Dichos autores manifestaron que las intervenciones psicosociales contribuyen al cuidado de personas con demencia y sus familias en una amplia diversidad de aspectos. Muchas intervenciones psicosociales y farmacológicas han surgido en un intento de mejorar la CV. Estas intervenciones tienen tres pilares fundamentales: la psicología cognitivo-conductual utilizada en la estimulación cognitiva, el uso de fármacos antidepresivos y las intervenciones centradas en el medio ambiente como, por ejemplo, las actuaciones que tienen lugar con el personal cuidador profesional o las vinculadas al ámbito familiar (Raina et al., 2008; Phillips et al., 2010; Verbeek et al., 2010; Cooper et al., 2012; Woods et al., 2012; O’Shea et al., 2011).

Las características intrínsecas que perjudican la CV se asocian a una irreversible disminución intelectual, e incremento de las patologías asociadas en el comportamiento, conocimiento y juicio de la persona que sufre ese deterioro cognitivo, y que puede desembocar en síntomas propios de trastornos como psicosis, ansiedad y depresión, por citar los ejemplos más significativos. Sin embargo, existe cierto consenso en la comunidad científica en los últimos años respecto a la necesidad de un acuerdo amplio de lo que debe entenderse como CV, vinculado a la cognición y al comportamiento de pacientes que sufren de demencia (Whitehouse, 2000; Rabins et al., 2007; Green & King, 2007), para llegar a una comprensión lo más completa posible de lo que significa el concepto.

En este punto del apartado, cabe reiterar que un gran número de estudios ha investigado los factores decisivos que influyen directa o indirectamente en el concepto de CV y en los cambios que experimentan en relación a las personas con demencia. La literatura científica consultada parece inclinarse a que no existe un real consenso sobre las variables relacionadas con la CV y tampoco respecto a los cambios que les afectan. Sin embargo, existen indicios de que altos niveles de depresión, anomalías y

conflictos en el comportamiento, deterioro cognitivo considerable y alta situación de dependencia del paciente, podría estar relacionado con una baja CV en aquellas personas diagnosticadas de demencia que viven en su hogar y que no han solicitado servicios externos asistenciales de ayuda (Logsdon et al., 2002;; Shin et al., 2005; Banerjee et al., 2006, 2009; Fuhand Wang, 2006; Missotten et al., 2007; Hoe et al., 2007). Mientras tanto, en la actualidad es posible afirmar que se carece de información relevante y concluyente acerca de los factores que influyen en cambios de la CV de las personas con demencia. En consecuencia, conocida la importancia de las intervenciones en la atención institucional asistencial debería concentrarse el objetivo en la mejora de CV del paciente. Igualmente, se debería hacer notar que el conocimiento científico actual —en relación a los factores vinculados a la CV— no puede ser trasladado a las personas con demencia que viven en entornos de cuidados profesionales de larga duración y con mayores costes económicos para los sistemas nacionales de salud que aquellos otros pacientes cuidados en su entorno familiar (O’Shea et al., 2011; Phillips et al., 2010; Verbeek et al., 2010). El trabajo de Prince y colaboradores establece como propuesta una mayor necesidad de investigación en este ámbito de la realidad científica, por el limitado conocimiento sobre la influencia de los diversos factores que confluyen en la CV de los pacientes con demencia (Prince et al., 2013).

Las personas que viven con una serie de facilidades específicas en sus cuidados muestran a largo plazo diferencias significativas en los parámetros y medidas del conjunto de factores de la CV, si se realiza una comparación con el grupo de personas con demencia que son atendidos por sus familiares en el ámbito residencial. En estos casos, aspectos como la conducta del sujeto, el estado funcional y la cognición, pueden influir poderosamente en la evaluación de la CV (Nikmat et al., 2011).

Se debe constatar, por otro lado, que parece haber una asociación fuerte entre el concepto de CV definido en los términos que lo hizo en su momento la OMS —es posible que pensando más en los países desarrollados de Occidente que en aquellos otros en vías de desarrollo o claramente subdesarrollados— y variables sociodemográficas en lo que a la severidad de la demencia se refiere (Gaugler et al., 2009; Dramé et al., 2012). En este tipo de trabajos, se percibe que existen en torno al concepto de CV, un número de factores que pueden afectar al éxito de los mismos (Prince et al., 2013):

1. Aspectos éticos, cada comité de ética de los centros de investigación delimitan distintos requerimientos, con un considerable aumento de los trámites y las

negociaciones para la obtención de autorizaciones. Todo esto proyecta un escenario en el que es más que posible que exista un retraso en cuanto al inicio de los trabajos de campo de los estudios.

2. Reclutamiento de sujetos participantes. En estudios previos se han encontrado algunas dificultades. Así se han dado casos en los que, después de obtener el permiso correspondiente para realizar las entrevistas o pasar los instrumentos del estudio a los sujetos, han existido reticencias para continuar por parte de los propios familiares de los pacientes afectados de demencia y otro tipo de personal de los centros que no conocen lo suficientemente bien los objetivos que se persiguen tras el concepto de CV, poniendo trabas que en diversas situaciones impiden seguir dentro de los plazos establecidos con lo previamente planificado.
3. Coordinación de los estudios. En aquellos casos que se trata de trabajos de investigación sobre la CV en diversas zonas de un mismo país o incluso de distintos países, la coordinación y fiabilidad de la recogida de datos se presenta como una acción potencialmente muy desafiante.

El uso de diferentes instrumentos de medida para establecer el nexo de unión del factor CV con el comportamiento puede jugar un importante rol en ello. El comportamiento se mide generalmente con un instrumento simple, aunque parece más útil considerar separados dominios del comportamiento como constructo.

Hay que tener claro que la CV es un concepto netamente subjetivo, y cuando se somete el constructo a la validación de sus características, no siempre hay consenso generalizado en aquel sector de la comunidad científica más proclive a la presentación de la calidad de vida en los términos aquí expuestos. El estado de la cuestión en estos momentos refleja que una gran parte de las medidas que se realizaron dentro de proyectos muy relevantes, solamente se habían basado en marcos conceptuales que adolecían de las teorías explicativas que en la actualidad se conocen en torno a la calidad de vida, especialmente de las personas que se encuentran con una discapacidad importante que les limita sus facultades físicas, psicológicas y emocionales ([Bansback, et al., 2012](#); [Mulhern et al., 2014](#)).

No es por ello extraño que las medidas de los diferentes experimentos que han dedicado la atención a esta cuestión, posean un relevante número de similitudes, aunque son en gran parte aspectos específicos de la calidad de vida, con los elementos y escalas que principalmente desarrollaron los investigadores en lugar de

analizar las relaciones paciente/facultativo. Desde las conceptualizaciones de la calidad de vida se muestran resultados muy distintos en determinadas materias en el rango de las personas con demencia leve a moderada ([Bansback, et al., 2012](#); [Mulhern et al., 2014](#)).

No existe consenso sobre el concepto de CV pero en lo que coinciden los distintos autores es en que se trata de un concepto complejo y multidimensional que adquiere una gran importancia a la hora de evaluar el impacto de una enfermedad o problema de salud, en cuyo caso hablamos de CVRS. Este concepto engloba aspectos tales los síntomas físicos; la función cognitiva y bienestar psicológico; el rendimiento o rol y bienestar social; el estado global de salud; la percepción del cuidado y constructos personales.

La calidad de vida en la demencia se ha definido como el resultado de la experiencia subjetiva individual y las circunstancias personales relacionadas con el medio. La evaluación de este concepto se torna compleja cuando pensamos que solo el propio individuo puede valorar la repercusión que tiene la enfermedad en su vida.

En el caso de las demencias al tratarse de una enfermedad crónica e incurable —en estos momentos—, uno de los objetivos ha de ser mejorar y mantener la CVRS, entendiendo que se trata de la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, los cuidados sanitarios sobre la capacidad individual.

MARCO EXPERIMENTAL

Objetivos

Los objetivos planteados en la presente tesis fueron los siguientes:

OG.1- Realizar una valoración global según Patrones de Majory Gordon.

Del primer objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

OE.1.1- Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes con demencia cuya asistencia sanitaria se realiza en centros de día.

OE.1.2- Analizar la relación entre las distintas variables sociodemográficas.

OE.1.3- Describir las características de la muestra en relación a cada patrón funcional.

OE.1.4- Analizar la influencia del sexo y la edad en las respuestas a los cuestionarios empleados para valorar cada patrón funcional

OG.2- Identificar los estilos de vida que están relacionados con la calidad de vida de los pacientes con demencia leve-moderada no institucionalizados.

El segundo objetivo general puede desglosarse en los siguientes objetivos específicos:

OE.2.1- Analizar la relación entre calidad de vida y las variables sociodemográficas.

OE.2.2- Analizar la relación entre cada uno de los patrones funcionales y la CVRS.

OE.2.3- Establecer modelos de predicción entre distintas variables.

Hipótesis

Las hipótesis planteadas al inicio de la presente investigación fueron las siguientes:

H1. Los pacientes con demencia en fase leve-moderada no institucionalizados presentan un grado de apoyo familiar alto que les permite solventar sus déficits de autocuidado causados por la progresiva dependencia que conlleva una enfermedad neurodegenerativa.

H2. La comorbilidad influye en la CVRS: padecer más problemas de salud empeora la CVRS.

H3. Los patrones funcionales que están alterados en los pacientes con demencia leve-moderada son el de autoconcepto-autopercepción por los cambios que conlleva la enfermedad y el cognitivo-perceptual por la neurodegeneración característica de esta enfermedad.

H4. Los patrones que influyen en la CVRS de los pacientes con demencia no institucionalizados son el patrón 2: Nutricional – Metabólico, patrón 4: actividad-ejercicio, el patrón 5: descanso-sueño, y el patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés.

H5. El ser cuidado por una persona con la que se mantiene una relación afectiva hace que la percepción de la calidad de vida sea mejor, es decir, la figura del cuidador principal influye en la CVRS.

Material y Método

Tipo de estudio

Estudio epidemiológico básico observacional descriptivo de casos de corte transversal y con carácter aplicado.

Estudio de prevalencia y asociación cruzada.

Muestreo

Muestreo intencional o de conveniencia.

Se han incluido en el estudio a todos los sujetos que cumplían criterios de inclusión.

Población (N)

Los sujetos son pacientes de centros de día de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer (AFAV) de Valencia, Algemesí, Benifaió y Guadassar, diagnosticados de algún grado de demencia. La población diana estará determinada por los criterios de inclusión.

Muestra (n)

La muestra está constituida por **54 sujetos** con diagnóstico de demencia leve-moderada y que son usuarios de los centros de día de AFAV. Cabe señalar que en determinadas variables-patrones el número de respuestas puede ser menor debido a la complejidad de las cuestiones planteadas para este tipo de pacientes —casos perdidos—.

No se valora la representatividad de la muestra —ya que por experiencia estadística, independientemente de un número de sujetos representativos— lo que interesa en nuestra investigación son sujetos que cumplan los criterios de inclusión. En la valoración de la representatividad de la muestra, en nuestro caso: la muestra (n), la

población (N) accesible y la población diana son similares, siendo ésta paramétrica a efectos del análisis estadístico. Determinar el número de enfermos con demencia es complejo debido al infradiagnóstico y variabilidad-heterogeneidad sintomática y evolutiva de este grupo de enfermedades neurodegenerativas.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mayores de 65 años —criterio amplio—.
- Demencia leve diagnosticada —criterio restrictivo—.
- No institucionalización y asistencia a centros de día.
- Ambos sexos.
- Firmar y dar el visto bueno al consentimiento informado.
- Características geográficas y temporales accesibles a los investigadores.

Criterios de exclusión

- Sujetos que no deseen participar en el estudio —criterio restrictivo—.
- Nivel cognitivo que impida responder a los cuestionarios—demencia moderada o grave —.
- Sujetos inelegibles: participantes inicialmente incluidos en la investigación que a posteriori se comprueba que no cumplen todos los criterios de inclusión.

Variables

Variables independientes (sociodemográficas)

- Sexo.
- Edad
- Número de hijos.
- Estado civil
- Nivel de estudios.
- Enfermedad neurológica diagnosticada.
- Comorbilidad.
- Cuidador Principal: familiar/ no familiar.
- Lugar de residencia.

Variables dependientes

Se corresponden con los ítems de cada uno de los cuestionarios/instrumentos seleccionados (anexo 4) y cuya relación se muestra en la tabla 7.

Patrón funcional	Instrumentos
Patrón 1: Percepción - manejo de la salud	SF36 / EuroQol5D
Patrón 2: Nutricional - Metabólico	MNA
Patrón 3: Eliminación	Cuestionario de Incontinencia
Patrón 4: Actividad - Ejercicio	BAECKE
Patrón 5: Sueño - Descanso	Oviedo
Patrón 6: Cognitivo - Perceptual	MMSE
Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto	AFS-5
Patrón 8: Rol - Relaciones	Apgar familiar
Patrón 9: Sexualidad - Reproducción	Cuestionario sexualidad CSFQ
Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés	Golberg
Patrón 11: Valores- Creencias	LOT

Tabla 8. Patrones funcionales de M. Gordon y cuestionarios

Instrumentos empleados para la recogida de datos

Variables independientes

Índice de comorbilidad de Charlson- ICC-

El índice de comorbilidad de Charlson es un sistema que permite evaluar la esperanza de vida a los diez años, en función de la edad y las enfermedades que padece el sujeto valorado (anexo 3) (Charlson et al, 1987).

Incluye 19 enfermedades valoradas del 1 al 6, con una puntuación total que varía entre 0 y 37 puntos. Las enfermedades contempladas son las siguientes: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad arterial periférica, enfermedad vascular cerebral, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, conectivopatías, úlcera gastroduodenal, hepatopatía leve, diabetes, hemiplejía, insuficiencia renal moderada/grave, diabetes con lesión orgánica, cualquier tumor en los 5 últimos años, linfoma, leucemia, hepatopatía moderada/grave, tumor sólido metastásico y/o sida(Charlson et al., 1994).

Para su interpretación se debe tener en cuenta que se considera ausencia de comorbilidad de 0 a 1 puntos, comorbilidad baja 2 puntos y comorbilidad alta puntuaciones superiores a los 3 puntos. Para tener en cuenta la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo original (Charlson et al., 1987). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década que exceda los 50 años. Este instrumento tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud.

Cuestionario de Salud SF-36 (Form Health Survey).

El cuestionario consta de 36 ítems, existiendo una versión reducida de 12 ítems también traducida al castellano. Este instrumento valora dos áreas: estado funcional y bienestar emocional. La primera está representada por las siguientes dimensiones: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), rol emocional (3 ítems), salud general (5 ítems), función social (2 ítems); y la segunda está integrada por las dimensiones: dolor corporal (2 ítems), vitalidad (4 ítems) y salud mental (5 ítems). Esta escala incluye una pregunta referida al cambio en el estado de salud percibido en último año. Este instrumento está dirigido a personas mayores de 14 años y ha de ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista

personal y/o telefónica (García et al., 2009).

El sistema de análisis de la puntuación de los ítems es complejo ya que requiere la codificación de algunos en una escala para cada dimensión que va del 0 (peor estado) al 100 (mejor estado). Existe un programa específico para realizar los cálculos. Finalmente la dimensión analizada puede ser agrupadas en dos puntuaciones: salud física y salud mental (Martínez et al., 2007).

EuroQol (EQ-5D).

Es un instrumento que proporciona información sobre las preferencias del individuo en relación a su salud; consta de dos partes. La primera corresponde a la descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad, medidos a través de una escala de tipo Likert (no problemas, algunos problemas y muchos problemas o incapacidad para la actividad). El estado de salud del individuo resulta de la combinación del nivel de gravedad en cada una de las cinco dimensiones, pudiendo expresarse como un dato numérico. Por otro lado, en la segunda parte del cuestionario el sujeto debe puntuar sobre una escala visual analógica milimetrada de su estado de salud en el momento que se autoclifica o autopercepciona su estado personal, teniendo en los extremos de la escala el peor estado de salud (0) y el mejor estado de salud (100). Actualmente EQ-5D mide la salud utilizando tres niveles de gravedad—1, 2 ó 3, que corresponde a no problemas, algunos problemas y muchos problemas/incapacidad para la actividad— y cinco dimensiones que son movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión (Herdman et al., 2001; Tuesca Molina., 2012).

Así, el estado de salud del individuo resulta de la combinación del nivel de gravedad en cada una de las cinco dimensiones, pudiendo expresarse como un dato numérico.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

Mini Nutritional Assesment –MNA–.

Es un método muy usado para la evaluación del riesgo nutricional, de fácil y rápida aplicación. Es una herramienta validada y desarrollada conjuntamente por el Centro de Medicina Interna y la Clínica Gerontológica de Toulouse (Francia), el Programa de Nutrición Clínica de la Universidad de Nuevo México (Estados Unidos) y el Centro de Investigación de Lausanne (Suiza) (Guigoz et al. 2002). El objetivo de esta escala es

determinar si hay un riesgo de malnutrición y detectar la presencia de desnutrición para poder realizar una intervención nutricional precoz.

Este test consta de unas medidas simples y un breve cuestionario: valoración antropométrica (peso, altura, magnitud de la pérdida de peso en el tiempo), valoración general (estilo de vida, medicación y movilidad), valoración dietética (número de comidas, ingesta de alimentos y líquidos, autonomía en la realización de comidas), y un breve cuestionario sobre autoevaluación, autopercepción de salud y del estado nutricional (Guigoz et al., 2002; Tarazona et al., 2009).

Para la valoración, cada respuesta tiene un valor numérico y contribuye a la puntuación final, que tiene un máximo de 30 puntos, con valores ≥ 24 para individuos bien nutridos, 17-23,5 para riesgo de malnutrición y menor de 17 para malnutrición. La sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos de acuerdo con el estado clínico son de 96%, 97% y 98% respectivamente (Guigoz, 2006).

Patrón 3: Eliminación.

Cuestionario de Valoración de la Incontinencia.

Existen dos versiones, una para pacientes de sexo masculino —que valora la incontinencia de urgencia y por obstrucción prostática— y otra para pacientes de sexo femenino —que valora la incontinencia de esfuerzo y de urgencia—.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas, estructurado en dos partes y con dos versiones diferentes según sexo: la primera parte consta de 5 preguntas y la segunda parte de 3. (Vila et al., 1997).

Patrón 4: Actividad – Ejercicio.

El cuestionario Modified Baecke Physical Activity Questionnaire (Baecke modificado).

El Baecke modificado es un cuestionario específico para personas mayores de 60 años que permite valorar el nivel de actividad. Este cuestionario debe aplicarse mediante entrevista personal (heteroadministrado) y se compone de 3 subescalas: actividades domésticas, actividades físicas o deportivas y actividades de ocio. En la primera subescala, las respuestas se evalúan a través de una escala numerada de 0 a 3, donde 0 significa “Nunca realizo la tarea” y 3, “Siempre realizo la tarea”. Las escalas de actividades físico-deportivas y de ocio son abiertas y se clasifican de acuerdo con un código de intensidad que aporta el cuestionario y que se basa en el coste energético de las actividades de Bink (Bink et al., 1966). Ambos apartados constan de 3 ítems de puntuación, que aparecen al final del cuestionario:

1. Intensidad: una serie de 9 números determina la carga de trabajo realizado en función de los movimientos requeridos por la actividad descrita.
2. Horas por semana: la serie de 9 números de este ítem tiene como finalidad determinar el tiempo semanal que se dedica a la actividad.
3. Meses al año: este ítem está compuesto por una serie de 5 puntuaciones que determinan el número de meses que la persona realiza la actividad a lo largo del año.

En la primera subescala se calcula el valor final sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems y dividiendo el valor final por 10. Las subescalas de actividades de ocio y físico-deportivas se calculan a partir de unas fórmulas simples que aparecen al final de cada una de ellas.

La suma de puntuaciones totales de cada subescala, con extremos teóricos entre 0 y 47,56, determina el grado de sedentarismo. Los sujetos con valores inferiores a 9 se consideran sedentarios; entre 9 y 16, sedentarios moderados, y por encima de 16, activos.

El tiempo necesario para completar el cuestionario es aproximadamente de 15 minutos (Baecke et al., 1982; Voorrips et al., 1991)

Patrón 5: Sueño – Descanso.

Cuestionario del sueño de Oviedo —COS—.

El COS es un cuestionario de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño tipo insomnio e hipersomnio según los criterios DSM-V y CIE-10. Está compuesto por tres subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (un ítem), insomnio (nueve ítems) e hipersomnia (tres ítems). Además contiene dos ítems que proporcionan información sobre el uso de ayudas para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias, ronquidos). Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert, cada ítem puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que puntúa de 1 a 7.

Se trata de un cuestionario breve, sencillo y fácil de aplicar. Es capaz de orientar al clínico sobre diferentes dimensiones del insomnio y su gravedad. (Bobes et al., 1998; Bobes et al., 2000).

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

Mini Mental State de Folstein MMSE.

Se trata de una herramienta muy utilizada para valorar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos.

El cuestionario consta de 30 preguntas agrupadas en secciones donde las dimensiones que evalúan son:

1. Orientación en el tiempo (5 puntos): se pregunta el día de la semana, fecha, mes, año y estación del año. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Se puede considerar correcta la fecha con diferencia de 2 días.
2. Orientación en el espacio (5 puntos): se pregunta el lugar de la entrevista, hospital, ciudad, provincia y país. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.
3. Registro de 3 palabras (3 puntos): se pide al paciente que escuche atentamente las tres palabras que se le mencionarán (generalmente casa, zapato y papel) y tiene que repetirlos. Se le avisa que más tarde se le preguntarán de nuevo. Se otorga un punto por cada palabra correcta.
4. Atención y cálculo (5 puntos): se pide que reste a 100 el número 7 y continúe restando de su anterior respuesta hasta que el entrevistador lo detenga. Por cada respuesta correcta se otorga un punto, y debe detenerse después de 5 repeticiones correctas.
5. Evocación (3 puntos): se le pide que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se otorga un punto.
6. Nominación (2 puntos): se muestra un lapicero y un reloj, el paciente debe nombrarlos. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.
7. Repetición (1 punto): se pide al paciente que repita la siguiente oración: "Tres perros en un trigal", se otorga un punto si puede realizar la acción.
8. Comprensión (3 puntos): se le indican tres órdenes simples que pueda realizar. Por ejemplo, coja el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo. Se otorga un punto por cada acción correcta.
9. Lectura (1 punto): se solicita al paciente que lea la orden "Cierre los ojos" (escrita previamente) y la obedezca. No debe decirlo en voz alta y sólo puede explicársele una vez.
10. Escritura (1 punto): se le indica al paciente que escriba una oración, que debe tener sujeto y predicado. Se otorga 1 punto si la oración tiene sentido.

11. Dibujo. Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados (anexo IV).

Se considera correcto si su respuesta tiene dos figuras de 5 lados y su cruce tiene 4 lados.

Se recomienda aplicarla en un lugar tranquilo y cómodo, de forma individual y sin limitar el tiempo que el sujeto tarda en responder (Folstein & McHugh, 1975).

La puntuación total determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. La interpretación de los resultados es la siguiente:

Entre 30 y 27: Sin Deterioro.

Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro.

Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada.

Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa.

Menos de 6: Demencia Severa.

Test de fluidez verbal semántica.

Se trata de una prueba sencilla que consiste en indicar al sujeto evaluado que diga todas las palabras que pueda a partir de una consigna dada -el sujeto debe decir en un minuto todos los animales que le sea posible (FV)-, esta tarea se relaciona con el funcionamiento del lóbulo frontal (Carnero et al., 1999).

Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto.

Cuestionario de autoconcepto AF-5.

El cuestionario de autoconcepto AF-5 es una escala multidimensional que valora cinco dimensiones —profesional/académico, social, emocional, familiar y físico— según el modelo teórico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), quienes consideran que el autoconcepto presenta diversos aspectos que pueden encontrarse diferencialmente relacionados con diferentes áreas del comportamiento humano. Cada dimensión se mide con 6 ítems que los autores asignaron *a priori* a cada una de estas cinco dimensiones; lo cual permite, en una escala de 1 a 99, medir con un único instrumento las principales dimensiones del autoconcepto (Grandmontagne y Fernández, 2004).

Patrón 8: Rol – Relaciones.

Apgar Familiar.

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente la enfermera obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

Esta información proporciona, por tanto, datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, permitiendo detectar qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y qué las fuerzas familiares pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

Ante las cuestiones planteadas, el entrevistado anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera: casi siempre: (2 puntos); algunas veces. (1 punto); casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción (Smilkstein, 1978; Smilkstein et al.,1982; Bellón et al.,1996).

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

Cuestionario sexualidad CSFQ.

El cuestionario consta de 14 preguntas y evalúa 5 dimensiones: placer, deseo/frecuencia, deseo/ interés, excitación y orgasmo. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada dimensión. Los dominios o subescalas se estudian individualmente para determinar alteraciones pero sólo se considera la puntuación total para definir disfunción sexual. Un cambio de 0,5 en cada ítem o un cambio de 3 en la puntuación total es clínicamente significativo de mejoría o empeoramiento; por su parte, un valor igual o inferior a 41 es indicativo de disfunción sexual femenina. (Celis-Amórtegui et al., 2010).

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg —EADAG—.

Se trata de un instrumento de cribado de la ansiedad y la depresión. Es un cuestionario heteroadministrado en el contexto de la entrevista clínica en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado alguno de los síntomas que se recogen en el cuestionario en las últimas dos semanas. No se tienen en cuenta los síntomas de reciente aparición –menos de dos semanas- o de leve intensidad.

La primera parte está compuesta por las subescalas de ansiedad y depresión, donde cada una consta de 4 ítems iniciales que permiten detectar la existencia de trastorno mental y una segunda parte compuesta de 5 ítems, que se formulan únicamente si en la primera parte existen dos o más respuestas afirmativas para el caso de la ansiedad, o una o más respuestas afirmativas en para el caso de la de depresión.

Los puntos de corte son mayores o iguales de 4 para la subescala de ansiedad y mayor o igual de 2 para la subescala de depresión.

Este cuestionario está diseñado para detectar “casos probables” por lo que no permite el diagnóstico.

Es un instrumento que presenta una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. La subescala de depresión tienen una sensibilidad del 85,7%, la sensibilidad de la subescala de ansiedad es del 72% (Golberg et al., 1988; Montón et al., 1993; Sánchez & López, 2005).

Patrón 11: Valores- Creencias.

Test de Orientación Vital. Life Orientation Test –LOT–.

Es una de las pruebas diseñadas para evaluar el optimismo, la versión disponible es la revisada por Scheier, Carver y Bridges en 1994 (LOT-R). Consta de 10 ítems, de los cuales 6 ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional, en tanto que los otros 4 ítems son distractores o de “relleno” denominados así por el autor. De los 6 ítems, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimista) y 3 en sentido negativo (dirección pesimista); las opciones de respuesta están constituidas por una escala Likert de 5 puntos (Velasco et al., 2014).

El cuestionario ha sido traducido y adaptado a múltiples idiomas como español, francés o griego, entre otros. La fiabilidad del LOT-R, estimada mediante el coeficiente α de Cronbach, ha mostrado valores muy dispares, y en algunos casos excesivamente reducidos, tanto para la escala completa (entre .58 y .83), como para las dimensiones de optimismo (entre .65 y .75) y pesimismo (entre .45 y .79) (Pedrosa et al., 2015).

Procedimiento de recogida de datos.

El acceso a los pacientes fue favorecido por el trabajo colaborativo con el Grupo de investigación "El estrés y la enfermedad", formado por un equipo de científicos de diferentes áreas, pertenecientes a la Universidad Católica de Valencia y a otros organismos como Universidad de Valencia, IATA-CSIC, Universidad Europea de Valencia y Universidad de Murcia, cuyo objetivo es profundizar en el impacto que tiene el estrés en el inicio y desarrollo de las enfermedades crónicas. Dicho grupo de investigación tiene un convenio de colaboración con la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia (AFAV) que junto con el convenio que tienen la Universidad CEU Cardenal Herrera con la citada asociación (anexo I) permitió el acceso a la muestra.

Se contactó con las direcciones de los centros de día de la Asociación de Familiares de Alzheimer (FEFEVA), puesto que uno de los criterios de inclusión en el estudio fue que el paciente no estuviera institucionalizado. Tras un primer contacto mediante entrevista personal para presentar el proyecto con las directoras de los centros se planificó el procedimiento para la valoración de los usuarios, seleccionando a todos aquellos usuarios que cumplían criterios de inclusión.

Una vez determinados los sujetos que serían incluidos en el estudio, se planificó la recogida de datos. Se presentó al equipo que realizaba el trabajo de campo a todo el personal que trabaja en los centros de día que participaron en el estudio. Se fijó el lugar en la que se realizarían las entrevistas a los sujetos que cumplieran los criterios de inclusión así como los días en los que se acudiría a cada centro. La franja horaria de recogida de datos se estableció entre las 10 y 12 horas, ya que es un momento en el que los ancianos se muestran más receptivos y la dinámica del centro lo permitía. La estimación de dicha franja horaria obedece a la cronopsicología (ciencia que estudia la repercusión de los ritmos biológicos en la actividad cerebral) de los ancianos: el intervalo idóneo se halla comprendido entre las 9 y las 14 horas, siendo óptima la franja entre las 10 y las 12 h (Asensio,1993).

Los cuestionarios fueron pasados por entrevistadores entrenados. Cada patrón funcional fue valorado por una persona distinta, participando en el trabajo de campo 9 entrevistadores diferentes.

Antes de iniciar la recogida de datos cada centro informó a los usuarios y familiares de que se iba a realizar la presente investigación con la finalidad de obtener el consentimiento informado (anexo IV).

Al iniciar el trabajo de campo, se observó que la valoración del patrón sexualidad no era pertinente. Muchos pacientes son viudos/as y el planteamiento del tema desviaba su atención, por lo que se desestimó la valoración de dicho patrón.

Tratamiento estadístico.



Imagen 4: plan de análisis estadístico.

Los datos recogidos a través de los distintos cuestionarios fueron codificados (anexo II) y volcados en hoja Excel para su posterior análisis mediante el paquete informático SPSS para Windows versión 20 y R-commander versión 3.2.3.

El plan de análisis estadísticos aparece recogido en la imagen 4. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables independientes o sociodemográficas — frecuencias absolutas, porcentajes, media— y de las variables dependientes,

describiendo el porcentaje global de cada respuesta de los diferentes cuestionarios utilizados. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Se evaluó su asociación con el test de Chi- Cuadrado según un intervalo de confianza al 95%.

Las variables cuantitativas se resumen según media, desviación estándar, rango e intervalo de confianza al 95%. El comportamiento de estas variables se analizó mediante el test de la T de Student.

Posteriormente se analizó la influencia del sexo y de la edad en cada respuesta de los distintos cuestionarios. En el caso del sexo y las variables cuantitativas continuas, la relación se estableció mediante la prueba T de Student. En el caso de las variables discretas la relación se estudió mediante la prueba de Mann-Whitney. Para las variables cualitativas de carácter nominal se analizó la relación mediante la prueba Chi-Cuadrado.

La relación entre la edad y las variables continuas se estudió mediante el estadístico Tau-b de Kendall.

Para analizar la relación entre diferentes variables se empleó el estadístico Chi Cuadrado o coeficiente de correlación de Pearson según el tipo de variable analizada en cada constructo. La interpretación del grado de correlación se hizo de la siguiente manera: nula entre 0 y 0,2; débil entre 0,2 y 0,35; moderado entre 0,35 y 0,5; fuerte mayor de 0,5 ([Juniper et al., 1996](#)).

Se descartó el análisis de la varianza puesto que el muestreo de la presente investigación no fue aleatorio siendo éste un criterio para la comparación de hipótesis mediante ANOVA ([Lozares & López-Roldán, 1991](#); [Zubcoff, 2014](#)).

En cuanto al análisis de predicción se realizaron regresiones múltiples entre variables de distinto orden en las que se demostró relación estadísticamente significativa.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo 1 o error α menor de 0,05.

Conflicto de intereses.

En la presente investigación no se ha presentado conflicto de interés alguno con persona física, empresa o institución —salvo error u omisión—.

Los resultados se presentarán a disposición pública.

No ha existido financiación ni antes un durante el proceso de la realización de la presente tesis.

La utilización de la información de otros autores en el presente trabajo de investigación ha sido referenciada e incluida en la bibliografía.

En relación a los conceptos de autor y director, no se ha presentado autoría “regalada” ni autoría “fantasma”. Los directores de la presente tesis han colaborado en la dirección de la misma, tanto a nivel de contenido como en los aspectos metodológicos.

Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizó conforme a los principios básicos de toda investigación sanitaria, siguiendo las recomendaciones éticas internacionales para la investigación y ensayos clínicos en humanos recogidas en la declaración de Helsinki (1964) y sus revisiones de Tokio (1975), Venecia (1983) y Hong-Kong (1989) y las Directrices de Buena Práctica Clínica de Investigación (OMS, 1995). Del mismo modo, se han respetado los principios sobre protección de datos personales, así como los referentes a derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria en el ámbito nacional y autonómico (Ley 1/2003 de la GV).

Se solicitó consentimiento informado a los sujetos a los que se les pasaron los cuestionarios según ley (anexo IV).

Limitaciones del estudio.

En relación al tiempo, la demora en la concesión de los permisos influyó en el tamaño de la muestra. Entre las limitaciones metodológicas de esta investigación cabe señalar el tamaño reducido de la muestra, así como la procedencia geográfica de los participantes.

Las características fisiopatológicas de los pacientes, en concreto el estadio de la enfermedad, hicieron que algunos cuestionarios no pudieran ser completados.

Al tratarse de instrumentos genéricos algunas preguntas resultaron difíciles de comprender para los pacientes. Por ejemplo, en el caso del cuestionario de CV SF-36, cuando se preguntó por aspectos relativos a las últimas 4 semanas, a los entrevistados les costó responder.

Respecto al cuestionario para valorar el autoconcepto, muchas afirmaciones ya no tenían cabida en su vida actual ya que se remontaban a experiencias del pasado.

Al iniciar el trabajo de campo, se observó que la valoración del patrón sexualidad no era pertinente. Muchos pacientes eran viudos/as y el planteamiento del tema desviaba su atención, por lo que se desestimó la valoración de dicho patrón.

Un tema que se repitió en muchos aspectos de esta investigación es que gran parte de las publicaciones en las que se incluyen las mismas variables que en el presente estudio, la muestra la componen cuidadores de pacientes con demencia y no los propios pacientes, lo que impide la comparación de resultados.

Es necesario indicar que no se pueden extraer conclusiones sobre causalidad ni los resultados pueden ser generalizados al conjunto de personas mayores con demencia no institucionalizadas, por haber contado con una muestra de conveniencia no aleatoria y tener un diseño transversal. No obstante, la composición de la muestra resultó ser mayoritariamente femenina y con una edad superior a los 80 años, al igual que en artículos previos. Por tanto, a pesar de que la selección no fue aleatoria, las características de la población fue similar a la de estudios previos, lo que permitió la comparación con ellos.

Lo más relevante del presente estudio es el uso de distintas escalas, lo cual permite profundizar en la descripción de la CVRS y el estado de salud de los mayores con demencia no institucionalizados.

Resultados

A continuación se presentan los resultados teniendo en cuenta la naturaleza de las variables y los constructos establecidos. La presentación de los resultados se estructura en base a los objetivos.

La muestra estuvo constituida por 54 sujetos. En alguna situación se registraron casos perdidos debido a mortalidad, no deseo de continuar con el estudio y traslado a otro centro o institucionalización, lo que en algunos constructos —que se analizan más adelante— haya provocado que el tamaño muestral no sea constante.

Perfil sociodemográfico de los pacientes.

Variables cualitativas.

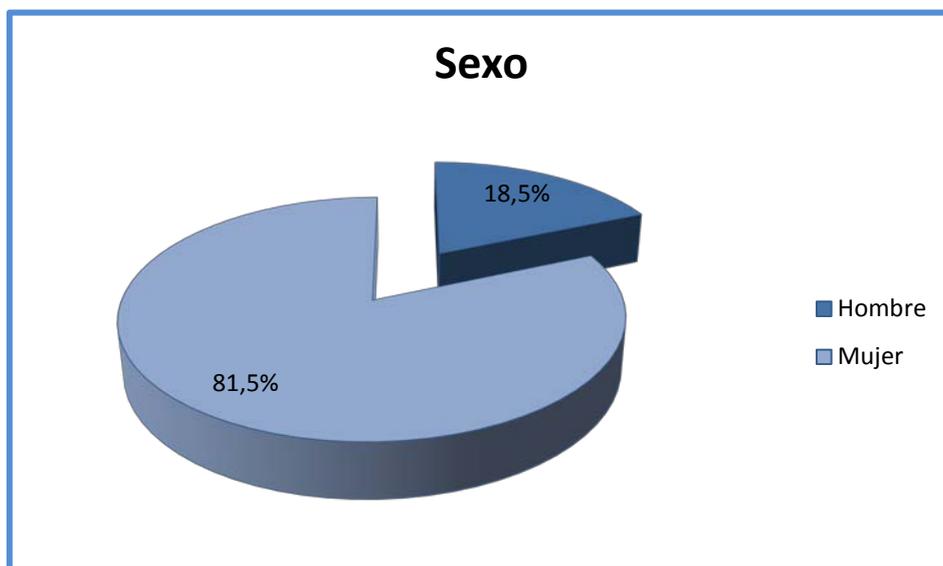


Gráfico 1: Variable sexo.

Como se puede apreciar en el gráfico 1 el 81,5 % de los sujetos fueron mujeres frente al 18,5 % que fueron hombres.

En relación a la variable estado civil, el gráfico 2 muestra como el 51,85% de los participantes en el estudio eran viudos.



Gráfico 2: Estado civil.

Como puede observarse en el gráfico 3, aproximadamente el 80% de los participantes tenían estudios de tipo básico, y un 9,3% carecían de estudios.

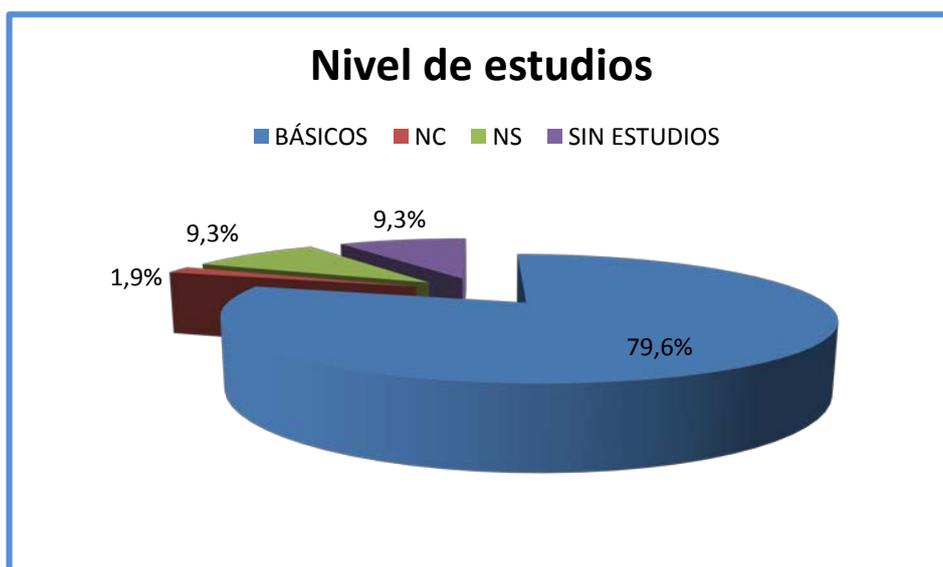


Gráfico 3: Nivel de estudios.

En relación a la enfermedad neurológica diagnosticada, la tabla 9 muestra como el 16,7% de los sujetos/participantes estaban diagnosticados EA. Las demencias con una “base vascular” únicamente han supuesto un 5,6% de los casos en la presente investigación.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Acv isquémico	1	1,9
Alzheimer	9	16,7
Demencia	4	7,4
Demencia mixta	3	5,6
Demencia senil	1	1,9
Demencia vascular	3	5,6
Deterioro cognitivo avanzado	1	1,9
Deterioro cognitivo leve	4	7,4
Deterioro cognitivo moderado	3	5,6
Deterioro cognitivo no filiado	2	3,7
Epilepsia	1	1,9
Parkinson	1	1,9
NS	18	33,3
NO	3	5,6
Total	54	100

Tabla 9: Enfermedad neurológica diagnosticada.

El 33,3% de los sujetos que participaron en el estudio afirmaron residir en la población de Algemesí seguidos de Guadassuar con un 31,48 %. Cabe destacar a la vista de los resultados y con un carácter meramente descriptivo que la muestra de sujetos es mayoritariamente de origen rural tal y como se parecía en el gráfico 4.

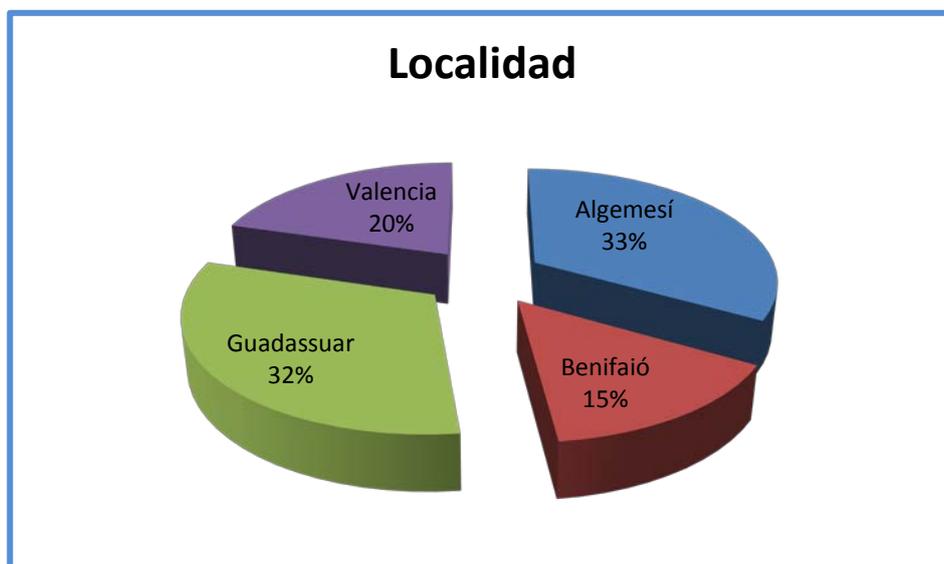


Gráfico 4: Localidad.

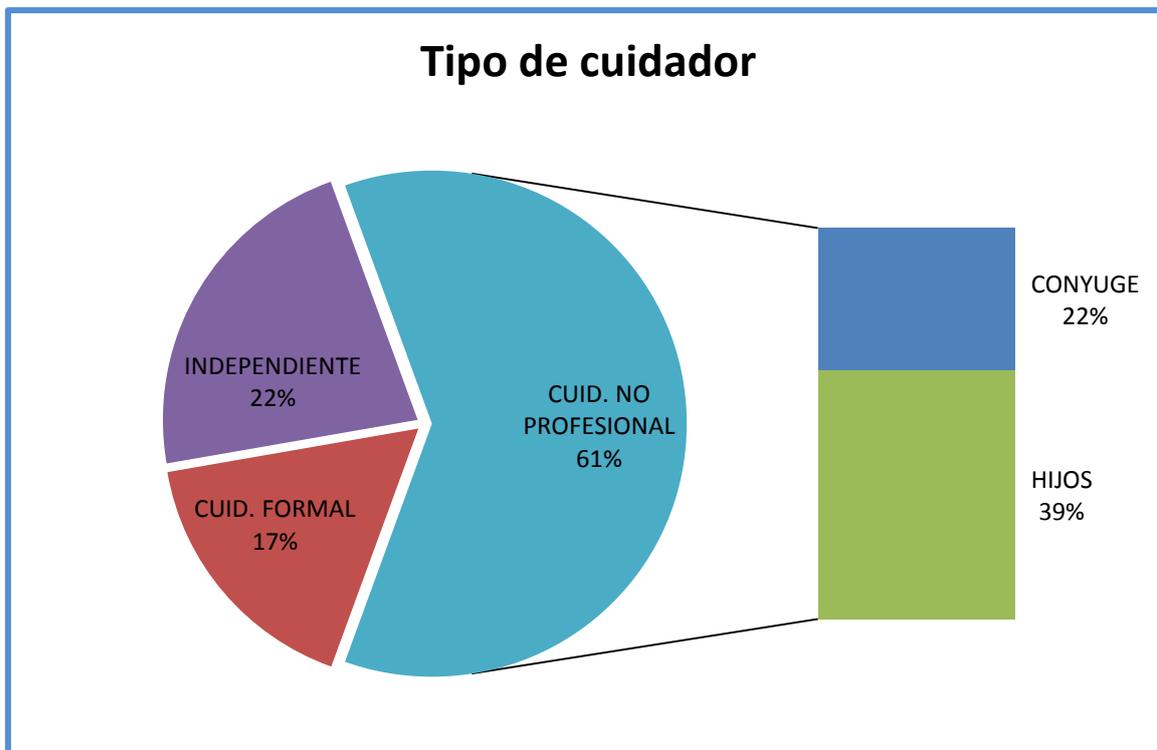


Gráfico 5: Variable cuidador principal.

El 38,9% de los pacientes de la muestra eran cuidados por sus hijas/os seguidos del 22,2% de los pacientes que eran cuidados por su cónyuge. En nuestra muestra prevalecía el cuidador no profesional (hijos y cónyuge) 61,1% frente al cuidador profesional (22,2%) —remunerado—, que no tiene por qué ser graduado/especializado.

En la imagen 8 se muestra el análisis descriptivo de algunas variables independientes cualitativas mediante sus porcentajes.



Figura 8: Variables sociodemográficas cualitativas.

Variables cuantitativas

	EDAD	Nº HIJOS	ICC
Media	81,852	2,407	5,84
Error estándar de la media	1,0147	0,1484	1,14
Mediana	83	2	
Moda	78	2	
Desviación estándar	7,4566	1,0906	
Varianza	55,6	1,189	1,3
Asimetría	-0,521	-0,615	0,46
Error estándar de asimetría	0,325	0,325	0,34
Curtosis	-0,185	0,259	0,41
Error estándar de curtosis	0,639	0,639	0,66
Rango	32	4	
Mínimo	63	0	3,5
Máximo	95	4	9

Tabla 10: Análisis descriptivo de la variable edad.

Tal y como se aprecia en la tabla 10, la media del ICC para la muestra fue de $5,84 \pm 1,14$, lo que supone una comorbilidad alta.

La media de la edad para nuestra muestra fue de $81,5 \pm 7,4$ años. El paciente de menor edad tenía 63 años y el de mayor edad 95 años.

Los participantes en el estudio tuvieron una media de $2,4 \pm 1,09$ hijos.

El gráfico 5 muestra como el grupo de edad más numeroso fue el de 80-84 años seguido del grupo de 85-89 años. Ambos grupos representaron el 48,1% de la muestra.

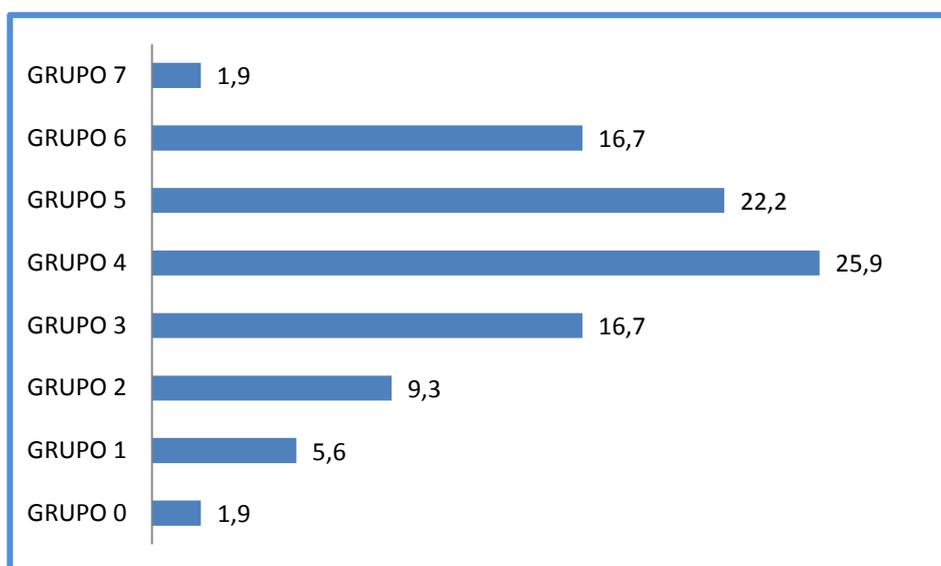


Gráfico 5: Grupos de edad.

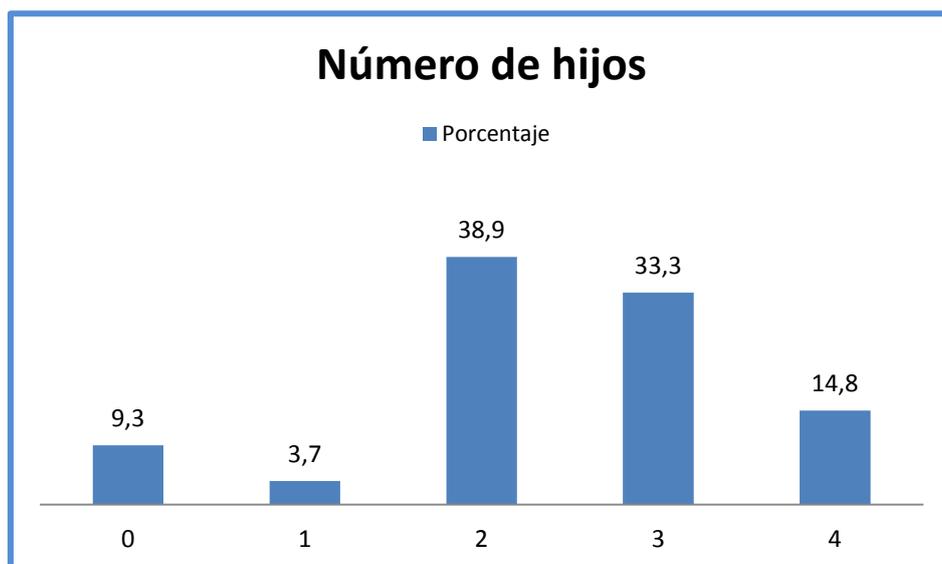


Gráfico 6: Porcentaje nº hijos.

Tal y como ilustra el gráfico 6, el 38,9% de los participantes en el estudio tuvieron 2 hijos y el 33,3 % 3 hijos. Únicamente el 9,3% no tuvo descendencia.

Relación entre las distintas variables sociodemográficas.

Se presentan a continuación los análisis realizados respecto a la relación entre la variable cualitativa “sexo” y el resto de variables independientes. En el caso de las variables sociodemográficas cualitativas, se estableció la relación mediante el estadístico paramétrico Chi-Cuadrado. En el caso de las variables cuantitativas, se analizó la relación mediante la prueba T, Wilcoxon y Kruskal Wallis.

- ✓ Constructo: sexo (cualitativa) - nivel de estudios (cualitativa).

	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	0,477	0,976
Razón de verosimilitud	0,841	0,933
N de casos válidos	54	

Tabla 11: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y nivel de estudios.

Tal y como se aprecia en la tabla 11, el resultado del estadístico Chi-Cuadrado no fue significativo, es decir, se aceptó la hipótesis nula de independencia y por lo tanto se

concluyó que ambas variables estudiadas eran independientes, no existiendo una relación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de estudios.

- ✓ Constructo: sexo (cualitativa) – localidad (cualitativa).

	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	9,997	0,04
Razón de verosimilitud	9,892	0,042
N de casos válidos	54	

Tabla 12: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y localidad.

Tal y como se aprecia en la tabla 12, se encontró una relación lineal y estadísticamente significativa entre la variable sexo y la variable localidad con un IC al 95% y un p valor de 0,04.

- ✓ Constructo: sexo (cualitativa) - enfermedad neurológica (cualitativa).

	Valor	Sig. Asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	11,475	0,648
Razón de verosimilitud	12,982	0,528
N de casos válidos	54	

Tabla 13: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y enfermedad neurológica.

Como puede apreciarse en la tabla 13, no existió relación estadísticamente significativa entre el sexo y la enfermedad neurológica diagnosticada.

- ✓ Constructo: sexo (cualitativa) - cuidador principal (cualitativa).

	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	10,370	0,08
Razón de verosimilitud	13,613	0,024
N de casos válidos	54	

Tabla 14: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y cuidador principal.

Tal y como se aprecia en la tabla 14, el resultado del estadístico Chi-Cuadrado no mostró significación, con un IC al 95% sin embargo se acercó con un p valor de 0,08, por lo que podría suponer que las variables sexo y cuidador principal estuviesen asociadas, pero la asociación fuera muy pequeña.

- ✓ Constructo: sexo (cualitativa) - número de hijos (cuantitativa).

	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	9,371	0,227
Razón de verosimilitud	10,057	0,185
N de casos válidos	54	

Tabla 15: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y nº de hijos.

Como puede apreciarse en la tabla 15, no existió una relación lineal entre el sexo y el número de hijos para un IC de 95%.

	Media hombres	Media mujeres	Intervalo confianza	Prueba t	Wilcoxon	Kruskal-Wallis
Sexo-Nº hijos	2.5	2	-0.9475107 0.9293289	0.9835	0.9720	0.9626

Tabla 16: Estadísticos de las variables sexo y nº de hijos.

Como se aprecia en la tabla 16, los diferentes estadísticos paramétricos y no paramétricos tuvieron valores similares lo que refuerza que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

- ✓ Constructo sexo (cualitativa)- enfermedad neurológica (cualitativa).

Sexo/ Enfermedad neurológica	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	11,475	0,571
Razón de verosimilitud	12,982	0,449
N de casos válidos	54	

Tabla 17: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y enfermedad neurológica.

Tal y como muestra la tabla 17, el resultado del estadístico Chi-Cuadrado no mostró significación estadística, con un IC al 95%.

- ✓ Constructo sexo (cualitativa)- nivel de estudios (cualitativa).

Sexo/nivel de estudios	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	0,477	0,976
Razón de verosimilitud	0,841	0,933
N de casos válidos	54	

Tabla 18: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y nivel de estudios.

Tal y como se aprecia en la tabla 18, el p-valor de $0,976 > 0,05$ del estadístico Chi-Cuadrado indicó que entre las variables sexo y nivel de estudios no existía relación lineal.

- ✓ Constructo: sexo (cualitativa)-grupo de edad (cualitativa).

	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,136	0,226
N de casos válidos	54	

Tabla 19: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables sexo y edad.

Tal y como se aprecia en la tabla 19, el coeficiente de correlación mostró un valor cercano a cero por lo que la relación entre ambas variables fue débil e indirecta, sin significación estadística.

	Media hombres	Media mujeres	Intervalo confianza	Prueba t	Wilcoxon	Kruskal-Wallis
Sexo-Edad	8.470.000	8.120.455	-1.480084 8.470993	0.1552	0.2416	0.2372

Tabla 20: Estadísticos de las variables sexo y edad.

Como se aprecia en la tabla 20, los diferentes estadísticos paramétricos y no paramétricos tuvieron valores similares (mayores de 0,05) lo que reforzó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

Se presentan a continuación los análisis realizados respecto a la relación entre la variable cualitativa “grupos de edad” y el resto de variables independientes. En el caso de las variables sociodemográficas cualitativas, se estableció la relación mediante el estadístico paramétrico Chi-Cuadrado. En el caso de las variables cuantitativas, se analizó la relación mediante la prueba T, Wilcoxon y Kruskal Wallis.

- ✓ Constructo grupos de edad (cualitativa)- enfermedad neurológica (cualitativa).

Enfermedad neurológica-Grupos de edad	Valor	Sig. asintótica)
Chi-Cuadrado de Pearson	96,368	0,33
Razón de verosimilitud	76,843	0,855
N de casos válidos	54	

Tabla 21: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables enfermedad neurológica y grupos de edad.

Tal y como se aprecia en la tabla 21, el p-valor de $0,33 > 0,05$ del estadístico Chi-Cuadrado indicó que entre las variables enfermedad neurológica y grupos de edad no existía relación lineal.

Grupos de edad – enfermedad neurológica	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,026	0,786
N de casos válidos	54	

Tabla 22: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables grupos de edad y enfermedad neurológica.

Como podemos observar en la tabla 22, el estadístico mostró un valor muy próximo a cero por lo que relación entre ambas variables fue nula.

- ✓ Constructo grupos de edad (cualitativa)- nivel de estudios (cualitativa).

Grupos de edad-nivel de estudios	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,004	0,974
N de casos válidos	54	

Tabla 23: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad y nivel de estudios.

Tal y como se aprecia en la tabla 23, El valor del estadístico no paramétrico Tau-b de Kendall fue muy próximo a cero lo que indicó que la relación es nula, sin relación estadísticamente significativa entre las variables.

- ✓ Constructo grupos de edad (cualitativa)- cuidador principal (cualitativa).

Grupos de edad-figura del cuidador	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,056	0,605
	54	

Tabla 24: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad y cuidador principal.

Como puede observarse en la tabla 24, entre la variable grupos de edad y la variable cuidador, se obtuvo un p-valor de 0,605 en el estadístico Tau b de Kendall con un índice de correlación de -0,056. La relación entre ambas variables fue nula.

Se presentan a continuación los análisis realizados respecto a la relación entre las variables cualitativas “grupos de edad” y “sexo”, y el resto de variables independientes.

- ✓ Constructo: grupos de edad (cualitativa)- enfermedad neurológica (cualitativa)- sexo (cualitativa).

Sexo-Edad-Enfermedad neurológica		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	-0,026	0,916
Total	10		
M	Tau-b de Kendall	-0,015	0,886
Total	44		
	Tau-b de Kendall	-0,026	0,786
Total	54		

Tabla 25: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables grupos de edad, sexo y enfermedad neurológica.

Tal y como se aprecia en la tabla 25, el valor del estadístico no paramétrico Tau-b de Kendall fue muy próximo a cero lo que indicó que la relación era muy débil e inversa, sin relación estadísticamente significativa entre estas variables.

- ✓ Constructo grupos de edad (cualitativa)- nivel de estudios (cualitativa)- sexo (cualitativa).

Sexo-Nivel de estudios-Edad		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	-0,197	0,377
Total	10		
M	Tau-b de Kendall	0,031	0,814
Total	44		
	Tau-b de Kendall	-0,004	0,974
Total	54		

Tabla 26: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad, sexo y nivel de estudios.

Como podemos observar en la tabla 26, en el caso de los hombres existía una relación débil y negativa entre la edad y nivel de estudios: ante una mayor edad, los hombres presentaron menor nivel en sus estudios aunque dicha relación no tenía significación estadística.

- ✓ Constructo: grupos de edad (cualitativa)- cuidador principal (cualitativa)- sexo (cualitativa).

Sexo-Edad-Cuidador Principal		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	-0,027	0,905
Total	10		
M	Tau-b de Kendall	-0,069	0,582
Total	44		
	Tau-b de Kendall	-0,056	0,605
Total	54		

Tabla 27: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad, sexo y cuidador principal.

Tal y como se aprecia en la tabla 27, igual que ocurre en el constructo anterior, al añadir la variable sexo, se confirmó la relación nula entre las variables cuidador principal y edad.

Características de la muestra en relación a cada patrón funcional.

Se presentan a continuación los descriptivos de las variables dependientes (respuestas de los diferentes cuestionarios) tanto cualitativas (dimensiones) como cuantitativas. Con las variables cualitativas se realizaron tablas de contingencia con sus respectivas frecuencias absolutas y porcentajes, además de su gráfico correspondiente. Con las variables cuantitativas se procedió a realizar medidas de tendencia central (media, mediana moda y suma), dispersión (desviación estándar, varianza, máximo, mínimo, rango y error estándar) y cuartiles correspondientes.

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud. Cuestionarios SF-36 y Euro-Qol.

Cuestionario EuroQol-5D

	MOVILIDAD	CUIDADO PERSONAL	ACTIVIDADES VIDA DIARIA	DOLOR
1 No problemas	35,2	59,3	29,6	33,3
2 Algunos problemas	51,9	18,5	31,5	37
3 Encamado	3,7	13	29,6	20,4
4 Sin respuesta	9,3	9,3	9,3	9,3

Tabla 28: Porcentaje de respuesta de las distintas dimensiones del Euro-Qol

Tal y como se aprecia en la tabla 28, el 51,9 % de los sujetos que participaron en el estudio refirieron algún problema de movilidad.

En el 59,3% de los casos, los participantes en el estudio afirmaron no ser dependientes en el autocuidado baño-higiene y vestirse-desvestirse.

Los porcentajes de respuesta fueron muy similares, cercanos al 30% para las tres opciones de respuesta del cuestionario en relación al a diemnsión ACVD.

El 33,3 % de la muestra no tenía dolor en el momento en que se pasó la encuesta ,1 de cada 3 sujetos, mientras que un 20,4 % afirmó tener mucho dolor.

ANSIEDAD	
1 Sin ansiedad/depresión	40,7
2 Ansiedad y/o depresión moderada	40,7
3 Muy ansioso y/o deprimido	9,3
4 Sin respuesta	9,3

Tabla 29: Porcentaje de respuesta dimensión ansiedad Euro-Qol.

Como puede observarse en la tabla 29, los participantes en el estudio se encontraban divididos entre no tener ansiedad/depresión y tener ansiedad/depresión moderada. Sólo un 9,3% afirmó estar muy ansioso/deprimido —1 de cada 10 sujetos—.

Respecto a la ansiedad y/o depresión, 40,7% de los participantes en la investigación refirió no estar ni ansioso ni deprimido, mientras que otro porcentaje similar se mostraba moderadamente ansioso/deprimido.

ESTADO DE SALUD DE HOY EN COMPARACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES	
1 Mejor	9,3
2 Igual	50
3 Peor	31,5
4 Sin respuesta (NS)	9,3

Tabla 30: Porcentaje de respuesta dimensión estado de salud actual Euro-Qol.

Tal y como se aprecia en la tabla 30, el 50% de los sujetos participantes afirmó tener un estado de salud igual/similar al de los últimos 12 meses. El 31,5% de los mismos tenían peor estado de salud —3 de cada 10 sujetos—.

En relación a la escala EVA, que puntúa de 0 (mínima puntuación) a 100 (máxima puntuación, máxima autopercepción de salud), los resultados descriptivos son los siguientes:

EVA	
Válido	54
Perdidos	0
Media	73,61
Error estándar de la media	3,655
Mediana	80
Moda	100
Desviación estándar	26,857
Varianza	721,299
Rango	95
Mínimo	5
Máximo	100
Suma	3975
Percentil 25	51,5
Percentil 50	80
Percentil 75	100

Tabla 31: Análisis descriptivo de la escala EVA.

Tal y como se aprecia en la tabla 32, el promedio de la escala de EVA de la CVRS — autopercepción del estado de salud— fue de 73.61 ± 26.85 . El participante que más puntuó fue con 100 puntos sobre 100 y el que menos 5 puntos.

Un 29,6% de los participantes puntuaron 100 puntos seguido de un 14,8% que puntuaron 80 puntos. Un 13% puntuaron 70 puntos.

Dimensiones del cuestionario SF-36 Health Survey

		Función física	Rol físico	Dolor	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Bienestar emocional
N	Válido	51	51	51	51	51	51	51	51
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		41,67	47,06	60,83	44,71	49,51	62,99	54,90	54,04
Mediana		35	25	67,5	45	50	62,5	100	52
Moda		0	0	100	30,0a	50	100	100	80
Desviación estándar		33,536	48,90	35,00	22,79	23,20	33,91	48,45	26,42
Varianza		1124,667	2391,18	1224,92	519,41	538,26	1149,76	2347,71	697,84
Mínimo		0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo		100	100	100	80	100	100	100	96
Suma		2125	2400	3102,5	2280	2525	3212,5	2800	2756
Percentiles	10	0	0	10	10	12	2,5	0	12,8
	20	5	0	21	25	30	30	0	28
	25	5	0	32,5	30	40	37,5	0	36
	30	10	0	41	30	40	45	0	38,4
	40	24	0	57,5	35	45	60	0	48
	50	35	25	67,5	45	50	62,5	100	52
	60	56	100	77,5	50	51	87,5	100	65,6
	70	70	100	92,5	62	62	87,5	100	76
	75	75	100	100	70	65	100	100	80
	80	75	100	100	70	70	100	100	80
90	89	100	100	75	80	100	100	84	

Tabla 33: Análisis descriptivo de las dimensiones del cuestionario SF

- ✓ Ítem 1: “En general, usted diría que su salud es”:

Su salud es:	Porcentaje
Excelente	1,9
Muy buena	5,6
Buena	35,2
Regular	29,6
Mala	18,5
no contesta	9,3
Total	100

Tabla 34: Porcentajes de respuesta del ítem 1.

Como se aprecia en la tabla 34, solo una persona de los 54 participantes en el estudio consideró su salud como excelente sin embargo 19 la consideraban buena.

- ✓ Ítem 2: “¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?”

Cómo es su salud comparada con la de hace un año	Porcentaje
Mucho mejor	3,7
Algo mejor	7,4
Más o menos igual	48,1
Algo peor	18,5
Mucho peor	13
No contesta	9,3
Total	100

Tabla 35: Porcentajes de respuesta del ítem 2.

Tal y como se aprecia en la tabla 35, el 48% de la muestra consideró que su estado de salud era similar al de hace un año.

- ✓ Ítem 3: “¿le limita para hacer esas actividades o cosas como esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?”.

Su salud actual limita esfuerzos intensos	Porcentaje
Mucho	59,3
Poco	24,1
Nada	7,4
No contesta	9,3
Total	100

Tabla 36: Frecuencias y porcentajes de respuesta del ítem 3.

Tal y como se aprecia en la tabla 36, al 59 % de participantes en el estudio, su salud les limitaba para hacer esfuerzos intensos.

- ✓ Ítem 4: “¿Le limita para hacer actividades o cosas como esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora?”.

Su salud actual limita esfuerzos moderados	Porcentaje
Mucho	44,4
Poco	31,5
Nada	14,8
No contesta	9,3
Total	100

Tabla 37. Porcentajes de respuesta del ítem 4.

Como se observa en la tabla 37, la salud del 44% de la muestra era un factor limitante para realizar esfuerzos moderados.

- ✓ Ítem 5: “¿Le limita para hacer actividades o cosas como coger o llevar la bolsa del mercado?”.

Su salud actual le limita para llevar la bolsa de la compra	Porcentaje
Mucho	29,6
Poco	25,9
Nada	33,3
No contesta	11,1
Total	100

Tabla 38: Porcentajes de respuesta del ítem 5.

Como se observa en la tabla 38, la salud del 30% de la muestra era un factor limitante para realizar esfuerzos ligeros.

- ✓ Ítems 6 y 7: “¿Le limita para hacer esas actividades o cosas como subir varios pisos por la escalera o subir un solo piso?”.

Ítems 6 y 7	Su salud le limita para subir varios pisos por la escalera	Su salud le limita para un solo piso por la escalera
Mucho	44,4	33,3
Poco	31,5	25,9
Nada	14,8	31,5
No contesta	9,3	9,3
Total	100	100

Tabla 39: Porcentajes de respuesta de los ítems 6 y 7.

Como se observa en la tabla 39, la salud del 44% de la muestra era un factor limitante para subir varios pisos por las escaleras y en el caso de un solo piso la salud limitaba al 33% de los participantes en el estudio.

- ✓ Ítem 8: “¿Le limita para hacer actividades o cosas como agacharse o arrodillarse?”.

Su salud le limita para agacharse o arrodillarse	Porcentaje
Mucho	35,2
Poco	35,2
Nada	20,4
No contesta	9,3
Total	100

Tabla 40: Porcentajes de respuesta del ítem 8.

Como se observa en la tabla 40, la salud del 35% de la muestra era un factor que limitaba mucho para arrodillarse.

- ✓ Ítems 9,10 y 11: “¿Le limita para hacer actividades o cosas como caminar un kilómetro, varias manzanas o 100 metros?”.

Ítems 9,10 y 11	Su salud le limita para caminar un km o más	Su salud le limita para caminar varias manzanas	Su salud le limita para caminar 100 metros
Mucho	55,6	33,3	24,1
Poco	16,7	31,5	18,5
Nada	18,5	25,9	48,1
No contesta	9,3	9,3	9,3
Total	100	100	100

Tabla 41: Porcentajes de respuesta de los ítems 9,10 y 11.

En función de la distancia a recorrer, la limitación que suponía el estado de salud varió. En la tabla 41, se ilustra que si se trataba de recorrer distancias largas limitaba de forma importante al 55 % de la muestra, mientras que si se trataba de distancias cortas la limitación se reducía al 24% de la muestra.

- ✓ Ítem 12: “¿Le limita para hacer actividades o cosas como bañarse o vestirse usted solo/a?”.

Su salud el limita para bañarse y/o vestirse	Porcentaje
Mucho	16,7
Poco	35,2
Nada	40,7
No contesta	7,4
Total	100

Tabla 42: Porcentajes de respuesta del ítem 12.

Tal y como se aprecia en la tabla 42, el 75% de la muestra no presentaba déficit de autocuidados en la higiene.

- ✓ Ítems 13, 14,15 y 16: “Durante la 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?”.ç

Ítem 13,14,15 y 16	Reducir el tiempo de trabajo a causa de su salud física	Hacer menos a causa de su salud	Dejar de hacer tareas a causa de su salud	Dificultad para hacer su trabajo a causa de su salud
SI	46,3	46,3	44,4	46,3
NO	46,3	42,6	46,3	42,6
NC	7,4	11,1	9,3	11,1
Total	100	100	100	100

Tabla 43: Porcentajes de respuesta de los ítems 13, 14,15 y 16.

La repercusión que tenía el estado de salud física en la capacidad de realizar tareas afectaba al 45% de los participantes en el estudio tal y como se aprecia en la tabla 43.

- ✓ Ítems 17,18 y 19: “Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?”.

Ítem 17,18 y 19.	Tener que reducir el tiempo de trabajo a causa de problema emocional	Hacer menos de lo que hubiera querido a causa de algún problema emocional	No hacer su trabajo tan cuidadosamente a causa de algún problema emocional
SI	38,9	38,9	37
NO	51,9	51,9	53,7
NC	9,3	9,3	9,3
Total	100	100	100

Tabla 44: Porcentajes de respuesta de los ítems 17,18 y 19.

Tal y como se aprecia en la tabla 44, la repercusión que tenía el estado de salud emocional en la capacidad de realizar tareas afectaba a aproximadamente el 38% de los participantes en el estudio.

- ✓ Ítem 20: “¿Durante las últimas 4 semanas, hasta qué punto su salud física y/o emocional ha dificultado sus actividades sociales?”.

Dificultad en actividades sociales a causa de su salud	Porcentaje
Nada	46,3
Un poco	11,1
Regular	7,4
Bastante	13
Mucho	7,4
No contesta	14,8
Total	100

Tabla 45: Porcentajes de respuesta del ítem 20.

Tal y como se aprecia en la tabla 45, el estado de salud afectó poco (11%) a la vida social de los participantes en el estudio.

- ✓ Ítem 21: "En las últimas 4 semanas, ¿tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo?":

En las últimas 4 semanas ha tenido dolor	Porcentaje
Ninguno	31,5
Muy poco	7,4
Poco	14,8
Moderado	16,7
Mucho	16,7
Muchísimo	5,6
No contesta	7,4
Total	100

Tabla 46: Porcentajes de respuesta del ítem 21.

Tal y como se aprecia en la tabla 46, el 31% afirmó no haber tenido ningún dolor en las últimas cuatro semanas mientras que el 22% tuvo mucho dolor.

- ✓ Ítem 22: "En las últimas 4 semanas, ¿ hasta qué punto el dolor ha dificultado su tarea habitual?".

Hasta qué punto el dolor ha dificultado su trabajo habitual	Porcentaje
Nada	37
Un poco	22,2
Regular	7,4
Bastante	7,4
Mucho	16,7
No contesta	9,3
Total	100

Tabla 47: Porcentajes de respuesta del ítem 22.

Como se aprecia en la tabla 47, la repercusión que tenía el dolor en la vida de los participantes en el estudio era muy heterogénea: para un 37% no influía mientras que para un 17% influía mucho.

- ✓ Ítems 23, 24, 25, 26, 27, 28,29 y 30: “En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad, nervioso, bajo de moral, tranquilo, lleno de energía, triste, agotado y feliz?”.

Ítems 23,24,25,26,	En las últimas 4 sem cuándo se sintió lleno de vitalidad	En las últimas 4 sem cuándo se sintió nervioso	En las últimas 4 sem cuándo se sintió bajo de moral	En las últimas 4 sem cuándo se sintió calmado y tranquilo
Siempre	5,6	3,7	5,6	3,7
Casi siempre	9,3	16,7	9,3	22,2
Muchas veces	14,8	13	5,6	18,5
Algunas veces	38,9	16,7	24,1	33,3
Solo una vez	11,1	18,5	11,1	5,6
Nunca	11,1	22,2	33,3	3,7
No contesta	9,3	9,3	11,1	13
Total	100	100	100	100

Tabla 48: Porcentajes de respuesta de los ítems 23, 24,25 y 26.

Ítems 27,28,29 y 30	En las últimas 4 sem cuándo se sintió lleno de energía	En las últimas 4 sem cuándo se sintió triste	En las últimas 4 sem cuándo se sintió agotado	En las últimas 4 sem cuándo se sintió feliz
Siempre	1,9	5,6	9,3	3,7
Casi siempre	13	11,1	5,6	13
Muchas veces	11,1	14,8	5,6	13
Algunas veces	40,7	25,9	37	31,5
Solo una vez	16,7	16,7	20,4	18,5
Nunca	7,4	16,7	13	9,3
No contesta	9,3	9,3	9,3	11,1
Total	100	100	100	100

Tabla 49: Porcentajes de respuesta de los ítems 27, 28,29 y 30.

Estos ítems valoran la vitalidad y cómo se sienten los participantes en el estudio. Las preguntas tuvieron un mayor porcentaje de respuesta para algunas veces y/o solo una vez. Tal y como se aprecia en las tablas 48 y 49.

✓ Ítems 33, 34, 35 y 36: “señale como ciertas son las siguientes afirmaciones”.

Ítems 33,34,35 y 36	Creo que me pongo enfermo tan fácil como otras personas	Estoy tan sano como cualquiera	Creo que mi salud va a empeorar	Mi salud es excelente
Totalmente cierta	18,5	5,6	5,6	5,6
Bastante cierta	20,4	31,5	33,3	31,5
No lo sé	33,3	20,4	14,8	3,7
Bastante falsa	11,1	24,1	33,3	40,7
Totalmente falsa	16,7	3,7	1,9	5,6
No contesta	0	14,8	11,1	13
Total	100	100	100	100

Tabla 50: Porcentajes de respuesta de los ítems 33, 34,35 y 36.

Los ítems que valoran la percepción de la salud general, mostraron que el 38% de los participantes en el estudio consideraba que su salud era similar a la del resto lo que aparece recogido en la tabla 50.

Patrón 2: Nutricional-metabólico. Cuestionario MNA.

PUNTUACIÓN TOTAL MNA	
Válido	48
Perdidos	0
Media	26,26
Error estándar de la media	0,62
Mediana	26,5
Moda	26
Desviación estándar	4,32
Varianza	18,71
Asimetría	-0,84
Error estándar de asimetría	0,34
Curtosis	1,29
Error estándar de curtosis	0,67
Rango	21,5
Mínimo	12,5
Máximo	34
Suma	1260,5
Percentil 25	24,12
Percentil 50	26,5
Percentil 75	29

Tabla 51: Análisis descriptivo MNA.

Como se puede observar en la tabla 51, la puntuación media en el cuestionario MNA fue de 26.26 ± 4.32 lo que se correspondió con una nutrición adecuada. Solamente un 2 % de la muestra no presentaba riesgo de malnutrición. El 44% presentó riesgo de malnutrición y el 54% presentó malnutrición.

Patrón 3: Eliminación: Cuestionario de Incontinencia.

Se detallan a continuación los resultados descriptivos del cuestionario de valoración la incontinencia urinaria, que valora la incontinencia de urgencia y por obstrucción de próstata en los hombres y la incontinencia de urgencia y de esfuerzo en las mujeres.

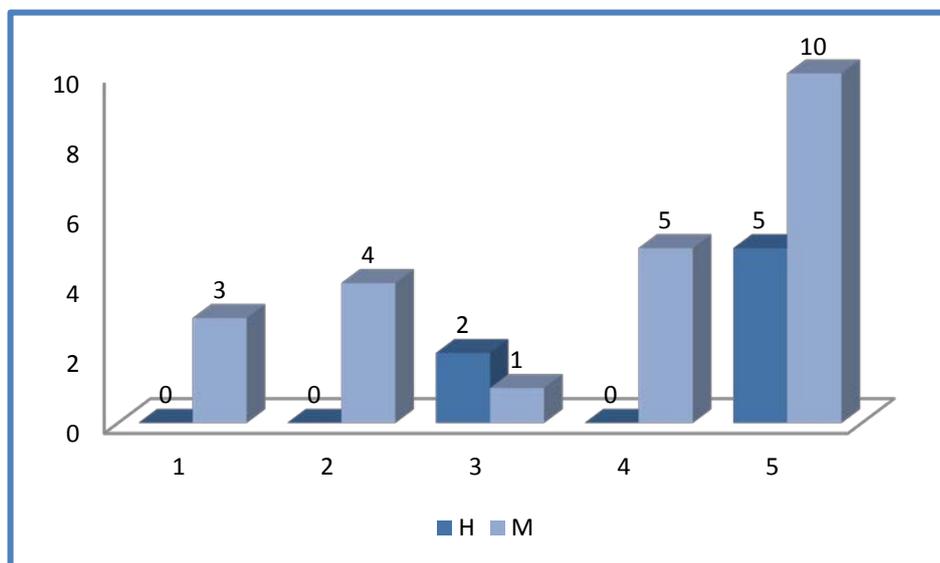


Gráfico 7: Puntuación por sexo del cuestionario de incontinencia de urgencia en hombres y de esfuerzo en mujeres.

Como puede apreciarse en el gráfico 7, 5 sujetos varones respondieron de forma afirmativa a los 5 ítems de este primer cuestionario, por lo que el 16,7% de los participantes hombres de nuestra muestra presentaba incontinencia urinaria de urgencia, lo que representó el 28,5 % de la muestra válida.

15 sujetos respondieron de forma afirmativa a 4 o 5 ítems de este primer cuestionario, por lo que el 50% de los participantes mujeres de nuestra muestra presentaba incontinencia urinaria de esfuerzo, lo que representó el 65,2 % de la muestra válida.

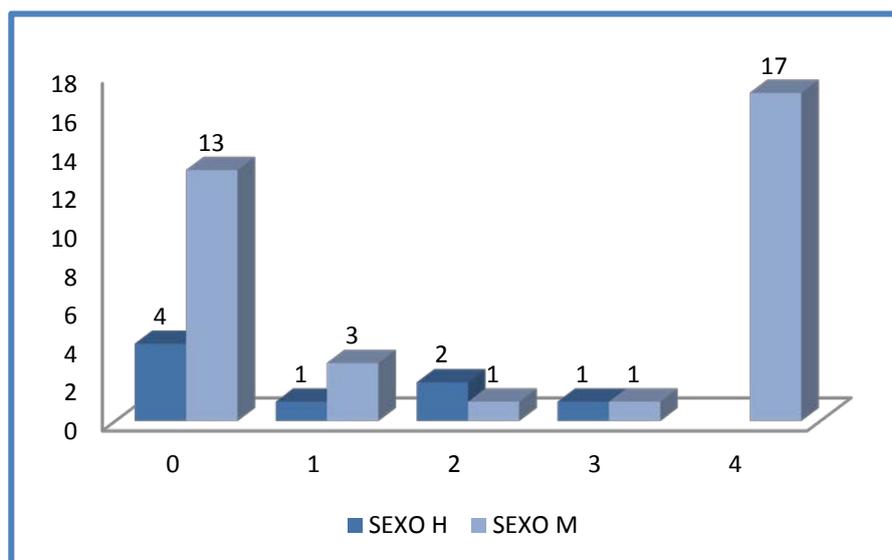


Gráfico 8 Puntuación por sexo del cuestionario de incontinencia por obstrucción de próstata en hombres y de urgencia en mujeres.

Como puede apreciarse en el gráfico 8, sólo 1 sujeto respondió de forma afirmativa a los 3 ítems de este segundo cuestionario, lo que representó el 7,2% de la muestra válida.

18 sujetos respondieron de forma afirmativa a 3 o 4 ítems de este segundo cuestionario, por lo que el 34,2% (1 de cada tres mujeres) de la muestra válida presentaba incontinencia de urgencia.

Patrón 4: Actividad- ejercicio. Cuestionario Baecke Physical Activity Questionnaire.

	Nº pers limp	Nº hab lim	Nº nivel hab	Nº pisos sub
Válido	49	49	49	49
Perdidos	0	0	0	0
Media	0,67	0,29	0,2	0,41
Error estándar de la media	0,19	0,07	0,06	0,1
Mediana	0	0	0	0
Moda	0	0	0	0
Desviación estándar	1,36	0,5	0,46	0,67
Varianza	1,85	0,25	0,21	0,45
Asimetría	2,39	1,49	2,2	1,83
Error estándar de asimetría	0,34	0,34	0,34	0,34
Curtosis	5,84	1,34	4,31	3,7
Error estándar de curtosis	0,67	0,67	0,67	0,67
Rango	6	2	2	3
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	6	2	2	3
Suma	33	14	10	20

Tabla 52: Análisis descriptivo dimensiones cuestionario Baecke.

Como podemos apreciar en la tabla 52, la media para la dimensión “número de personas para las que usted limpia y arregla la casa” fue $0,67 \pm 1,36$; para la dimensión “número de habitaciones que usted limpia” fue $0,29 \pm 0,5$; para la dimensión “piso en el que se encuentra dichas habitaciones” $0,2 \pm 0,46$; y para la dimensión “número de pisos que usted sube” fue $0,41 \pm 0,67$.

En el caso de la pregunta “¿Para cuántas personas arregla y limpia usted la casa?”, el diagrama pone de manifiesto que el 73,5% de la muestra no realizaba ninguna labor doméstica. Un 73% de la muestra no realizaba actividades de limpieza de la vivienda ni arreglos en la misma.

Patrón 5: Sueño-descanso. Cuestionario de Oviedo.

	Satisfacc. subj. sueño	Insomnio	Hipersomnio	Puntuación total COS
Válido	49	49	49	49
Perdidos	0	0	0	0
Media	4,53	19,33	6,33	30,18
Error estándar de la media	0,24	1,44	0,55	1,7
Mediana	5	16	5	26
Moda	5	9,0a	3	18
Desviación estándar	1,71	10,07	3,88	11,91
Varianza	2,92	101,51	15,06	141,9
Asimetría	-0,6	0,63	0,87	0,56
Error estándar de asimetría	0,34	0,34	0,34	0,34
Curtosis	0	-0,77	-0,46	-0,95
Error estándar de curtosis	0,67	0,67	0,67	0,67
Rango	6	36	13	44
Mínimo	1	6	2	13
Máximo	7	42	15	57
Suma	222	947	310	1479
Percentil 25	4	11	3	20,5
Percentil 50	5	16	5	26
Percentil 75	5,5	28	9	43

Tabla 53: Análisis descriptivo dimensiones test de Oviedo.

Como podemos apreciar en la tabla 53, la media para la dimensión “satisfacción subjetiva del sueño” fue de $4,53 \pm 1,71$; para la dimensión “insomnio” fue de $19,327 \pm 10,07$. En el caso de la dimensión “hipersomnio” la media fue de $6,3 \pm 3,88$.

Para la puntuación total del COS, la media fue de $30,18 \pm 11,91$ (valores estándar de 13 a 72 puntos).

El rango de puntuaciones globales osciló entre 13 y 57 puntos.

El 33% de los participantes en el estudio manifestaron encontrarse satisfechos con su sueño mientras que solo un 10% estaban muy insatisfechos.

La puntuación de la dimensión “insomnio” fue muy homogénea sin que existiera ninguna puntuación que predominara sobre las otras. El 14% puntuó 9, el 8% de la muestra puntuó 10 y 11. La puntuación de la subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad del insomnio.

El 33% de los participantes obtuvieron una puntuación de 2 en la dimensión “hipersomnio” que está integrada por 3 ítems del COS.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual. Cuestionario MMSE y FV.

	MMSE	FV
Válido	50	49
Perdidos	0	0
Media	16,6	4,94
Error estándar de la media	0,701	0,578
Mediana	17	6
Moda	17	0
Desviación estándar	4,957	4,049
Varianza	24,571	16,392
Asimetría	-0,073	0,07
Error estándar de asimetría	0,337	0,34
Curtosis	-0,701	-1,21
Error estándar de curtosis	0,662	0,668
Rango	21	14
Mínimo	5	0
Máximo	26	14
Suma	830	242

Tabla 54: Análisis descriptivo MMSE y FV.

Como puede observarse en la tabla 54, la media de la puntuación del MMSE de los sujetos que componen la muestra fue de $16,60 \pm 4.95$ puntos, que corresponde a la categoría de demencia leve a moderada -criterio de inclusión de nuestro estudio-.

El valor máximo de puntuación fue de 26 puntos frente al mínimo que fue de 5 puntos. La interpretación del cuestionario indicó que entre 30 y 27 puntos no existe deterioro cognitivo. Entre 26 y 25: el deterioro es dudoso o posible. Entre 24 y 10, se corresponde con demencia leve a moderada. Entre 9 y 6, se corresponde con demencia moderada a severa. Menos de 6 implica demencia severa.

Para la FV, la media de puntuación en el grupo global fue de $4,94 \pm 4,04$. El sujeto que más puntuó lo hizo con 14 palabras. El 30,6% de todos los participantes puntuaron 0 palabras, es decir, 15 de los sujetos de la muestra global.

A continuación se resaltan los resultados más relevantes de las distintas dimensiones del cuestionario MMSE, recogidos en la tabla 55:

La puntuación de la dimensión “orientación” oscila entre 0 y 10 puntos. El 24% de los participantes en el estudio puntuó 5. La media de puntuación fue de $5,7 \pm 2,38$.

La media de puntuación en la dimensión “recuerdo diferido” fue de $0,62 \pm 0,967$, siendo el rango de esta variable entre 0 y 3 puntos. Solo el 6% obtuvo la máxima puntuación.

La media de puntuación en la dimensión “lenguaje y construcción” fue de $6,68 \pm 2,161$, siendo el rango de esta variable entre 0 y 9 puntos. Esta dimensión presentaba menos alteración que el resto en los pacientes de nuestra muestra.

La media de puntuación en la dimensión “memoria inmediata” fue $2,6 \pm 0,857$, el rango de esta variable está comprendido entre 0 y 3 puntos. El 80% de los pacientes de la muestra obtuvo la máxima puntuación.

La media de puntuación en la dimensión “atención/cálculo” fue $0,96 \pm 1,714$, el rango de esta variable está comprendido entre 0 y 5 puntos. El 68% de los pacientes de la muestra obtuvo la mínima puntuación. Esta dimensión se encontró muy afectada.

		Orientación	Memoria inmed.	Atención cálculo	Recuerdo diferido	Lenguaje y construc
N	Válido	50	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		5,7	2,6	0,96	0,62	6,68
Error estándar de la media		0,337	0,121	0,242	0,137	0,306
Mediana		5,5	3	0	0	7
Moda		5	3	0	0	8a
Desviación estándar		2,384	0,857	1,714	0,967	2,161
Varianza		5,684	0,735	2,937	0,934	4,671
Asimetría		-0,381	-1,944	1,661	1,27	-1,084
Error estándar de asimetría		0,337	0,337	0,337	0,337	0,337
Curtosis		-0,188	2,448	1,304	0,25	0,878
Error estándar de curtosis		0,662	0,662	0,662	0,662	0,662
Rango		10	3	5	3	9
Mínimo		0	0	0	0	0
Máximo		10	3	5	3	9
Suma		285	130	48	31	334
Percentiles	25	4	3	0	0	6
	50	5,5	3	0	0	7
	75	8	3	1	1	8

Tabla 55: Análisis descriptivo dimensiones del MMSE.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto. Cuestionario AF-5.

Dimensiones	A Acad Lab	A Soc	A Emoc	A Fam	A Física	AF5-TOTAL
Válido	48	48	48	48	48	48
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	6,4	4	6,9	6,8	3,7	27,6
Error estándar de la media	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,9
Mediana	6,5	4,2	7,7	7,4	3,5	28,7
Moda	6	4,7	8,00a	7,500a	3,5	13,3
Desviación estándar	2,1	1,8	2,1	1,7	1,7	6,5
Varianza	4,4	3,1	4,3	2,9	3,1	41,9
Asimetría	-1,4	-0,2	-0,6	-0,9	0,3	-0,6
Error estándar de asimetría	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Curtosis	3,1	0	-0,6	0,2	0,8	1,1
Error estándar de curtosis	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Rango	9,9	7,9	8,1	7,3	8,3	32,3
Mínimo	0	0	1,9	2,3	0	9,3
Máximo	9,9	7,9	10	9,6	8,3	41,7
Suma	304,9	191	329,9	325,5	175,4	1326,8

Tabla 56. Análisis descriptivo dimensiones AF-5.

Tal y como muestra la tabla 56, la media de la puntuación total fue de $27,65 \pm 6,5$, rango entre 1 y 99. La dimensión peor valorada fue la de la actividad social, con una puntuación media de $3,98 \pm 1,75$.

Patrón 8: Rol- relaciones. Cuestionario Apgar Familiar.

APGAR FAMILIAR	
Válido	48
Perdidos	0
Media	6,75
Error estándar de la media	0,45
Mediana	8
Moda	10
Desviación estándar	3,15
Varianza	9,94
Asimetría	-0,71
Error estándar de asimetría	0,34
Curtosis	-0,79
Error estándar de curtosis	0,67
Rango	10
Mínimo	0
Máximo	10
Suma	324

Tabla 57: Análisis descriptivo Apgar Familiar.

Tal y como muestra la tabla 57, la puntuación media de los pacientes que participaron en el estudio fue de $6,75 \pm 3,15$. Únicamente un 2% de la muestra manifestó no tener apoyo por parte de su familia. El 27% obtuvo la máxima puntuación, estando el rango comprendido entre 0 y 10.

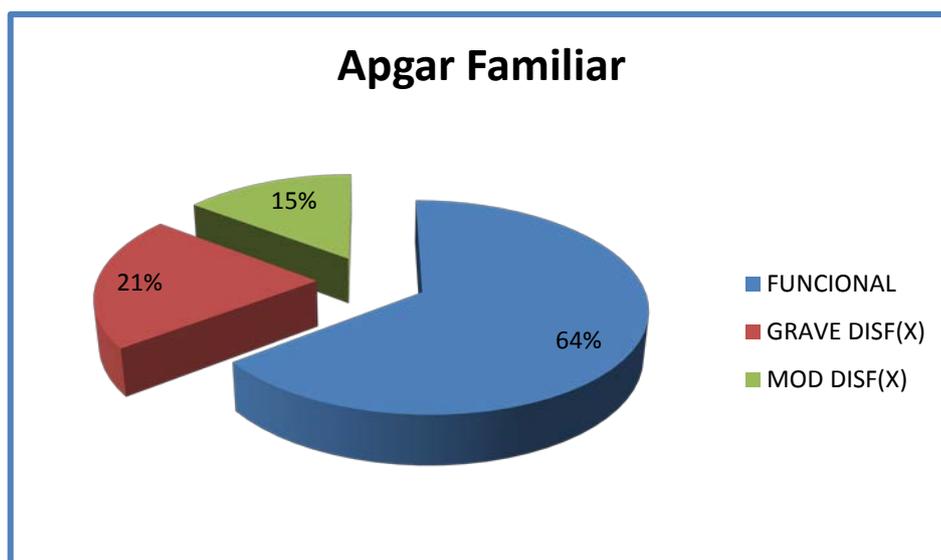


Gráfico 9: Categorías Apgar familiar.

Tal y como muestra el gráfico 9, el 64,6% de la muestra global obtuvo una puntuación en el Cuestionario Apgar correspondiente a familia funcional.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción.

Se desestimó la valoración de este patrón debido a las características de la muestra.

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés. Cuestionario de ansiedad de Golberg.

	Cribado ANS	Cribado DEP	Sub esc ans	Sub esc depre	Total
Válido	48	48	48	48	48
Perdidos	1	1	1	1	1
Media	1,94	1,65	2,58	2,58	5,17
Error estándar de la media	0,29	0,21	0,45	0,4	0,76
Mediana	1,5	2	1	2	4
Moda	,0a	,0a	0	0	0
Desviación estándar	2	1,46	3,13	2,75	5,26
Varianza	4,02	2,15	9,82	7,57	27,63
Asimetría	2,11	0,61	1,11	1,05	1,25
Error estándar de asimetría	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34
Curtosis	7,61	-0,45	-0,04	0,46	0,97
Error estándar de curtosis	0,67	0,67	0,67	0,67	0,67
Rango	11	5	10	10	20
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	11	5	10	10	20
Suma	93	79	124	124	248
Percentil 25	0,25	0	0	0	1
Percentil 50	1,5	2	1	2	4
Percentil 75	3	2	4,75	4	7

Tabla 58: Análisis descriptivo dimensiones escala de Golberg.

Se comentan a continuación los resultados recogidos en la tabla 58. La puntuación total media del cuestionario fue $5,17 \pm 5,26$, con un rango comprendido entre 0 y 18. La puntuación media de la subescala de ansiedad fue $2,56 \pm 3,13$ y la de la subescala de depresión $2,58 \pm 2,75$, con un rango de respuesta comprendido entre 0 y 9 en ambos casos.

El 50% de los participantes en el estudio obtuvo una puntuación de 7 en la subescala de depresión. Únicamente el 17 % no cumplía criterios de probable depresión.

El 28% cumplía criterio de ansiedad probable ya que tienen una puntuación mayor o igual a 4.

Para la población geriátrica se ha propuesto una puntuación global mayor o igual a 6, por lo que 40% de los sujetos participantes en el estudio tenían ansiedad/depresión, según el cribado realizado mediante el presente cuestionario.

Patrón 11: Valores y creencias.. Cuestionario Test de “optimismo” Life OrientationTest (LOT).

	LOT OPTIMISMO	LOT PESIMISMO	TOTAL
Válido	48	48	48
Perdidos	0	0	0
Media	10,17	8,62	30,94
Error estándar de la media	0,59	0,44	1,791
Mediana	11,5	9	36
Moda	15	8	0
Desviación estándar	4,11	3,08	13,159
Varianza	16,86	9,52	173,148
Asimetría	-0,62	-0,5	-1,626
Error estándar de asimetría	0,34	0,34	0,325
Curtosis	-0,67	0,31	1,523
Error estándar de curtosis	0,67	0,67	0,639
Rango	15	14	0,325
Mínimo	0	0	0
Máximo	15	14	46
Suma	488	414	1671

Tabla 59: Análisis descriptivo dimensiones cuestionario LOT.

Tal y como se recoge en la tabla 59, la puntuación media del cuestionario LOT fue $30,94 \pm 13,16$. En cuanto a las dimensiones, la media de la dimensión “Optimismo” fue $10,1 \pm 4,1$ y puesto que el rango de puntuación es de 0 a 15, se observó que la muestra presentaba una orientación vital con tendencia positiva ya que la media de la dimensión “Pesimismo” fue $8,6 \pm 3,08$, inferior a la de la dimensión “Optimismo”.

El 2% no respondió a los ítems que valoran esta dimensión y el 59% de los participantes se muestran esperanzados y optimistas ya que tienen una puntuación igual o superior a 10 en los ítems que valoran esta dimensión —rango de 0 a 15—.

El 2% no respondió a los ítems que valoran esta dimensión y el 39% de los participantes se mostraron pesimistas ya que tuvieron una puntuación igual o superior a 10 en los ítems que valoraba esta dimensión —rango de 0 a 15—.

Influencia del sexo y la edad en las respuestas a los cuestionarios empleados para valorar cada patrón funcional.

Se presentan a continuación los análisis realizados respecto a la relación tanto del sexo como de la edad con las respuestas en cada uno de los instrumentos utilizados en la investigación.

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. CuestionarioSF36 / EuroQoI5D

Escala Visual analógica del cuestionario EuroQoI según sexo y grupo de edad.

EVA-sexo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,068	0,593
N de casos válidos	54	

Tabla 60: Estadístico tau-b de Kendal de las variables EVA y sexo.

No se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la variable EVA tal y como se aprecia en la tabla 60.

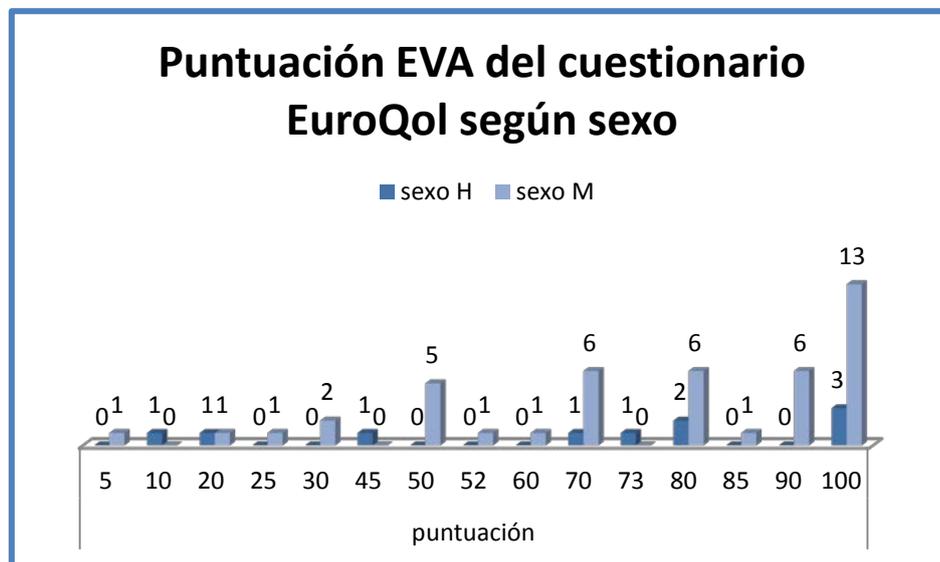


Gráfico 10: Puntuación Eva por sexo.

Como puede apreciarse en el gráfico 10, tanto hombres como mujeres, evaluaban positivamente su estado de salud. El 70% de los hombres y el 90,9% de las mujeres puntuaron por encima de 50.

Grupos de edad-EVA		
Tau_b de Kendall	Coeficiente de correlación	0,127
	Sig. (bilateral)	0,2
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	0,174
	Sig. (bilateral)	0,207
N		54

Tabla 61: Estadístico tau-b de Kendall y Rho de Spearman de las variables grupos de edad y EVA.

Tal y como muestran ambos estadísticos en la tabla 61, la relación entre las variables edad y EVA fue débil y directa ya que el coeficiente de correlación se halla próximo a cero. No existió relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Edad - Movilidad	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,179	0,059
N de casos válidos	54	

Tabla 62: Relación entre la edad y la dimensión movilidad

Como se puede observar en la tabla 62, mediante el estadístico Tau b de Kendall la relación entre la edad y la movilidad fue débil y directa, no se obtuvo relación estadísticamente significativa aunque el valor se aproximó a dicha significación

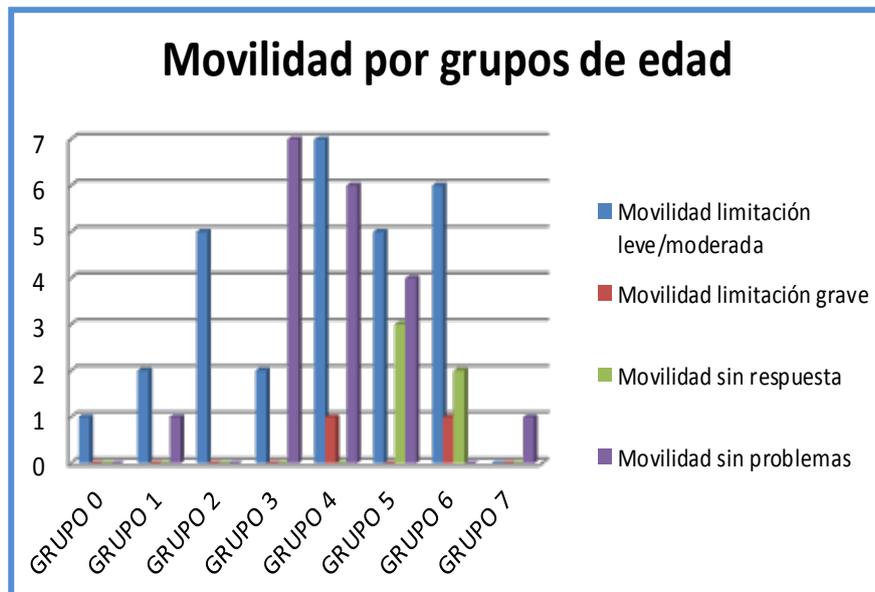


Gráfico 11: Movilidad por grupos de edad.

Los grupos que mayor limitación presentaban en su movilidad eran el grupo 4 y 6, tal y como indica el gráfico 11.

Movilidad por grupos de edad	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	27,672	0,15
Tau-b de Kendall	-0,021	0,857

Tabla 63: Estadísticos Chi-Cuadrado y Tau-B de las variables grupos de edad y movilidad.

Como puede apreciarse en la tabla 63, al analizar la relación entre la dimensión “movilidad” del cuestionario EuroQol y los grupos de edad mediante dos estadísticos diferentes, se observó que no existía relación entre ambas variables.

Sexo-Edad-Movilidad	Valor	Sig. asintótica
H Chi-Cuadrado de Pearson	13,333	0,345
N de casos válidos	10	
M Chi-Cuadrado de Pearson	30,725	0,031
N de casos válidos	44	
Total Chi-Cuadrado de Pearson	27,672	0,15
N de casos válidos	54	

Tabla 64: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables grupos de edad, sexo y movilidad.

Como puede apreciarse en la tabla 64, el grupo de edad y la movilidad obtuvo una relación estadísticamente significativa para el sexo mujer con un p valor de 0,03 mediante el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson, es decir, existió una relación lineal entre las variables.

Sexo-Edad-Movilidad	Valor	Aprox. Sig.
H Tau-b de Kendall	0,226	0,4
N de casos válidos	10	
M Tau-b de Kendall	-0,08	0,53
N de casos válidos	44	
Total Tau-b de Kendall	-0,021	0,857
N de casos válidos	54	

Tabla 65: Estadístico tau-b de Kendall de las variables grupos de edad, sexo y movilidad.

Como se aprecia en la tabla 65, no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Edad – Cuidado personal	Valor	Aprox. Sig
Tau-b de Kendall	0,173	0,084
N de casos válidos	54	

Tabla 66: Análisis de la relación entre las variables edad y cuidado personal

La relación entre las variables era escasa o nula ya que el coeficiente de correlación se hallaba próximo a cero tal y como puede apreciarse en la tabla 66.

La dependencia comienza a los 83 años exceptuando los 75 y 78 años en los que se registraron casos de dependencia.

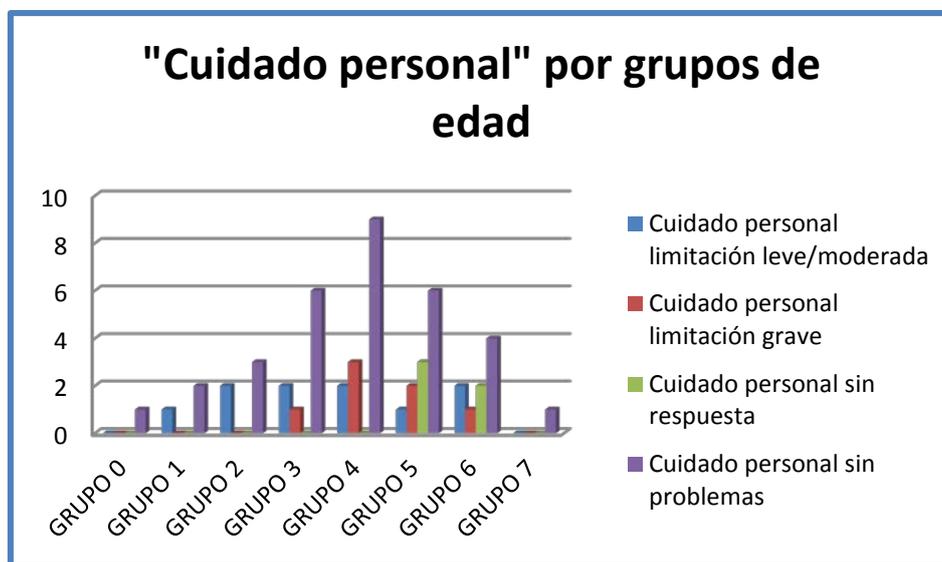


Gráfico 12: Cuidado personal por grupos de edad.

Como puede apreciarse en el gráfico 12, los grupos que presentaban mayor limitación en la movilidad eran el 4 y el 5.

Cuidado personal por grupos de edad.	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	14,296	0,857
Tau-b de Kendall	-0,041	0,737

Tabla 67: Estadísticos Chi-Cuadrado y tau-b de Kendall de las variables grupos de edad y cuidado personal.

Como puede apreciarse en la tabla 67, al analizar la relación entre la dimensión "cuidado personal" del cuestionario EuroQol y los grupos de edad mediante el estadístico Chi-Cuadrado, el p-valor de éste nos indicó que no existía relación lineal entre las variables.

Sexo-Edad-Cuidado personal		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	11,389	0,496
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	17,709	0,475
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	14,296	0,857
	N de casos válidos	54	

Tabla 68: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables grupos de edad, sexo y cuidado personal.

Como puede apreciarse en la tabla 68, al analizar la relación entre la dimensión “cuidado personal” del cuestionario EuroQol, la edad y el sexo mediante el estadístico Chi-Cuadrado, el p-valor de éste nos indicó que no existía relación lineal entre las variables.

Sexo-Edad-Cuidado personal		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,151	0,63
	N de casos válidos	10	
M	Tau-b de Kendall	-0,1	0,457
	N de casos válidos	44	
Total	Tau-b de Kendall	-0,041	0,737
	N de casos válidos	54	

Tabla 69: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables grupos de edad, sexo y cuidado personal.

Tal y como muestran la tabla 69, la relación entre las variables edad y la dimensión “cuidado personal” para los hombres fue directa aunque muy débil. Mientras que en el caso de las mujeres era muy débil pero indirecta. Para la muestra global dicha relación fue prácticamente nula.

Edad- ACVD		
	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,112	0,268
N de casos válidos	54	

Tabla 70: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad y ACVD.

Como puede apreciarse en la tabla 70, el coeficiente de correlación entre la variable edad y “actividades de la vida diaria” ha sido de $r=0,112$, la relación entre las variables

era directa y débil ya que el coeficiente de correlación se hallaba próximo a cero. El p-valor de 0,268 indicó que la relación no era estadísticamente significativa.

Como se aprecia en el gráfico 12, los resultados fueron muy heterogéneos existiendo poca relación entre la edad y la limitación para poder realizar actividades de la vida diaria.

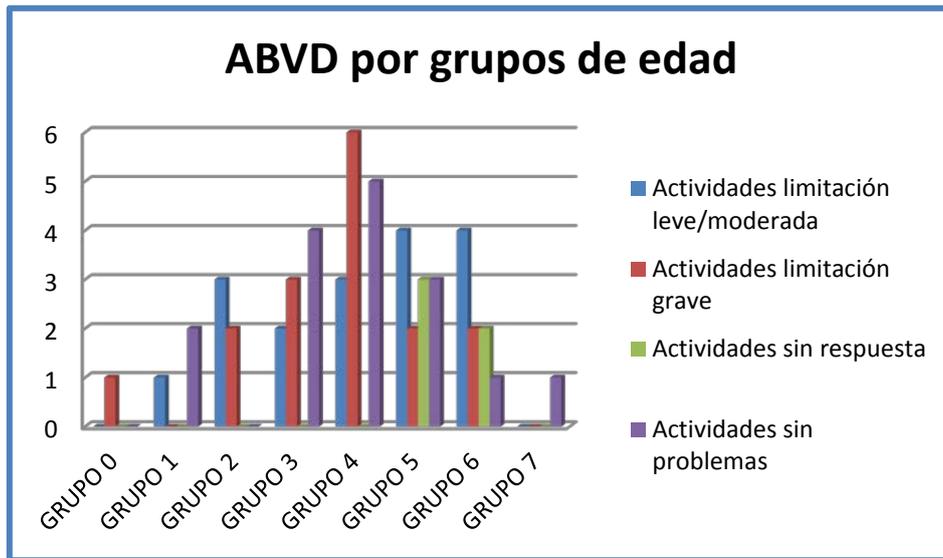


Gráfico 12: Actividades vida diaria por grupos de edad.

El grupo 4 fue el que presentó una mayor limitación en esta dimensión.

ACVD por grupos de edad	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	22,574	0,367
Tau-b de Kendall	-0,003	0,982

Tabla 71: Estadísticos Chi-Cuadrado y Tau-B de Kendall de las variables grupos y AVD.

Tal y como mostraron ambos estadísticos en la tabla 71, no existió relación estadísticamente significativa entre las variables.

Sexo-Edad-AVD		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	14,444	0,273
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	23,022	0,19
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	22,574	0,367
	N de casos válidos	54	

Tabla 72: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables edad, sexo y AVD.

Tal y como muestran los valores del estadístico recogidos en la tabla 72, no existió relación lineal entre las variables.

Sexo-Edad-AVD		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,135	0,59
	N de casos válidos	10	
M	Tau-b de Kendall	-0,029	0,83
	N de casos válidos	44	
Total	Tau-b de Kendall	-0,003	0,982
	N de casos válidos	54	

Tabla 73: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad, sexo y AVD.

El análisis de la relación entre las variables sexo, grupo de edad y ACVD mediante el estadístico Tau-b de Kendall recogido en la tabla 73, mostró que la relación era nula ya que el valor de r estaba muy próximo a cero para las mujeres y la muestra global y muy debil e indirecta para los hombres sin relación estadísticamente significativa entre dichas variables.

Edad-dolor/malestar	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,026	0,807
N de casos válidos	54	

Tabla 74: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad y dolor.

Como puede apreciarse en la tabla 74, la relación entre ambas variables fue nula como indicó la $r=-0,026$. No existía relación estadísticamente significativa entre la edad y la dimensión “dolor/malestar” siendo el p valor 0,807.

Las edades con mayor afectación de esta dimensión fueron los 78 y 84 años.

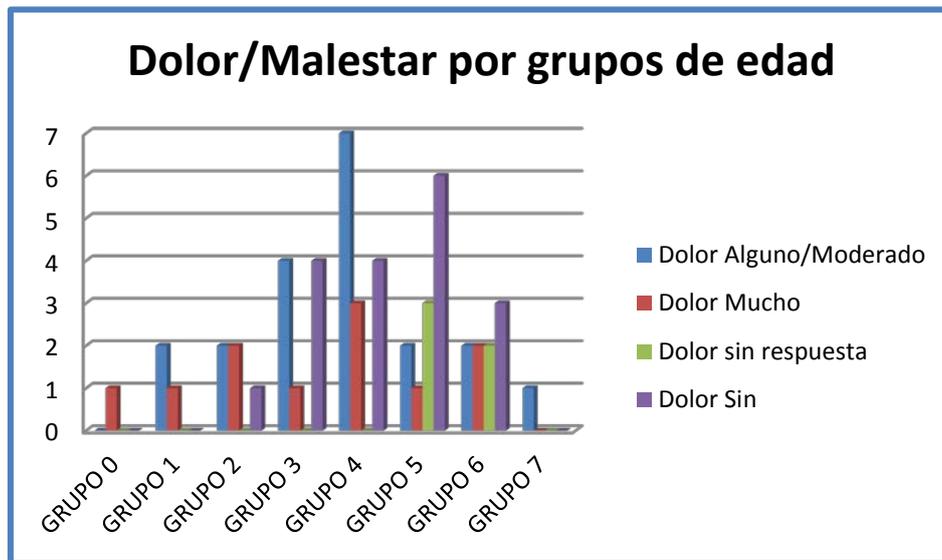


Gráfico 13: Dolor/malestar por grupos de edad.

El grupo 4 es el que presentó una mayor alteración en esta dimensión como recoge el gráfico 13.

Dolor/Malestar por grupos de edad	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	21,837a	0,409
Tau-b de Kendall	0,162	0,107

Tabla 75: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables dolor y grupos de edad.

Ambos estadísticos demostraron que la relación entre ambas variables no era estadísticamente significativa, tal y como se aprecia en la tabla 75.

Sexo-Grupos de edad-dolor	Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	14,500
	N de casos válidos	10
M	Chi-Cuadrado de Pearson	20,039
	N de casos válidos	44
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	21,837
	N de casos válidos	54

Tabla 76: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables dolor, sexo y grupos de edad.

Tal y como se aprecia en la tabla 76, no existió relación estadísticamente significativa ya que los p-valores son mayores de 0,05, es decir, las variables no tuvieron relación lineal.

Sexo-Grupos de edad-dolor		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	-0,198	0,568
	N de casos válidos	10	
M	Tau-b de Kendall	0,189	0,095
	N de casos válidos	44	
Total	Tau-b de Kendall	0,162	0,107
	N de casos válidos	54	

Tabla 77: Estadístico Tau-B de Kendall de las variables dolor, sexo y grupos de edad.

Como puede apreciarse en la tabla 77, la relación entre las variables fue débil como indicó el valor del estadístico Tau-b de Kendall, próximo a cero. No existió relación estadísticamente significativa ya que los p-valores fueron mayores de 0,05 aunque en el caso de las mujeres el p-valor se aproximó a la significación.

Edad-ansiedad/depresión	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,106	0,301
N de casos válidos	54	

Tabla 78: Estadístico Tau-B de Kendall de las variables edad y ansiedad.

Tal y como se observa en la tabla 78, el coeficiente de correlación entre la variable edad y ansiedad/depresión fue de $r=0,106$, la relación entre ambas variables fue muy débil y sin relación estadísticamente significativa tal y como indicó el p-valor de 0,301.

La edad de 78 años presentó una mayor frecuencia de sujetos con niveles moderados de ansiedad/depresión, mientras que los niveles mayores se dieron a los 73, 75, 84, 90 y 95 años.

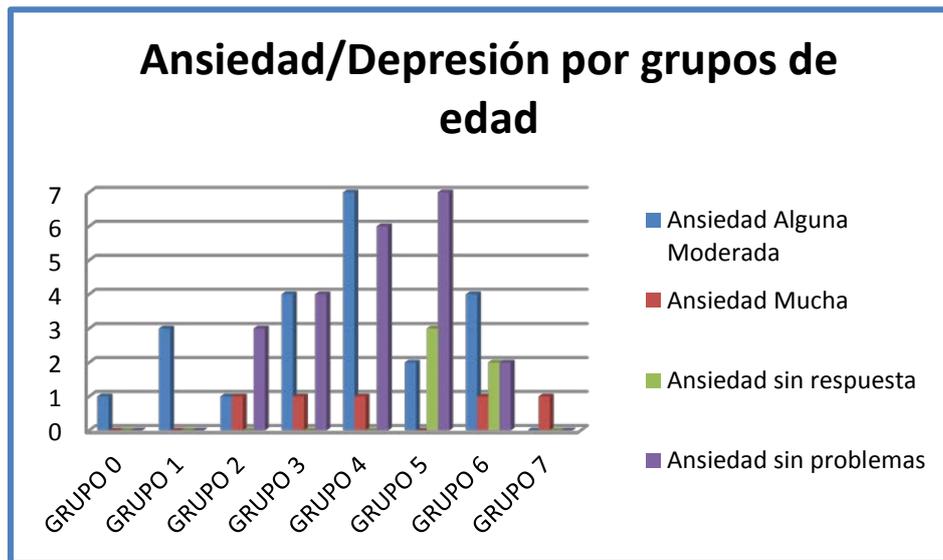


Gráfico 14. Ansiedad/depresión por grupos de edad.

Tal y como puede observarse en el gráfico 14, los grupos 2, 3, 4, 6 y 7 presentaron niveles elevados de ansiedad/depresión.

Ansiedad/Depresión por grupos de edad	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	29,684a	0,099
Tau-b de Kendall	0,081	0,459

Tabla 79: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables ansiedad y grupos de edad.

Como puede apreciarse en la tabla 79, El grupo edad y el grado de ansiedad del cuestionario EuroQol-5D obtuvieron un p-valor mediante el estadístico Chi-Cuadrado de 0,09, acercándose a la relación lineal. El estadístico Tau-b, puso de manifiesto que la relación entre las variables era muy débil y directa, sin significación estadística.

Ansiedad-Grupos de edad-sexo		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	17,778	0,123
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	21,031	0,278
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	29,684	0,099
	N de casos válidos	54	

Tabla 80: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables ansiedad, sexo y grupos de edad.

Según se observa en la tabla 80, la relación entre las variables sexo, edad y ansiedad no tuvo significación estadística para los hombres y las mujeres pero el total obtuvo un

p-valor mediante el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson de 0,09, acercándose a la relación lineal.

Ansiedad-Grupos de edad-sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,165	0,592
	N de casos válidos	10	
M	Tau-b de Kendall	0,035	0,786
	N de casos válidos	44	
Total	Tau-b de Kendall	0,081	0,459
	N de casos válidos	54	

Tabla 81: Estadístico tau-b de Kendall de las variables ansiedad, sexo y grupos de edad.

Como puede apreciarse en la tabla 81, al realizar el análisis de las variables ansiedad, grupos de edad y sexo mediante el estadístico Tau-b de Kendall no se obtuvieron valores estadísticamente significativos.

Edad-estado de salud hace un año	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,248	0,022
N de casos válidos	54	

Tabla 82: Estadístico tau-b de Kendall de las variables edad y estado de salud.

Como se puede observar en la tabla 82, el estadístico Tau b de Kendall mostró una relación estadísticamente significativa entre la edad y el estado de salud con un nivel de significación de 0,022, aunque dicha relación fue débil como indicó el valor de $r=0,248$.

Únicamente los sujetos de 63 y 87 años valoraron su estado de salud como mejor que hace un año.

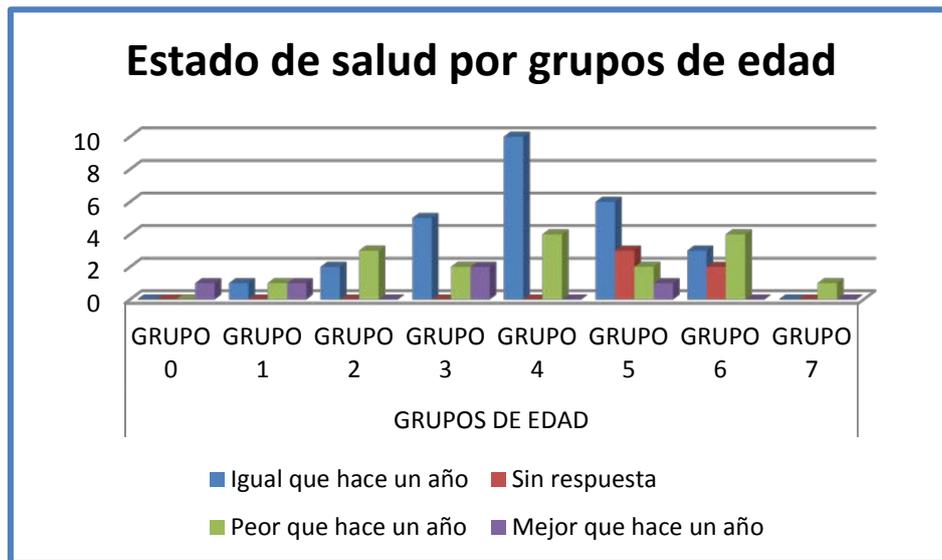


Gráfico15: Estado de salud actual en comparación con el de hace un año por grupos de edad.

La valoración que hicieron los participantes en el estudio de su estado de salud, analizado en base a grupos de edad del INE, fue diferente de un grupo a otro. Para el grupo 0 fue mejor, para el grupo 2, 6 y 7 fue ligeramente peor mientras que para los grupos 3,4 y 5 fue similar, tal y como muestra el gráfico 15.

Sexo-Grupos de edad-Estado de salud	Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	13,111
	N de casos válidos	10
M	Chi-Cuadrado de Pearson	27,461
	N de casos válidos	44
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	30,809
	N de casos válidos	54

Tabla 83: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables grupos de edad, sexo y estado de salud.

Tal y como se puede apreciar en la tabla 83, el análisis mediante el estadístico Chi-Cuadrado, mostró como en el grupo global el p valor se aproximaba a 0,05 aunque no era significativo (0,07). Al realizar la prueba según sexos se observó como la cercanía a la significación procedía del sexo femenino.

Sexo-Grupos de edad-Estado de salud	Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,115
	N de casos válidos	10
M	Tau-b de Kendall	-0,075

	N de casos válidos	44	
Total	Tau-b de Kendall	-0,053	0,667
	N de casos válidos	54	

Tabla 84: Estadístico tau-b de Kendall de las variables grupos de edad, sexo y estado de salud.

Como puede apreciarse en la tabla 84, la relación entre la valoración que hicieron los hombres de su estado de salud y la edad fue débil mientras que en el caso de las mujeres y el total de la muestra, fue muy débil como indicó el valor de r muy próximo a cero. En ningún caso estas relaciones tuvieron significación estadística.

Dimensiones Euro-QoI-Edad	Error estándar	Aprox	Tau d de Kendall
Movilidad	0.092	1.891	0.059
Cuidado personal	0.018	1.726	0.084
Actividades	0.101	1.108	0.268
Dolor	0.107	-0.244	0.807
Ansiedad	6.101	1.034	0.301
Estado de salud	0.106	2.285	0.022

Tabla 85: Resumen del estadístico tau-b de Kendall de las variables edad y dimensiones del cuestionario AF-5.

En la tabla 85, se muestra el resumen de los valores del estadístico Tau-b de Kendall entre las dimensiones del cuestionario EuroI QoI-5D y la variable independiente grupos de edad. Únicamente existió relación estadísticamente significativa entre las variables estado de salud y grupos de edad, siendo dicha relación débil.

Dimensiones del cuestionario SF-36 por sexo

		Función Física-sexo		Rol Físico-sexo		Dolor-sexo		Salud General-sexo	
		Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	14,625	0,067	2,813	0,59	10,5	0,232	13,5	0,334
	Tau-b de Kendall	0,417	0,032	0,292	0,303	0,22	0,355	0,423	0,355
	N de casos válidos	9		9		9		9	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	56,35	0,499	8,028	0,531	34,651	0,668	37,767	0,769
	Tau-b de Kendall	-0,182	0,12	-0,137	0,318	0,042	0,762	-0,057	0,664
	N de casos válidos	42		42		42		42	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	86,231	0,198	6,526	0,887	44,026	0,939	49,76	0,824
	Tau-b de Kendall	-0,092	0,366	-0,07	0,588	0,044	0,71	-0,039	0,71

		Vitalidad-sexo		Función social-sexo		Rol emocional-sexo		Bienestar emocional-sexo	
		Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	12,375	0,416	10,125	0,43	3,938	0,415	18	0,207
	Tau-b de Kendall	0,105	0,699	0,426	0,028	0,083	0,8	0,414	0,058
	N de casos válidos	9		9		9		9	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	47,194	0,383	19,604	0,719	6,432	0,696	79,484	0,026
	Tau-b de Kendall	0,043	0,722	-0,156	0,172	0,081	0,56	-0,093	0,467
	N de casos válidos	42		42		42		42	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	55,375	0,77	27,86	0,676	6,255	0,903	74,864	0,641
	Tau-b de Kendall	0,007	0,944	-0,078	0,445	0,07	0,588	-0,054	0,623

Tabla 86: Dimensiones del cuestionario SF-36 por sexo

Tal y como indicaban las tabla86, en la mayoría de los casos no se encontró relación lineal entre las dimensiones y el sexo. Excepto en el caso de las mujeres y la dimensión “bienestar emocional” (p valor de 0,026).

Respecto a la inferencia, solo se encontraron relaciones estadísticamente significativas para el sexo masculino en la dimensión “función social” (p valor de 0,028), y la dimensión “función física” (p valor de 0,032). Siendo en ambos casos una relación directa y moderada, $r=0,4$.

Dimensiones del cuestionario SF-36 por edad.

Estadístico	Función física- grupos edad		Rol físico-grupos edad		Dolor-grupos edad	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	86,231	0,198	6,526	0,887	44,026	0,939
Tau-b de Kendall	-0,092	0,366	-0,07	0,588	0,044	0,71
Estadístico	Salud General-grupos edad		Vitalidad-grupos edad		Función social-grupos edad	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	49,76	0,824	55,375	0,77	27,86	0,676
Tau-b de Kendall	-0,04	0,71	0,007	0,944	-0,08	0,445

Tabla 87: Análisis relación entre dimensiones SF-36 y grupos de edad

El análisis de la relación entre las dimensiones del cuestionario SF-36 y la variable cualitativa ordinal grupos de edad, no mostró en ninguno de los casos relaciones estadísticamente significativas tal y como puede apreciarse en la tabla 87.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico. Cuestionario MNA.

En relación al patrón nutricional.-metabólico, la relación entre la puntuación del cuestionario MNA, el sexo y grupos de edad es la siguiente:

	MNA-Sexo	Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	54	0,256
	N de casos válidos	9	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	525,417	0,266
	N de casos válidos	39	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	664	0,611
	N de casos válidos	48	

Tabla 88. Estadístico Chi-Cuadrado de las variables sexo y cuestionario MNA.

Tal y como muestra la tabla 88, no existió relación lineal entre la variable sexo y el estado nutricional.

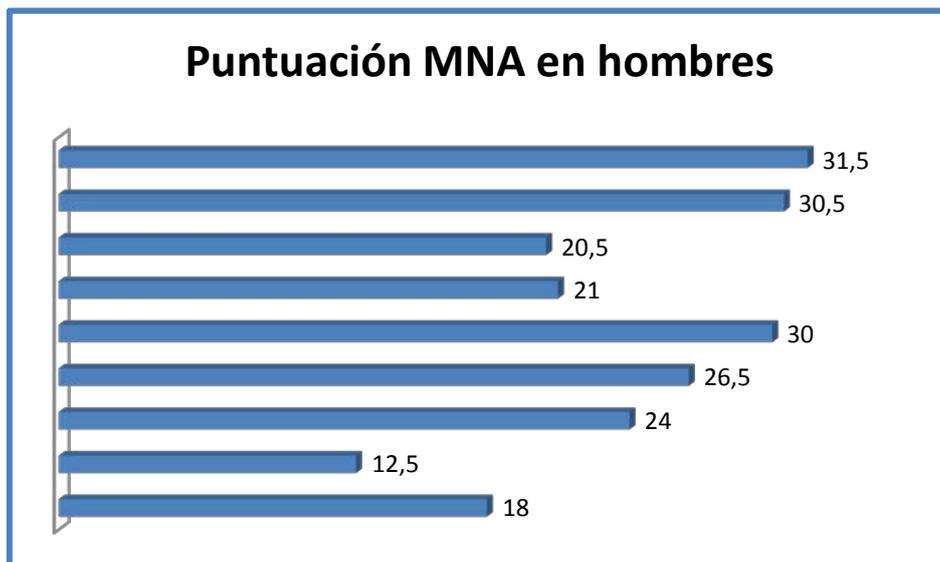


Gráfico 16: Puntuación MNA en hombres.

Tal y como puede observarse en el gráfico 16, el caso de los 9 hombres que componían la muestra, la puntuación osciló entre 12,5 y 31,5.

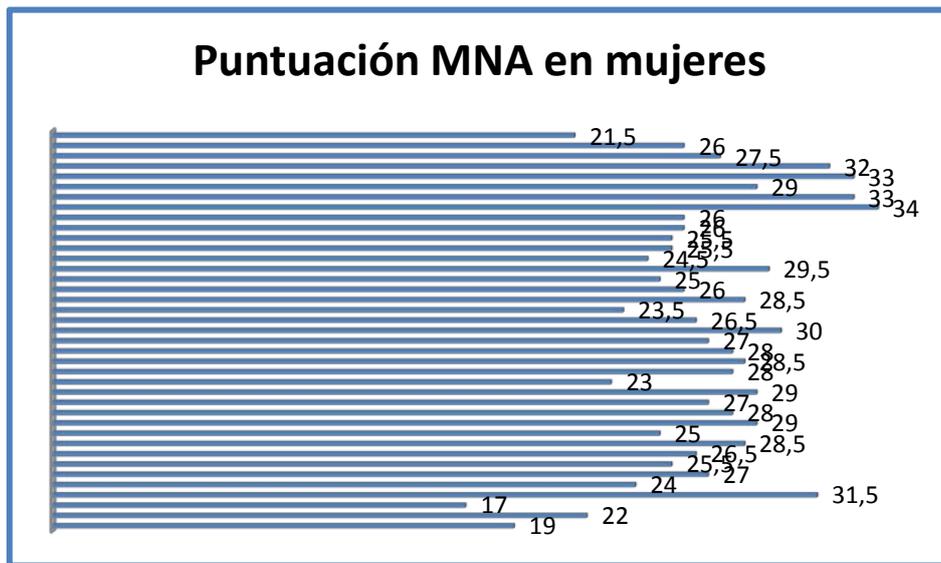


Gráfico 17: Puntuación MNA en mujeres.

Tal y como puede observarse en el gráfico 17, de las 39 mujeres que componían la muestra válida, las puntuaciones oscilaron entre 17 y 34.

Grupos de edad-MNA	
Correlación de Pearson	-0,069
Sig. (bilateral)	0,639
Rho de Spearman.	-0,079
Sig. (bilateral)	0,596
N	48

Tabla 89: Estadísticos de correlación de Pearson y Rho de Spearman entre las variables Edad y Puntuación total del MNA

Tal y como muestra la tabla 89, la relación entre las variables grupos de edad y puntuación total del MNA era muy débil e indirecta tal y como muestra la r de signo negativo y muy próxima a cero.

Patrón 3: Eliminación. Cuestionario de Incontinencia

Al ser cuestionarios diferentes para hombres y mujeres no tiene sentido analizar la influencia de la variable sexo en las respuestas del mismo.

Predicción incontinencia-grupos edad	Valor	Significación
Chi-Cuadrado de Pearson	22,037	0,142
Tau-b de Kendall	0,053	0,693

Tabla 90: Análisis de la relación entre las variables Predicción incontinencia-grupos edad

Tal y como puede observarse en la tabla 90, no se encontraron relaciones estadísticamente para el resultado del test de incontinencia y la variable categórica ordinal, grupos de edad.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio. Cuestionario BAECKE

Sexo -trabajo casero ligero	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,008	0,95
N de casos válidos	49	

Tabla 91: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y trabajo ligero del Cuestionario de Baecke.

Tal y como muestra el valor muy próximo a cero del estadístico Tau-b de Kendall, no existió relación entre el sexo y la actividad ligera, lo cual aparece recogido en la tabla 91.

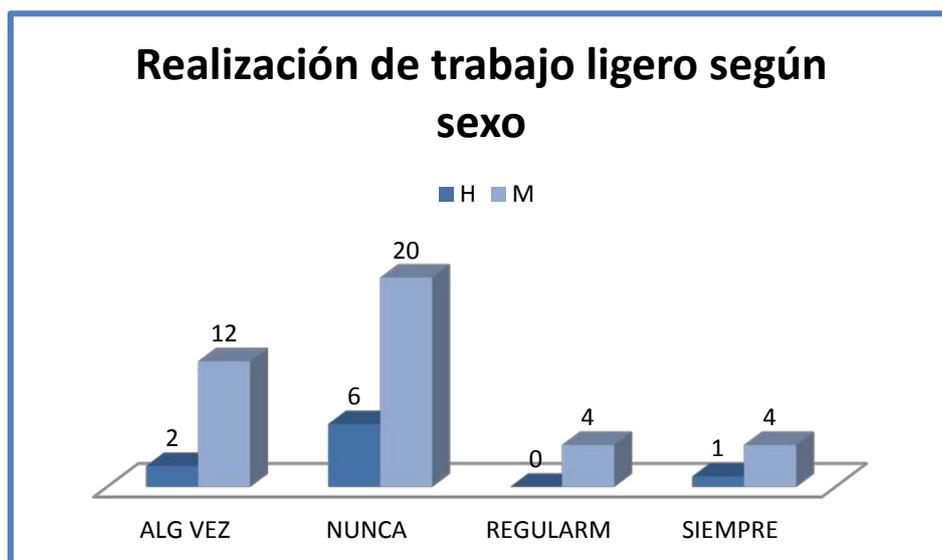


Gráfico 17: Realización de trabajo ligero por sexo.

Tal y como muestra el gráfico 17, tanto hombres como mujeres no realizaban trabajos ligeros en la mayoría de los casos.

Sexo -trabajos caseros pesados	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,005	0,963
N de casos válidos	49	

Tabla 92: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y trabajo pesado del Cuestionario de Baecke.

Tal y como puede observarse en la tabla 92, el estadístico Tau-b de Kendall mostró que no existía relación estadísticamente significativa entre el sexo y la realización de trabajos considerados pesados.

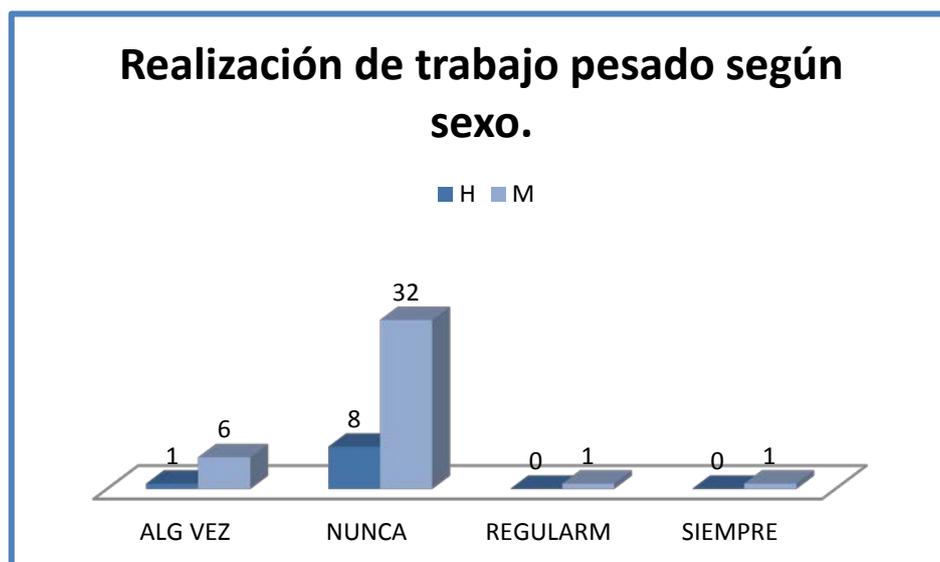


Gráfico 18: "Realización de trabajo pesado" por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 18, la mayoría de los participantes en el estudio no realizaban trabajos pesados, independientemente de cual fuera su sexo.

Sexo-medio transporte	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,043	0,804
N de casos válidos	49	

Tabla 93: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y "medio de transporte" del Cuestionario de Baecke.

Tal y como puede observarse en la tabla 93, el estadístico Tau-b de Kendall mostró que no existía relación estadísticamente significativa entre el sexo y el medio de transporte.

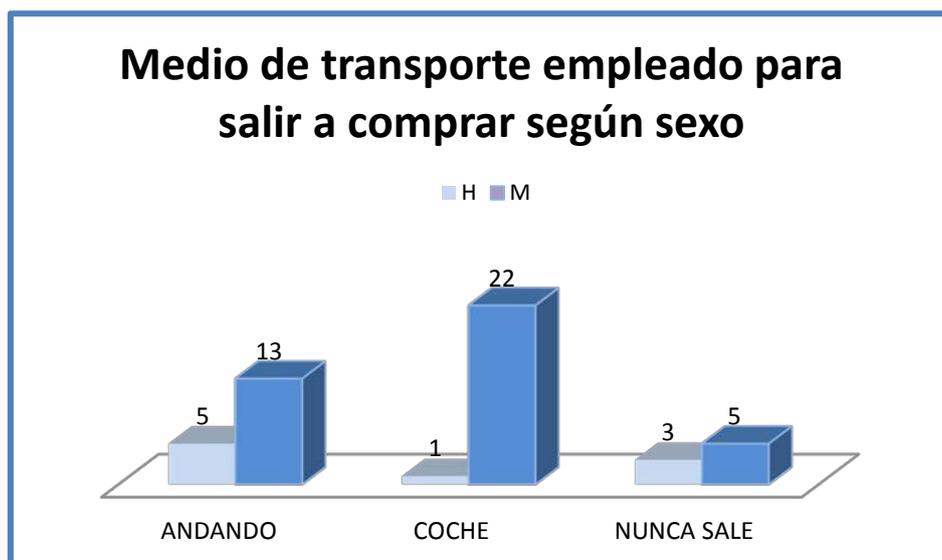


Gráfico 19: "Medio de transporte empleado para comprar" por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 19, los hombres se desplazaban caminando mientras que las mujeres lo hacían en el coche.

Cocina o ayuda a preparar la comida-sexo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,159	0,103
N de casos válidos	49	

Tabla 94: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y cocina o ayuda a preparar la comida del Cuestionario de Baecke.

Tal y como muestra la tabla 94, la relación entre la variable cocinar y la variable sexo era directa y débil ($r=0,159$), sin significación estadística.

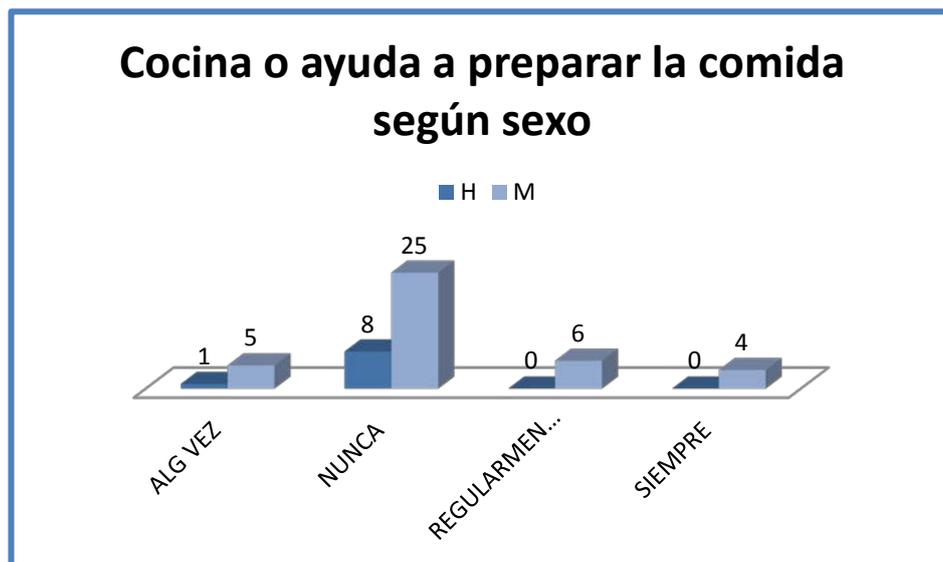


Gráfico 20: "Cocina o ayuda a preparar la comida" por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 20, la mayoría de los participantes en el estudio no realizaba tareas relacionadas con la preparación de alimentos.

Sexo- Comprar	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,229	0,063
N de casos válidos	49	

Tabla 95: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y comprar del Cuestionario de Baecke.

Tal y como muestra la tabla 95, la relación entre la variable comprar y la variable sexo era indirecta y débil ($r=-0,229$), con tendencia a la significación estadística.

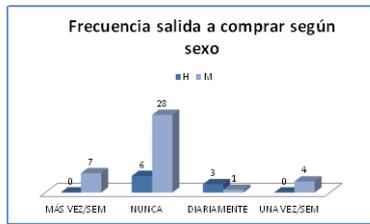


Gráfico 21: "Frecuencia salida a comprar" por sexo.

Sexo/transporte hacer compra	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,155	0,249
N de casos válidos	49	

Tabla 96: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y medio de transporte empleado para hacer la compra del Cuestionario de Baecke.

Tal y como muestra la tabla 96, la relación entre la variable transporte para realizar la compra y la variable sexo era indirecta y debil ($r=-0,155$), sin significación estadística.

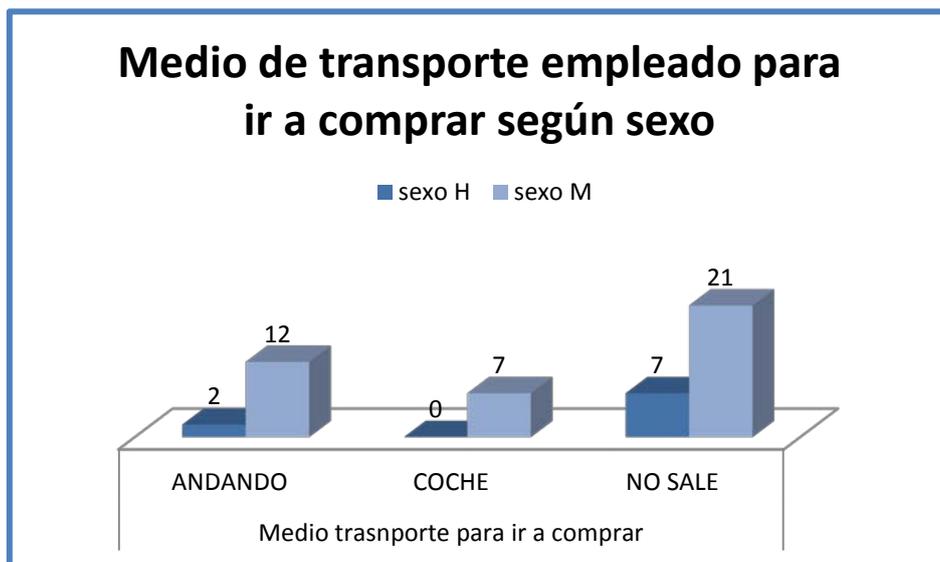


Gráfico 22: "Medio de transporte empleado para comprar" por sexo.

Patrón 5: Sueño – Descanso. Cuestionario de. Oviedo

En relación al patrón descanso-sueño valorado mediante el COS, los resultados según grupos de edad y sexo, son los que se muestran a continuación:

Puntuación total COS-sexo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,164	0,205
N de casos válidos	49	

Tabla 97: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables sexo y puntuación total del test de Oviedo.

Tal y como muestra la tabla 97, el coeficiente de correlación entre la puntuación total del cuestionario de Oviedo y el sexo fue de -0,164 con un p-valor de 0,205. No existía por tanto, relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

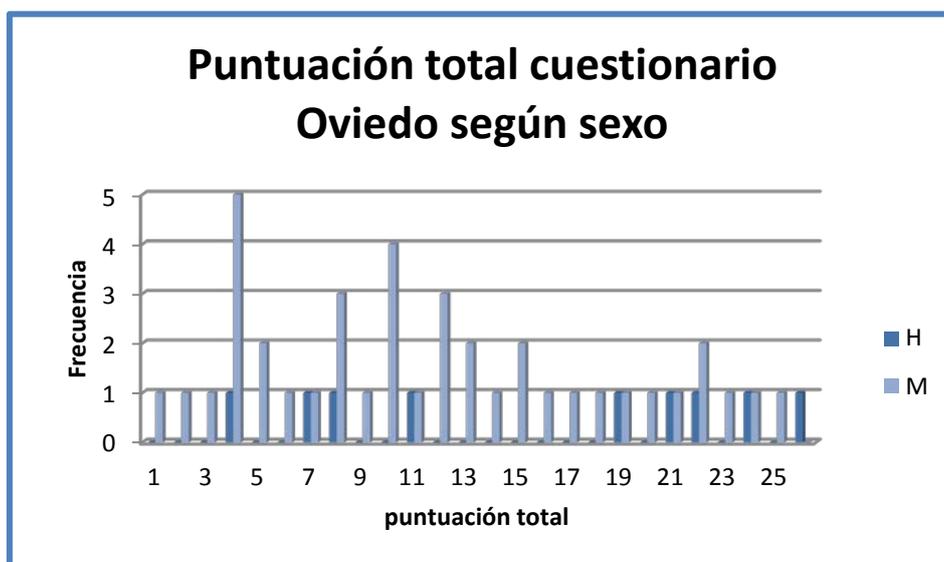


Gráfico 23: Puntuación test de Oviedo por sexo.

Tal y como se aprecia en el gráfico 23, las mujeres tenían una puntuación total del test con tendencia a valores más bajos que los hombres, los cuales obtuvieron puntuaciones superiores, teniendo por tanto más alteración.

La media de valores en el test de Oviedo entre hombre y mujer fue muy diferente: el hombre tuvo más alteración en el sueño que la mujer.

En el caso de los varones, el rango de puntuaciones osciló entre 18 y 57. Siendo la mediana 42. El primer cuartil se situó en 22 y el tercero en 48.

En el caso de las mujeres, el rango de puntuaciones osciló entre 13 y 54. Siendo la mediana 25. El primer cuartil se situó en 19 y el tercero en 38.

Puntuación total COS-Grupos de edad	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,057	0,594
Correlación de Spearman	0,111	0,449
N de casos válidos	49	

Tabla 98: Estadísticos Tau-b de Kendall y Spearman de las variables edad y puntuación total del test de Oviedo.

Tal y como puede observarse en la tabla 98, los diferentes estadísticos pusieron de manifiesto que no existía relación estadísticamente significativa entre las variables puntuación total del cuestionario de Oviedo y la edad.

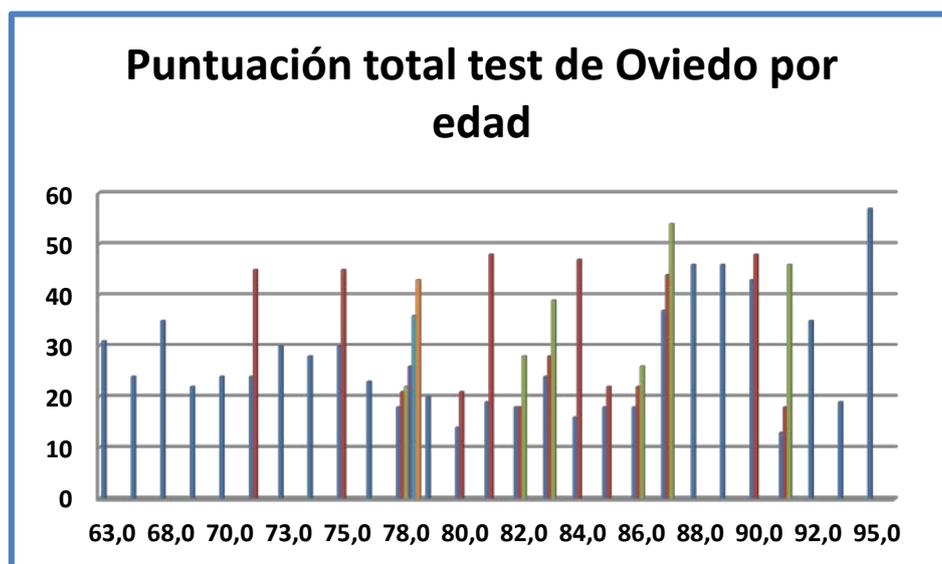


Gráfico 24: Puntuación test de Oviedo por edad.

En el gráfico 24, aparece representada la distribución de la puntuación total del COS por años de edad.

En relación a la dimensión “satisfacción subjetiva del sueño”:

Sexo – Satisfacción subjetiva sueño	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,01	0,938
N de casos válidos	49	

Tabla 99: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables sexo y satisfacción subjetiva del sueño, cuestionario de Oviedo.

Tal y como se observa en la tabla 99, el coeficiente de correlación entre la variable sexo y la dimensión satisfacción subjetiva del sueño del COS fue de $r=0,01$ con una p de 0,938. No existió relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

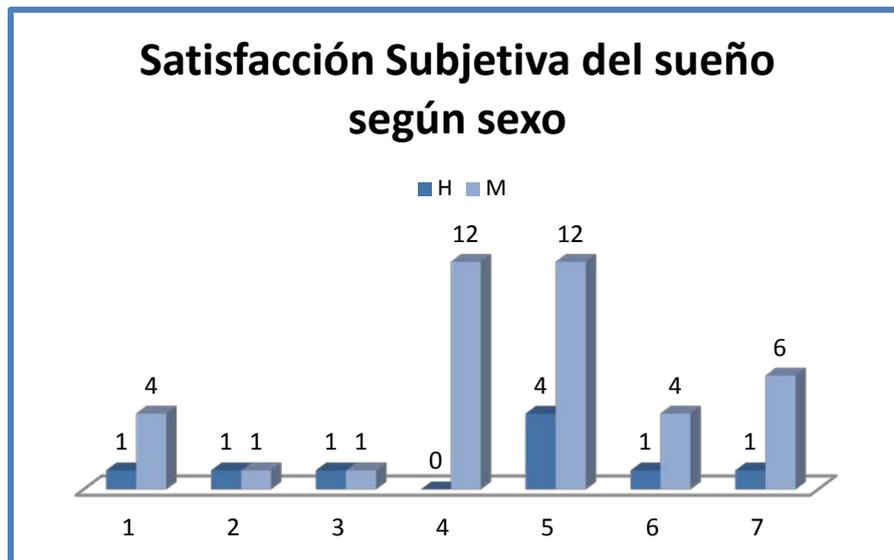


Gráfico 25: "Satisfacción subjetiva del sueño" por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 25, la mayoría de los pacientes de ambos sexos presentó puntuaciones intermedias. El 52,5% de las mujeres y el 55,5% de los hombres tuvieron puntuaciones comprendidas entre 3 y 5.

En la puntuación de la "satisfacción subjetiva del sueño" en función del sexo, los hombres y mujeres presentaron un valor medio muy similar. La diferencia radicó en la distribución de las puntuaciones, en el caso de los hombres los valores estaban comprendidos entre 1 y 7 y en el de las mujeres entre 2 y 7. Estando el primer y tercer cuartil en 3 y 5 para los hombres y 4 y 5,5 para las mujeres. La mediana tuvo un valor de 5 para ambos sexos.

Edad-satisfacción subj sueño	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,027	0,812
Correlación de Spearman	-0,04	,784
N de casos válidos	49	

Tabla 100: Estadísticos Tau-b de Kendall y Spearman de las variables edad y satisfacción subjetiva del sueño, cuestionario de Oviedo.

Tal y como se observa en la tabla 100, el coeficiente de correlación obtenido mediante diferentes estadísticos, entre la variables edad y satisfacción subjetiva sueño era

negativo y cercano a cero y con un p-valor que denotaba que no existía relación estadísticamente significativa.

En relación a la dimensión “insomnio”:

Sexo - Insomnio	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,144	0,302
N de casos válidos	49	

Tabla 101: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo e insomnio.

Tal y como puede observarse en la tabla 101, no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión “insomnio” del COS y el sexo.

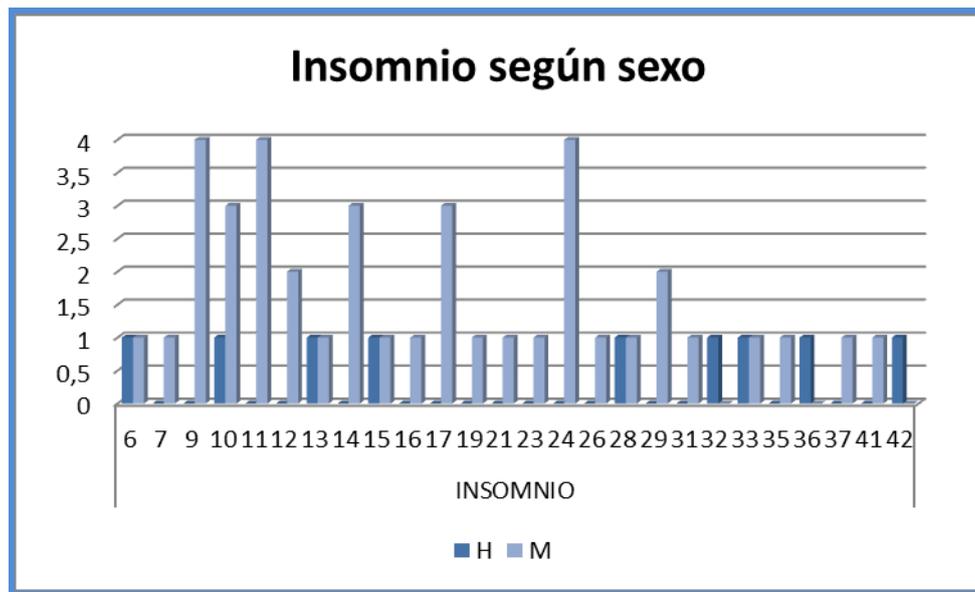


Gráfico 26: Puntuación Insomnio según sexo.

En la puntuación del “insomnio” en función del sexo, los hombres presentaron un valor medio superior al de las mujeres, por lo que sufrían mayor alteración en la misma. El rango de puntuaciones se encontró comprendido entre 5 y 41 para los hombres y 5 y 40 para las mujeres. El primer cuartil se encontró en 14 y el tercer cuartil en 34 para el sexo masculino. Mientras que en el caso del sexo femenino lo hizo en 11 y 24 respectivamente. La mediana para los hombres fue 28 y para las mujeres 15.

En relación a la dimensión “hipersomnio”:

Hipersomnio-sexo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,165	0,203
N de casos válidos	49	

Tabla 102: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables sexo e hipersomnio del test de Oviedo.

Tal y como puede observarse en la tabla 102, el coeficiente de correlación entre ambas variables fue de -0,165 con un p-valor de 0,203. No existieron por tanto diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la variable hipersomnio.

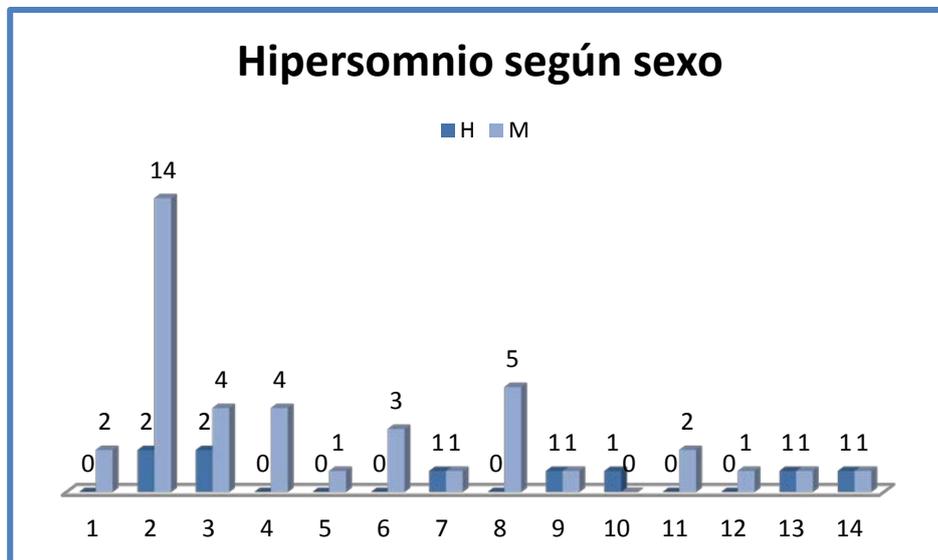


Gráfico 27: Puntuación hipersomnio por sexo.

En el gráfico 27 se pone de manifiesto que en la puntuación de la dimensión “hipersomnio” en función del sexo, los hombres tuvieron un rango comprendido entre 3 y 11, estando el primer cuartil situado en 4 y el tercer cuartil en 11; la media y la mediana coincidían en 8. En el caso de las mujeres, la puntuación se encontró comprendida entre 2 y 15, con el primer cuartil situado en 3 y el tercer cuartil en 9. La media fue 5,95 mientras que la mediana es 4.

Hipersomnio-edad	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,009	0,93
Correlación de Spearman	-0,002	,990
N de casos válidos	49	

Tabla 103: Estadísticos Tau-b de Kendall y Spearman de las variables edad e hipersomnio del test de Oviedo.

Tal y como puede observarse en la tabla 103, los distintos estadísticos de correlación entre las variables edad e hipersomnio evidenciaron que no existía relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

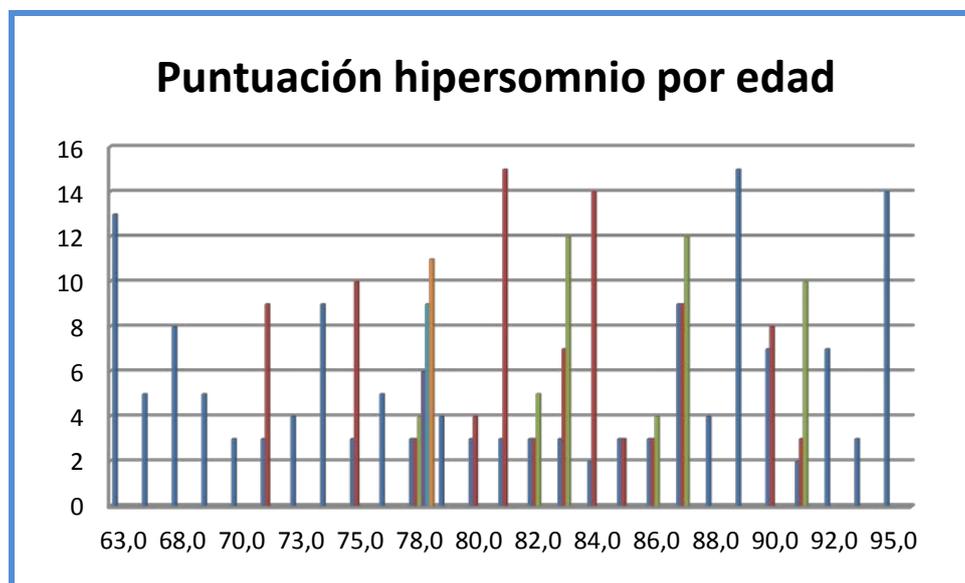


Gráfico 28: Puntuación Hipersomnio por edad.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual. Cuestionario MMSE/FV

Se analiza a continuación la relación entre la variable grupos de edad y la variable sexo y las dimensiones del cuestionario Mini-Mental.

Grupos de edad-MMSE	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,268	0,002
N de casos válidos	50	

Tabla 104: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables edad y puntuación total del MMSE.

Tal y como puede observarse en la tabla 104, la significación entre la variable edad y la puntuación global del MMSE en el estadístico Tau-b de Kendall fue de 0,002 lo que implica la existencia de relación significativa entre ambas variables, siendo esta relación inversa y moderada. Este resultado era esperable si se tienen en cuenta que a mayor edad mayor deterioro cognitivo.

Sexo-MMSE	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,04	0,737
N de casos válidos	50	

Tabla 105: Estadístico Tau-b de Kendall de las variables sexo y puntuación total del MMSE.

Tal y como se observa en la tabla 105, el coeficiente de correlación entre la variable sexo y MMSE fue $r=0,04$, lo que implicó que la relación entre las variables fuese nula y sin relación estadísticamente significativa.

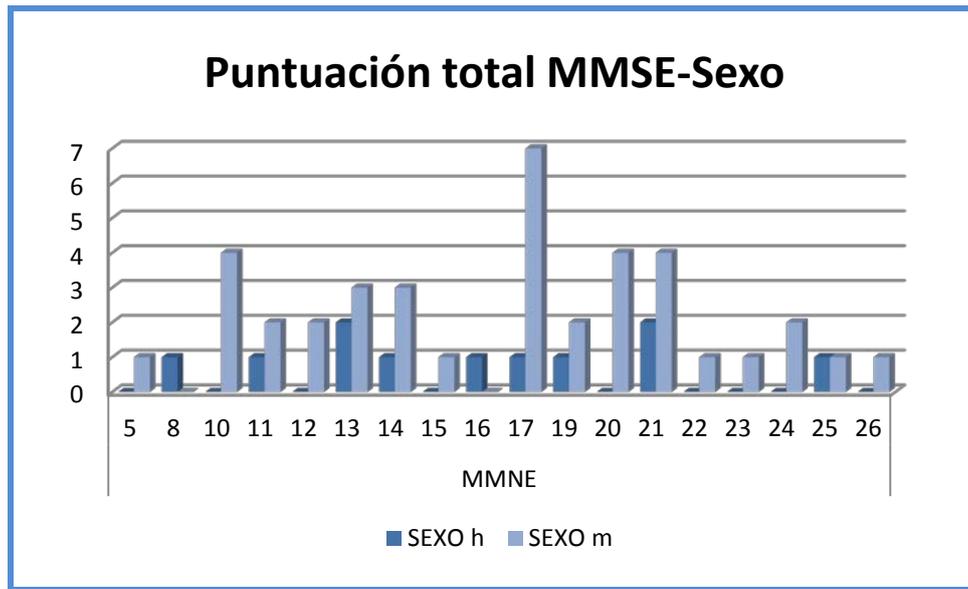


Gráfico 28: Puntuación MMSE por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 28, tanto hombres como mujeres tuvieron mayor porcentaje de puntuaciones intermedias.

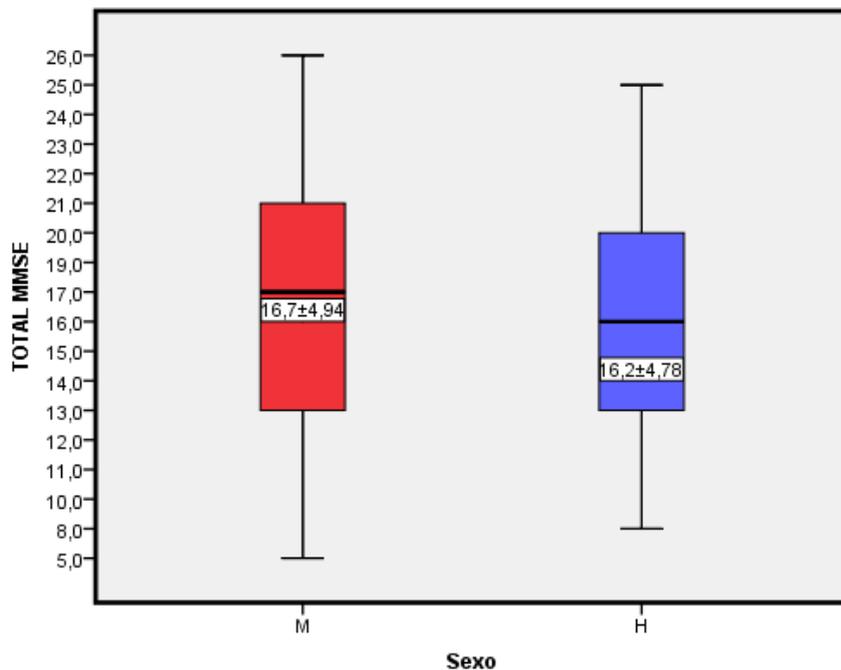


Gráfico 29: Diagrama de barras MMSE por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 29, el rango de puntuaciones fue similar en ambos sexos; aunque en el caso de las mujeres el rango era mayor, siendo el valor mínimo de 5 y el máximo de 26; el primer cuartil fue 13 y el tercer cuartil 21. La mediana fue 17 y la media 16,69.

En el caso de los hombres, el rango de puntuaciones estuvo comprendido entre 8 y 25, primer y tercer cuartil se correspondió con 13 y 20 respectivamente. La mediana fue 16 y la media 16,18.

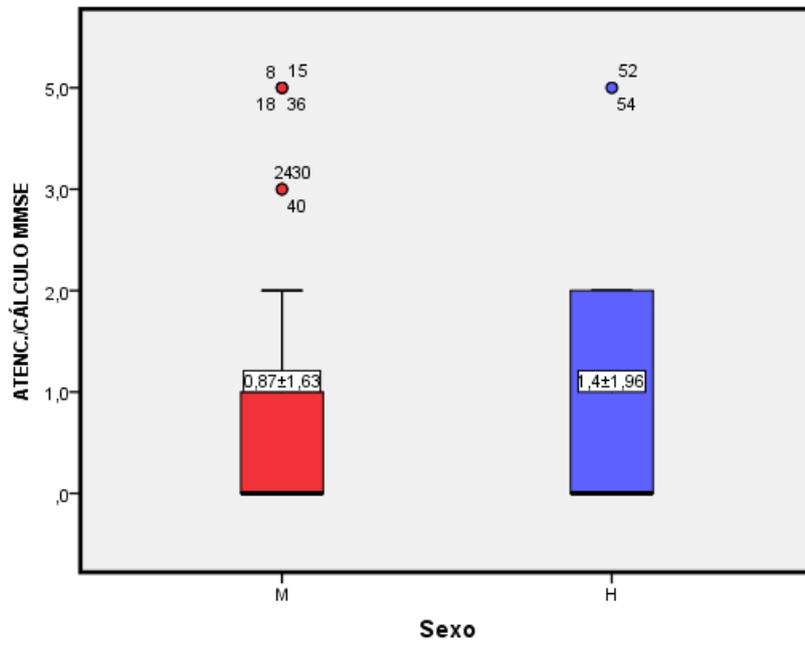


Gráfico 30: Diagrama de barras de la dimensión "atención/cálculo" del MMSE por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 30, La media de las mujeres 0,87 fue inferior a la de los hombres 1,27 para esta dimensión del Mini Mental. El rango de respuestas para ambos sexos se halló comprendido entre 0 y 5. El primer cuartil fue 0 para hombres y mujeres, el tercer cuartil se correspondió con 1,5 en el caso de los hombres y con 1 en el de las mujeres.

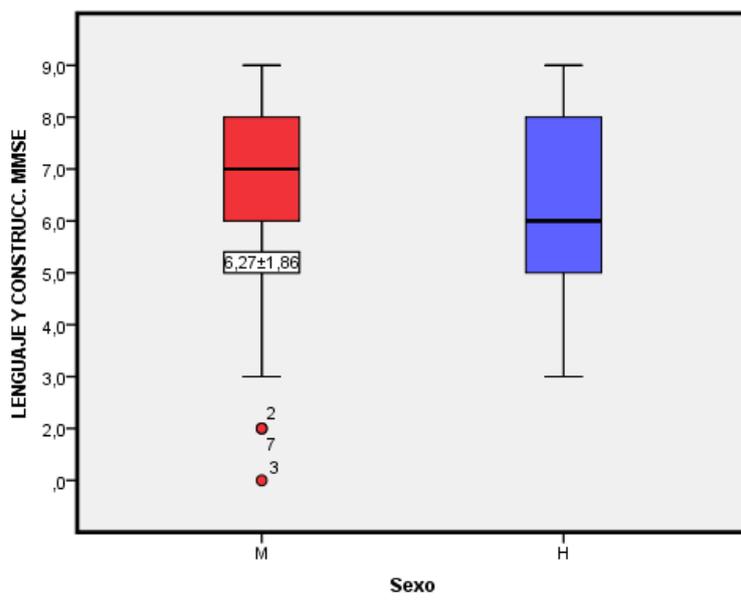


Gráfico 31: Diagrama de barras de la dimensión “lenguaje y construcción” del MMSE por sexo.

Como se puede observar en el gráfico 31, en los sujetos que componían la muestra, la puntuación media en la dimensión “lenguaje y construcción” en el test de MMSE fue mayor en las mujeres 6,79 que en los hombres 6,27.

El rango de puntuación osciló entre 3 y 9 para los hombres y entre 0 y 9 para las mujeres. Los cuartiles primero y tercero fueron 5 y 7,5 para los hombres y 6 y 8 para las mujeres. La mediana fue 6 en el caso de los hombres y 7 para las mujeres.

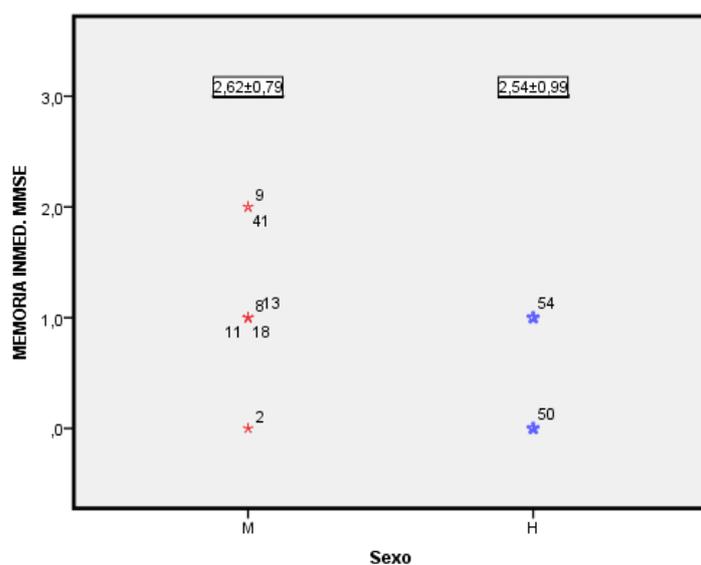


Gráfico 32: Diagrama de barras de la dimensión “memoria inmediata” del MMSE por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 32, La mediana a dimensión “memoria inmediata” en los hombres fue de 2,54 y la de las mujeres es de 2,61. En ambos casos el rango de respuestas se encontró entre 0 y 3 puntos. La mediana para ambos sexos fue 3.

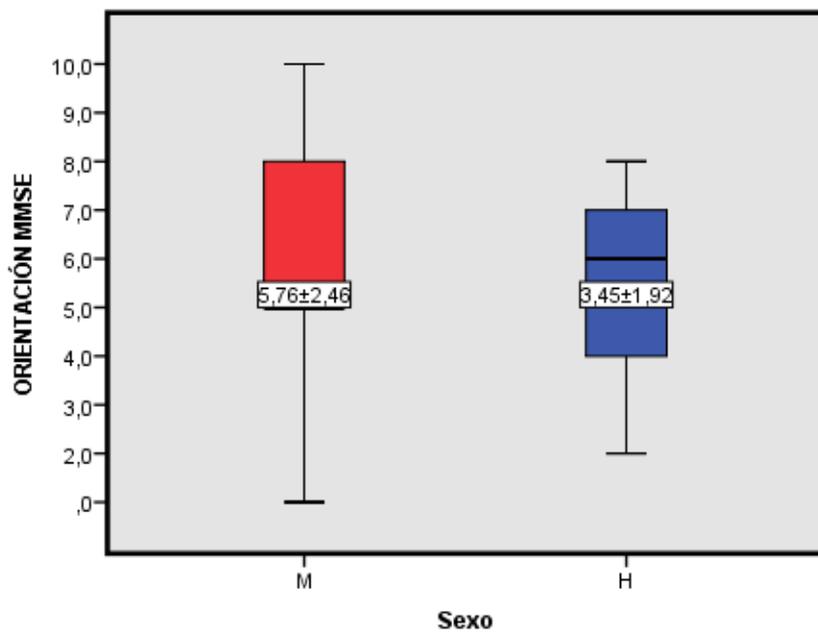


Gráfico 33: Diagrama de barras de la dimensión “orientación” del MMSE por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 33, en los sujetos de la muestra la puntuación media fue mayor en las mujeres que en los hombres. El rango de respuestas osciló entre 2 y 8 para los hombres, con una puntuación media de 5,45 siendo el primer cuartil 4 y el tercero 7; mientras que el rango de puntuación de las mujeres se encontró comprendido entre 0 y 10 con una media de 5,77. El primer y tercer cuartil se correspondió con 5 y 8 respectivamente. La mediana para los hombres fue 6 y para las mujeres 5.

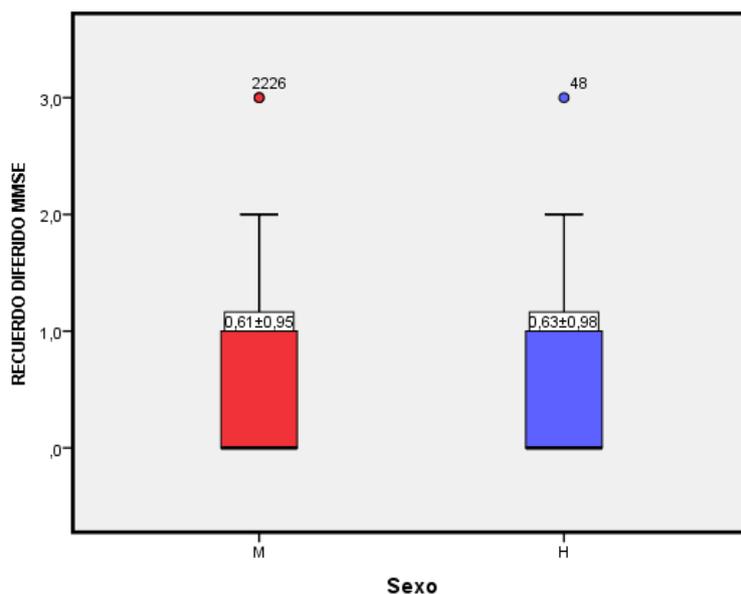


Gráfico 34: Diagrama de barras de la dimensión “recuerdo diferido” del MMSE por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 34, en la dimensión “recuerdo diferido” no existió prácticamente diferencia entre sexos. En ambos casos la puntuación osciló entre 0 y 3 y la mediana fue 0. También coincidieron el primer y tercer cuartil en 0 y 1.

En relación a la prueba de evaluación de la fluidez verbal:

Sexo - FV	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,193	0,054
N de casos válidos	49	

Tabla 106: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y frecuencia verbal.

Tal y como puede observarse en la tabla 106, la correlación con una r de 0,193 entre la variable cualitativa sexo y la cuantitativa FV mostró una relación muy débil con un p-valor de 0,054 que se aproximó a la significación estadística.

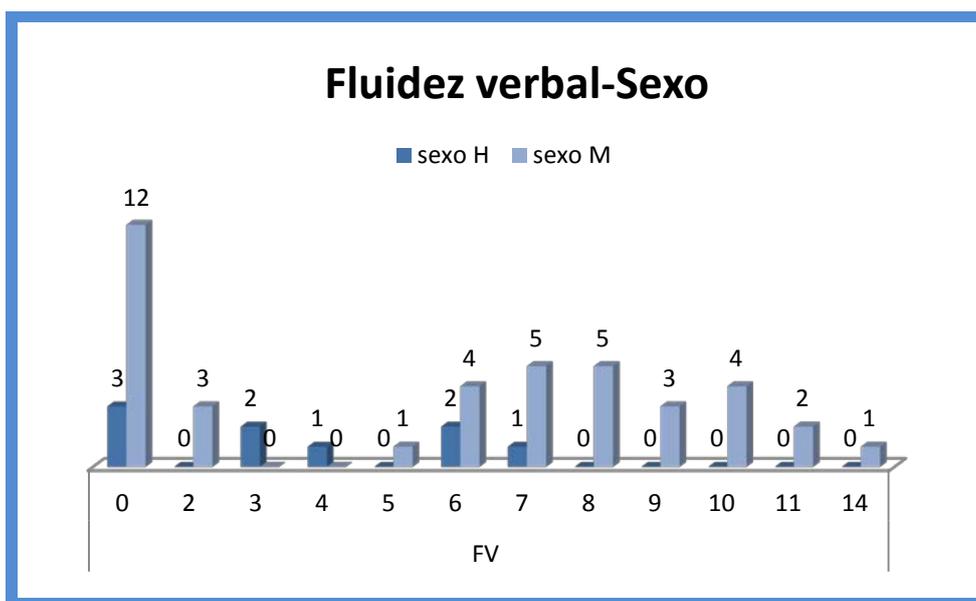


Gráfico 35: Fluidez verbal por sexo.

Tal y como se aprecia en el gráfico 35, tanto hombres como mujeres presentaron una mayor frecuencia para 0 términos.

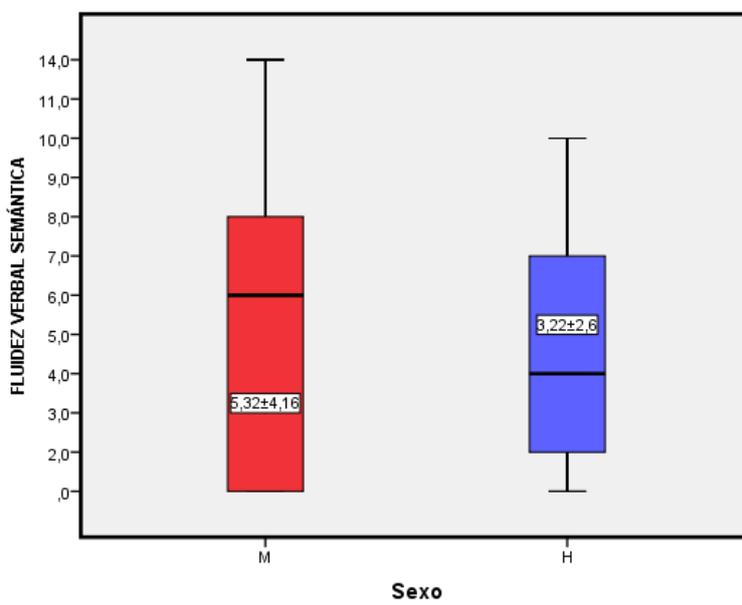


Gráfico 36: Diagrama de barras Fluidez verbal por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 36 que representa la variable sexo (cualitativa) frente al valor del Test de FV (cuantitativa) la media en las mujeres presentó un valor medio más alto que los hombres. El rango de puntuaciones fue más

amplio para el sexo femenino (0,14) mientras que en el caso de los hombres el primer valor fue cero y el último 7. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 0 y 8 respectivamente, en el caso de los hombres fue 0 y 6. La mediana en el caso de los varones fue 3 y para las mujeres fue 6,5.

Edad-FV	
Correlación de Pearson	-0,048
Sig. (bilateral)	0,743
N	49
Rho de Spearman	-0,098
Sig. (bilateral)	0,502
N	49

Tabla 107: Estadísticos Coeficiente de correlación de Pearson y Rho de Spearman de las variables edad y fluencia verbal.

Tal y como muestran los estadísticos (paramétricos y no paramétricos) en la tabla 107, la relación entre ambas variables cuantitativas era inversa y muy débil, sin relación estadísticamente significativa.

Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto. Cuestionario AF-5

Se presenta a continuación la relación entre las distintas dimensiones del cuestionario AF-5 que valora el autoconcepto y las variables sociodemográficas, sexo y edad:

Act Acad Lab del AF5-sexo*		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,4	0,174
	Correlación de Spearman	0,539	0,168
	N de casos válidos	8	
M	Tau-b de Kendall	0,476	0,00
	Correlación de Spearman	0,631	0,00
	N de casos válidos	40	
Total	Tau-b de Kendall	0,451	0,00
	Correlación de Spearman	0,601	0,00
	N de casos válidos	48	

Tabla 108: Estadísticos tau-b de Kendall, Spearman de las variables sexo y actividad laboral del cuestionario AF-5.

Tal y como se muestra en la tabla 108, en el caso de los hombres, los estadísticos mostraron una relación directa y moderada, es decir, a mayor edad mayor actividad

académica y laboral pero sin significación estadística. Para las mujeres, la relación fue moderada y directa, con significación estadística. En el total de los sujetos participantes también existió una relación directa y moderada entre las variables, dicha relación no se debía al azar ya que es estadísticamente significativa.

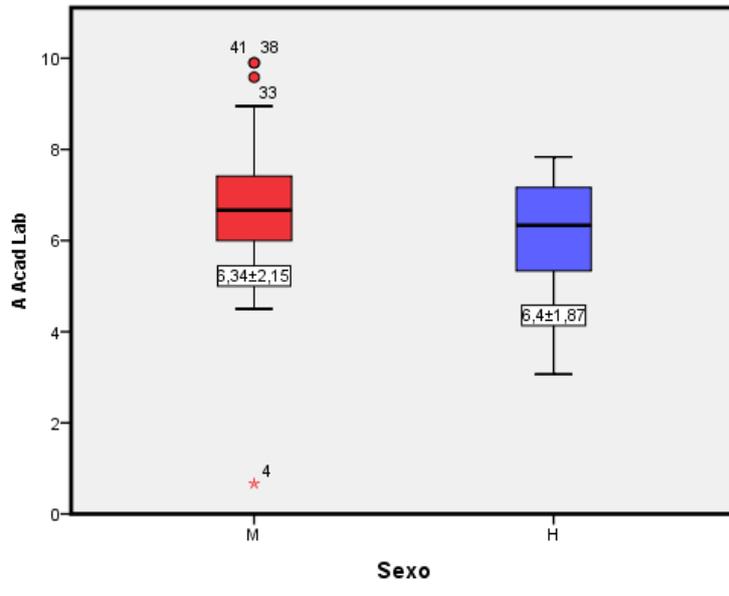


Gráfico 37: Diagrama de barras de la dimensión “actividad laboral” por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 37 que representa la variable “actividad laboral” (cuantitativa) en función de la variable sexo (cualitativa), la media en las mujeres presentó un valor medio ligeramente inferior (6,34) al de los hombres (6,4). El rango de puntuaciones fue más amplio para el sexo masculino (3,9) mientras que en el caso de las mujeres el primer valor fue 4,5 y el último 9. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 6 y 7 respectivamente, en el caso de los hombres fue 5,5 y 7,5. La mediana en el caso de los varones fue 7 y para las mujeres fue 6,5.

Act Soc del AF5 -sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,643	0,00
	Correlación de Spearman	0,786	,021
	N de casos válidos	8	
M	Tau-b de Kendall	0,624	0,00
	Correlación de Spearman	0,804	,000
	N de casos válidos	40	
Total	Tau-b de Kendall	0,61	0,00
	Correlación de Spearman	0,784	,000
	N de casos válidos	48	

Tabla 109: Estadísticos Tau-b de Kendall, Spearman y R de Pearson de las variables sexo y actividad social del cuestionario AF-5.

Tal y como se muestra en la tabla 109, en el caso de los hombres, los estadísticos mostraron una relación directa y fuerte, estadísticamente significativa, es decir, a más edad mayor actividad social. Para las mujeres, la relación era fuerte y directa, estadísticamente significativa. En el total de los sujetos participantes también existió una relación directa y moderada entre las variables, dicha relación no se debía al azar ya que fue estadísticamente significativa.

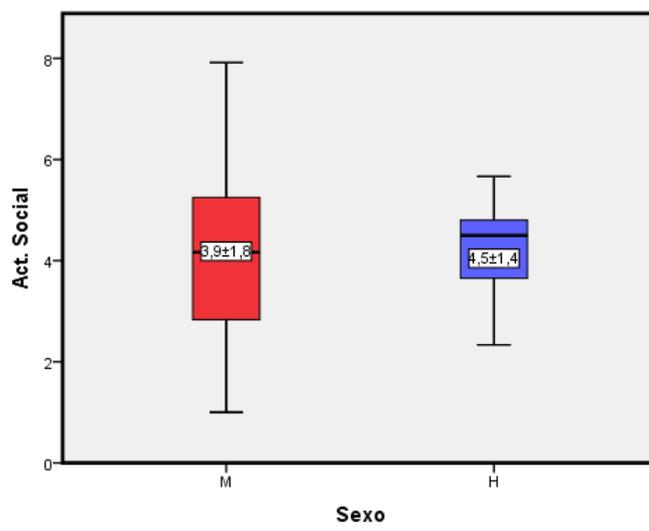


Gráfico 38: Diagrama de barras de la de la dimensión "actividad social" por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 38 que representa la variable "actividad social" (cuantitativa) en función de la variable sexo (cualitativa), la media en las mujeres presentó un valor medio inferior (3,9) al de los hombres (4,5). El rango de puntuaciones fue más amplio para el sexo femenino (0,8) mientras que en el caso de los hombres el primer valor fue 2,25 y el último 7. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 2,5 y 5 respectivamente, en el caso de los hombres fue 3,8 y 5,8. La mediana en el caso de los varones fue 5 y para las mujeres fue 4.

Act Emoc del AF5 -sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,546	0,04
	Correlación de Spearman	0,683	0,062
	N de casos válidos	8	
M	Tau-b de Kendall	0,106	0,401
	Correlación de Spearman	0,171	0,293
	N de casos válidos	40	
Total	Tau-b de Kendall	0,186	0,105
	Correlación de Spearman	0,264	0,07
	N de casos válidos	48	

Tabla 110: Estadísticos tau-b de Kendall y Spearman de las variables sexo y actividad emocional del cuestionario AF-5.

Tal y como se muestra en la tabla 110, en el caso de los hombres, el estadístico Tau-b mostró una relación directa y fuerte, estadísticamente significativa, es decir, a más edad mayor actividad emocional. Para las mujeres, la relación no fue estadísticamente significativa. En el total de los sujetos participantes los distintos estadísticos no mostraron relación estadísticamente significativa.

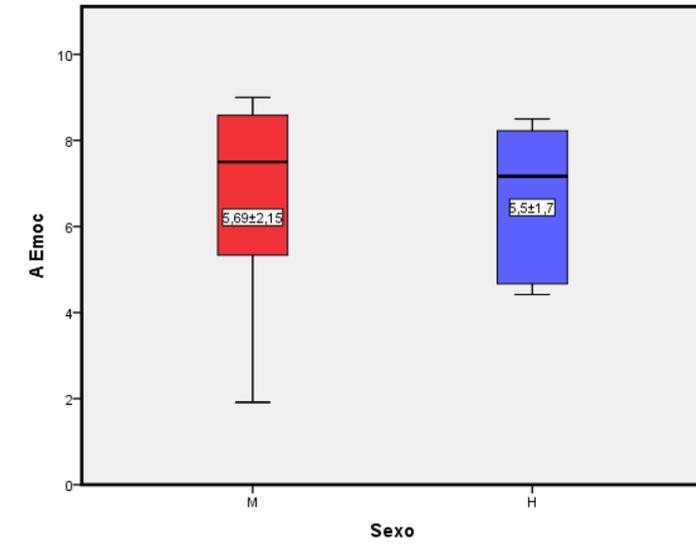


Gráfico 39: Diagrama de barras de la de la dimensión "actividad emocional" por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 39 que representa la variable actividad emocional (cuantitativa) en función de la variable sexo (cualitativa), la media en las mujeres presentó un valor medio ligeramente superior (5,7) al de los hombres (5,5). El rango de puntuaciones fue más amplio para el sexo femenino (2,10) mientras que en el caso de los hombres el primer valor fue 4,5 y el último 8,2. El primer y tercer cuartil

para las mujeres fue 5 y 9 respectivamente; en el caso de los hombres fue 4,5 y 8. La mediana en el caso de los varones fue 7 y para las mujeres fue 8.

Act Fam del AF5- sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,786	0,00
	Correlación de Spearman	0,905	0,002
	N de casos válidos	8	
M	Tau-b de Kendall	0,525	0,00
	Correlación de Spearman	0,665	0,00
	N de casos válidos	40	
Total	Tau-b de Kendall	0,552	0,00
	Correlación de Spearman	0,705	0,00
	N de casos válidos	48	

Tabla 111: Estadísticos Tau-b de Kendall y Spearman de las variables sexo y actividad familiar del cuestionario AF-5.

Tal y como se muestra en la tabla 111, la relación entre las variables fue fuerte y directa con significación estadística para los hombres, en el caso de las mujeres la relación fue directa y moderada igual que ocurría para el total de la muestra. En todos los casos existió relación estadísticamente significativa.

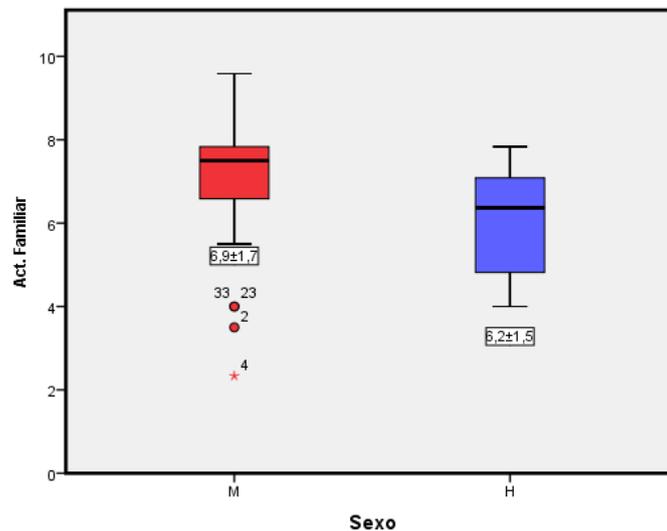


Gráfico 40: Diagrama de barras de la de la dimensión "actividad familiar" por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 40 que representa la variable "actividad familiar" (cuantitativa) en función de la variable sexo (cualitativa), la media en las mujeres presentó un valor superior (6,9) al de los hombres (6,2). El rango de

puntuaciones fue más amplio para el sexo femenino (4,10) mientras que en el caso de los hombres el primer valor fue 4 y el último 8. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 6,5 y 8 respectivamente; en el caso de los hombres fue 5 y 7,8. La mediana en el caso de los varones fue 6,5 y para las mujeres fue 7,5.

Act Fis del AF5 -sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	0,857	0,00
	Correlación de Spearman	0,929	0,001
	N de casos válidos	8	
M	Tau-b de Kendall	0,489	0,00
	Correlación de Spearman	0,636	0,00
	N de casos válidos	40	
Total	Tau-b de Kendall	0,568	0,00
	Correlación de Spearman	0,726	0,00
	N de casos válidos	48	

Tabla 112: Estadísticos Tau-b de Kendall y Spearman de las variables sexo y actividad física del cuestionario AF-5.

Tal y como se muestra en la tabla 112, la relación entre las variables fue fuerte y directa con significación estadística para los hombres mientras que para las mujeres y la muestra global fue directa y moderada, con significación estadística.

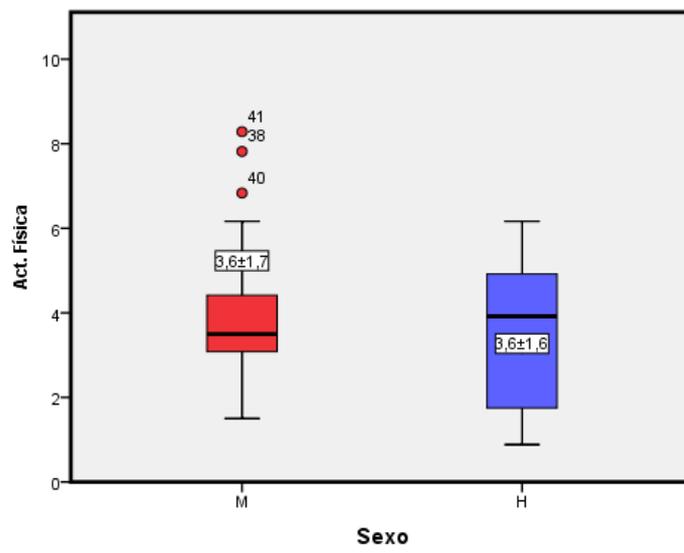


Gráfico 41: Diagrama de barras de la de la dimensión "actividad física" por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 41 que representa la variable “actividad física” (cuantitativa) en función de la variable sexo (cualitativa), la media en las mujeres presentó un valor similar al de los hombres. El rango de puntuaciones fue más amplio para el sexo masculino (1,7) mientras que en el caso de las mujeres el primer valor fue 1,5 y el último 6. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 3 y 4 respectivamente; en el caso de los hombres fue 2 y 6. La mediana en el caso de los varones fue 4 y para las mujeres fue 3,5.

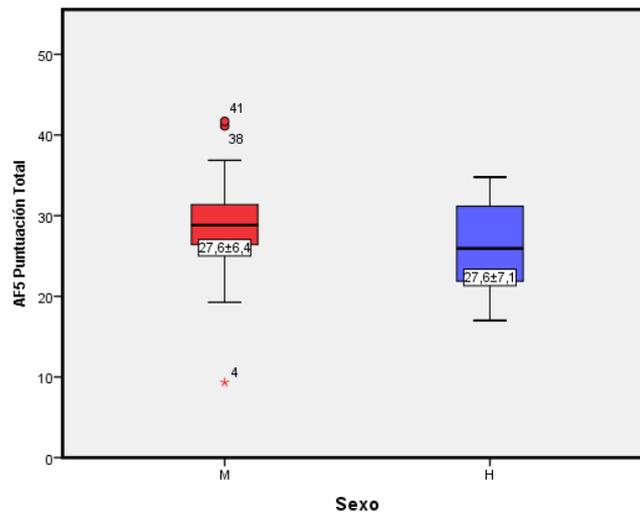


Gráfico 42: Diagrama de barras de la puntuación total de AF-5 por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 42 que representa la puntuación total del cuestionario AF-5 (cuantitativa) en función de la variable sexo (cualitativa), la media en las mujeres presentó un valor similar al de los hombres. El rango de puntuaciones fue más amplio para el sexo masculino (16,37) mientras que en el caso de las mujeres el primer valor fue 19 y el último 35. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 26 y 30 respectivamente; en el caso de los hombres fue 21 y 34. La mediana en el caso de los varones fue 27 y para las mujeres fue 28.

Patrón 8: Rol – Relaciones. Cuestionario Apgar Familiar

Se presenta a continuación la relación entre el cuestionario Apgar Familiar y las variables sexo y edad.

Apgar familiar-sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Tau-b de Kendall	-0,632	0,00
	N de casos válidos	9	
M	Tau-b de Kendall	-0,597	0,00
	N de casos válidos	39	
Total	Tau-b de Kendall	-0,597	0,00
	N de casos válidos	48	

Tabla 113 Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y Apgar familiar.

Tal y como indica la tabla 113, la relación era inversa y fuerte tanto para hombres y mujeres como para el grupo completo con un p-valor de 0,00.

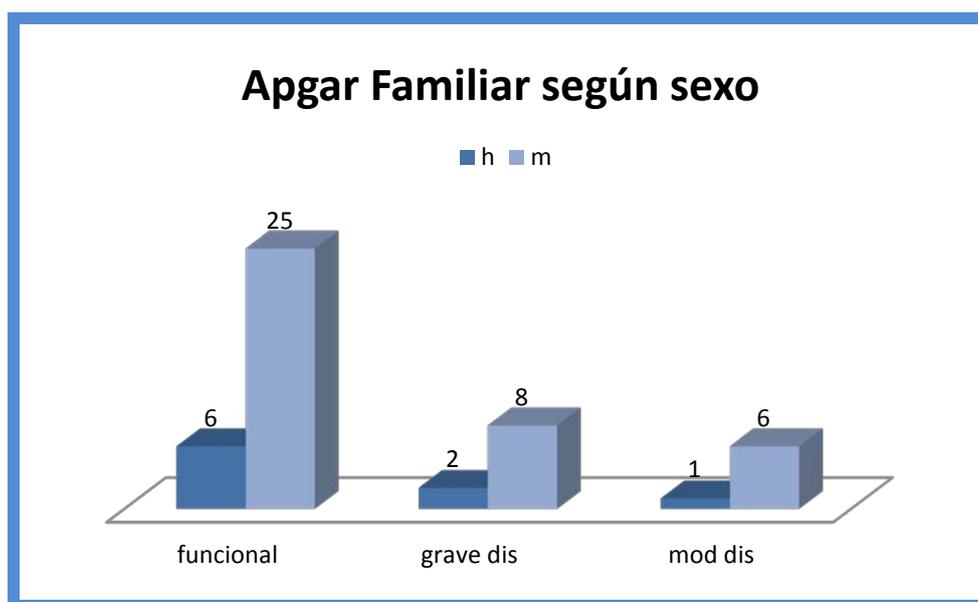


Gráfico 43: Categorías de Apgar Familiar por sexo.

Tal y como puede observarse en el gráfico 43, los pacientes de sexo masculino valoraban mejor a su familia.

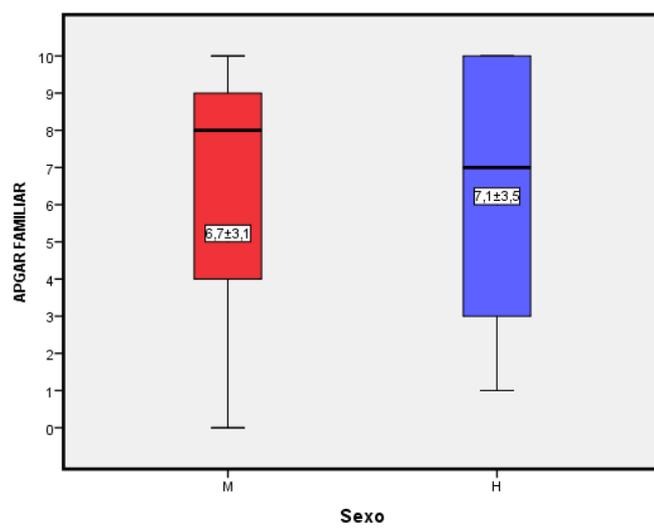


Gráfico 44: Diagrama de barras del Apgar Familiar por sexo.

Como podemos observar en el gráfico 44 que representa la puntuación del cuestionario Apgar Familiar (cuantitativa) en función de la variable sexo (cualitativa), la media en las mujeres presentó un valor inferior (6,7) al de los hombres (7,1). El rango de puntuaciones fue más amplio para el sexo femenino (0,10) mientras que en el caso de los hombres el primer valor fue 1 y el último 10. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 4 y 9,5 respectivamente; en el caso de los hombres fue 6 y 10. La mediana en el caso de los varones fue 9 y para las mujeres fue 8.

Apgar Familiar-edad	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,111	0,317
N de casos válidos	48	

Tabla 114: Estadístico tau-b de Kendall de las edad y Apgar familiar.

Tal y como se muestra en la tabla 114, la relación entre ambas variables es directa y muy débil, sin significación estadística.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés. Cuestionario Golberg

En relación al cuestionario de Golberg, se presenta a continuación la relación entre las dimensiones y la puntuación total con las variables independientes sexo y edad.

Sexo – Total Golberg	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,028	0,858
N de casos válidos	48	

Tabla 115: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y puntuación total del cuestionario de Golberg.

Tal y como se observa en la tabla 115, el valor del estadístico Tau-b de Kendall indicó que la relación entre las variables sexo y puntuación total del cuestionario de Golberg era nula y sin significación estadística.

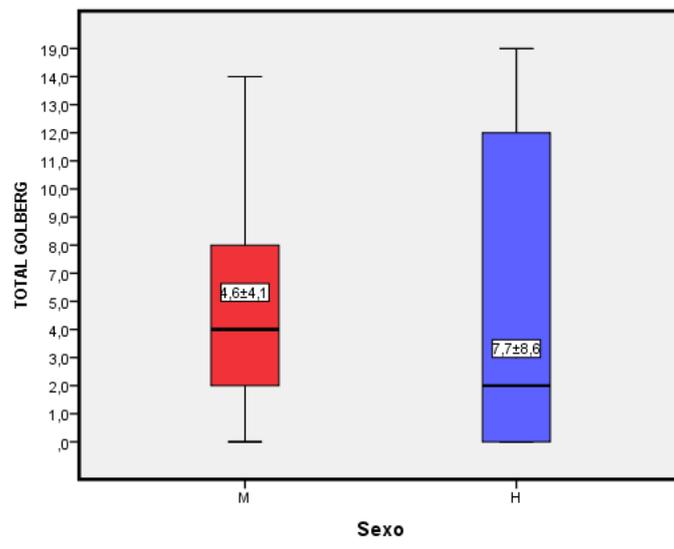


Gráfico 45: Diagrama de barras de la puntuación total de Golberg por sexo.

En el gráfico 45 que enfrenta el género (hombre y mujer) frente a la escala de ansiedad de Golberg, la media de las mujeres presentó un valor inferior (4,6) al de los hombres (7,7). El rango de puntuaciones fue más amplio para el sexo masculino (0,20) mientras que en el caso de las mujeres el primer valor fue 0 y el último 14. El primer y tercer cuartil para las mujeres fue 2 y 7 respectivamente; en el caso de los hombres fue 1 y 13. La mediana en el caso de los varones fue 3 y para las mujeres fue 4.

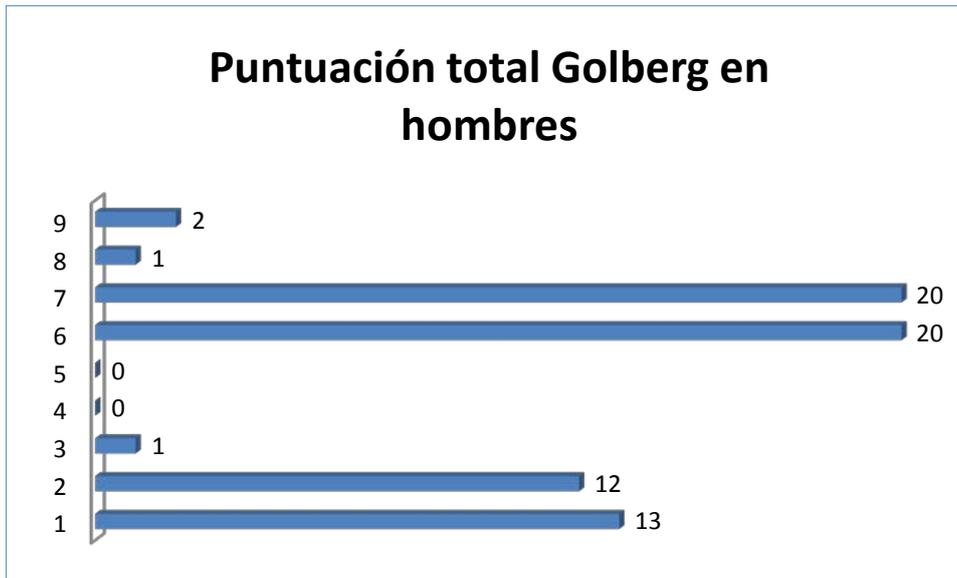


Gráfico 46: Puntuación total de Golberg en hombres.

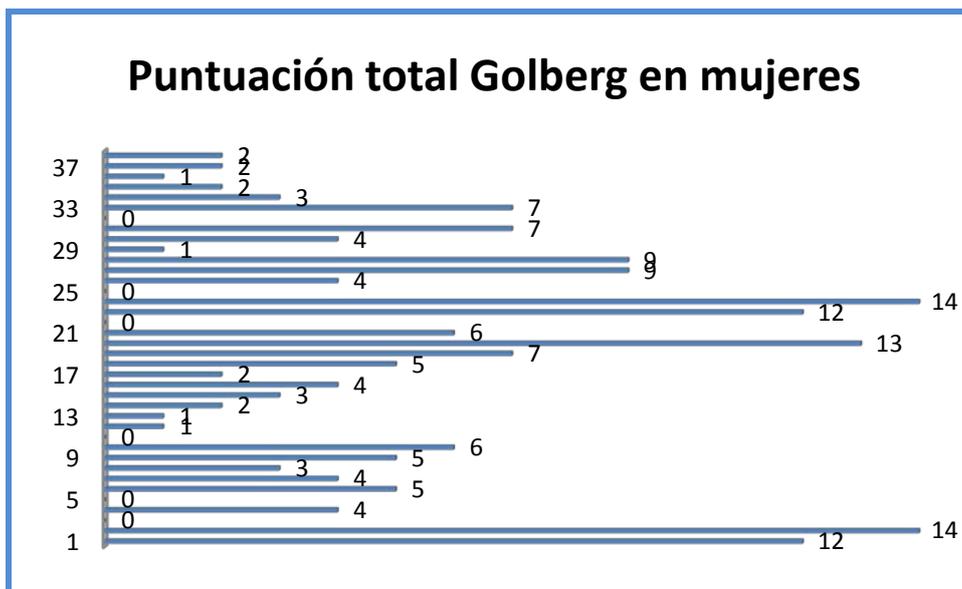


Gráfico 47: Puntuación total de Golberg en mujeres.

Grupos de edad – total Golberg	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,118	0,273
Correlación de Spearman	-0,159	,281
N de casos válidos	48	

Tabla 116: Estadísticos tau-b de Kendall y Spearman de las variables edad y puntuación total del cuestionario de Golberg.

Como podemos observar en la tabla 116, el valor de los estadísticos, entre la variable puntuación total del cuestionario de ansiedad de Golberg y la variable independiente

edad, mostró que la relación era inversamente proporcional y muy débil, sin significación estadística.

Patrón 11: Valores- Creencias. Cuestionario LOT

Se presenta a continuación la relación entre las dimensiones optimismo/pesimismo del cuestionario Life Orientation Test (LOT) y las variables sexo y edad.

Sexo-optimismo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,205	0,064
N de casos válidos	48	

Tabla 117: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y optimismo del cuestionario LOT.

Como podemos observar en la tabla 117, el coeficiente de correlación obtenido mediante el estadístico Tau-b de Kendall era de $r=0,205$, por lo que la relación entre ambas variables fue débil y directa, aproximándose la significación estadística.

Sexo - pesimismo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,067	0,582
N de casos válidos	48	

Tabla 118: Estadístico tau-b de Kendall de las variables sexo y pesimismo del cuestionario LOT.

Tal y como se parecía en la tabla 118, la relación entre la dimensión pesimismo y el sexo era nula y sin significación estadística.

Edad -optimismo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,094	0,428
Correlación de Spearman	-0,126	,392
N de casos válidos	48	

Tabla 119: Estadísticos tau-b de Kendall Spearman y R de Pearson de las variables edad y optimismo del cuestionario LOT.

Tal y como se muestra en la tabla 119, los distintos estadísticos empleados indicaron que la relación entre ambas variables era muy débil e inversa, es decir, a mayor edad menos optimismo aunque sin significación estadística.

Edad- pesimismo	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,087	0,426
Correlación de Spearman	-0,126	,392
N de casos válidos	48	

Tabla 120: Estadísticos tau-b de Kendall, Spearman y R de Pearson de las variables edad y pesimismo del cuestionario LOT.

Tal y como se muestra en la tabla 120, los distintos estadísticos empleados indican que la relación entre ambas variables era muy débil e inversa, es decir, a mayor edad menos pesimismo aunque sin significación estadística.

Relación entre calidad de vida y las variables sociodemográficas.

- ✓ Constructo: Nivel de estudios-EVA

Nivel de estudios-Eva	
Correlación de Pearson	0,215
Sig. (bilateral)	0,118
Kruskall wallis	2,96
Sig. (bilateral)	0,565

Tabla 121: Relación entre las variables nivel de estudios y EVA.

Como se puede observar en la tabla 120, los estadísticos empleados para analizar el constructo planteado mostraron que la relación entre las variables no era lineal y sin significación estadística.

- ✓ Constructo: ICC (cuantitativa)- EVA (cuantitativa).

ICC-EVA	
Correlación de Pearson	-0,06
Sig. (bilateral)	0,68

Tabla 121: Relación entre las variables ICC y EVA

Como se puede observar en la tabla 121, el estadístico de Pearson mostró que la relación entre las variables no era lineal y sin significación estadística.

- ✓ Constructo: Nivel de estudios (cualitativa) -enfermedad neurológica (cualitativa).

Estudios-Enf Neuro	Valor	Sig. aproximada
Chi-Cuadrado	0,667	0,978
V de Cramer	0,298	0,978
Tau-b de Kendall	0,043	0,682
N de casos válidos	54	

Tabla 122: Estudios-Enfermedad Neurológica

Como se observa en la tabla 122, no existió relación estadísticamente significativa entre las variables.

- ✓ Constructo: Cuidador principal y CVRS valorada mediante EVA del Euro-Qol

EVA –Cuidador principal	Valor	P-valor
Kruskal-Wallis	140.115	0,007

Tabla 123: EVA-Figura del cuidador.

Tal y como puede observarse en la tabla 123, existió una relación estadísticamente significativa entre la puntuación en la escala EVA global y la figura del cuidador principal

- ✓ Constructo: Cuidador principal y dimensión “bienestar emocional” del cuestionario SF-36.

Figura cuidador principal-Bienestar emocional	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-Cuadrado de Pearson	82,853	0,391
Tau-b de Kendall	0,127	0,312

Tabla 124: Bienestar emocional-Figura del cuidador.

Como se puede apreciar en la tabla 124, la variable bienestar emocional y la figura del cuidador son independientes.

- ✓ Constructo: CVRS valorada mediante EVA del Euro-Qol y nivel de estudios.

EVA –Nivel de estudios	Valor	P-valor
Kruskal-Wallis	2.9573	0,565

Tabla 125: EVA-Nivel de estudios

Tal y como puede observarse en la tabla 125, no existió relación estadísticamente significativa entre la puntuación en la escala EVA y el nivel de estudios.

Relación entre cada uno de los patrones funcionales y la CVRS.**Relación entre las dimensiones de los cuestionarios utilizados para evaluar CVRS.****Cuestionario SF-36**

Tabla 126: Relación entre las dimensiones del SF-36.

Dimensiones	Estadístico	Función Física	Rol físico	Dolor	Salud general	vitalidad	Función social	Rol emocional	bienestar emocional
Función física	Correlación de Pearson	1	,785	,548	,531	,568	,561	,535	,591
	Sig. (bilateral)		0	0	0	0	0	0	0
Rol físico	Correlación de Pearson	,785	1	,590	,551	,653	,627	,618	,647
	Sig. (bilateral)	0		0	0	0	0	0	0
Dolor	Correlación de Pearson	,548	,590	1	,715	,661	,578	,526	,707
	Sig. (bilateral)	0	0		0	0	0	0	0
Salud general	Correlación de Pearson	,531	,551	,715	1	,686	,592	,573	,760
	Sig. (bilateral)	0	0	0		0	0	0	0
Vitalidad	Correlación de Pearson	,568	,653	,661	,686	1	,634	,662	,793
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0		0	0	0
Función social	Correlación de Pearson	,561	,627	,578	,592	,634	1	,688	,712
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0		0	0
Rol emocional	Correlación de Pearson	,535	,618	,526	,573	,662	,688	1	,719
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0	0		0
Bienestar emocional	Correlación de Pearson	,591	,647	,707	,760	,793	,712	,719	1
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0	0	0	0	
	N	51	51	51	51	51	51	51	51

Tal y como se puede observar en la tabla 126, existieron relaciones estadísticamente significativas entre todas las dimensiones del cuestionario SF-36. Siendo esta relación directa y con una correlación de moderada a fuerte como indican los valores de $r > 0,5$.

Cuestionario EuroQoI5D

- ✓ Constructo: Escala EVA (cuantitativa) frente al resto de dimensiones (cualitativas).

Prueba de muestras emparejadas	Valor	Sig. (bilateral)
EVA - Movilidad	15.18	0,001661
EVA - Cuidado personal	22.38	<0,001
EVA - Actividades	13.05	0,004529
EVA - Dolor	23.73	<0,001
EVA - Ansiedad	22.98	<0,001
EVA - Estado de Salud	15,28	0,001592

Tabla 127: Resumen de la prueba Chi-Cuadrado para EVA frente a Dimensiones EuroQoI.

Tal y como se aprecia en la tabla 127, los constructos realizados entre la variable cuantitativa EVA (que puntúa de 0 a 100) frente a las dimensiones del EuroQoI (con tres categorías de respuesta: mejor/igual/peor) mostraron que existían relaciones estadísticamente significativas, por lo que las respuestas a las dimensiones condiciona el valor de la CV autopercebida de forma cuantitativa en la escala EVA.

Correlaciones EVA -EDAD	
Correlación de Pearson	0,165
Sig. (bilateral)	0,232

Tabla 128: Estadístico coeficiente de correlación de Pearson para las variables Eva y edad.

Tal y como muestra la tabla 128, la relación fue débil y directa con un p-valor de 0,232 lo que indicaba que no existió relación estadísticamente significativa entre las variables.

Movilidad-Estado de Salud-sexo		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	14,000	0,122
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	55,485	0,00
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	67,464	0,00
	N de casos válidos	54	

Tabla 129: Estadístico Chi-Cuadrado para las variables Movilidad-Estado de salud-sexo.

Como se puede observar en la tabla 129, según el estadístico Chi-Cuadrado entre la variable categórica movilidad y la variable estado de salud del EuroQol existió una relación lineal, estadísticamente significativa con un p valor de 0.00 para la muestra global y para el sexo femenino.

- ✓ Constructo: dimensiones EuroQol: movilidad vs otras dimensiones.

	Movilidad-cuidado personal		Movilidad-actividades		Movilidad-actividades	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	78,811	0,00	78,918	0,00	78,918	0,00
Tau-b de Kendall	0,407	0,001	0,464	0,00	0,464	0,00
N de casos válidos	54		54		54	

	Movilidad-dolor		Movilidad -ansiedad		Movilidad- estado de salud actual	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	66,27	0,00	62,411	0,00	67,46	0,00
Tau-b de Kendall	0,325	0,014	0,252	0,06	-0,095	0,505
N de casos válidos	54					

Tabla 130: Análisis de la relación entre la variable movilidad frente al resto de dimensiones.

Como se puede observar en la tabla 130, el estadístico Tau-b mostró una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del cuestionario Euro-Qol, siendo ésta moderada y directa. El coeficiente de Pearson indicó que la relación entre las variables era lineal

La relación entre la movilidad y el estado de salud fue lineal aunque nula y sin significación estadística.

Como podemos observar en el análisis de los diferentes constructos entre la dimensión movilidad y resto de dimensiones del EuroQol se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas por lo que podemos afirmar que las alteraciones en la movilidad tenían relación con la ansiedad, el dolor, el estado de salud en general y el cuidado personal a realizar junto a las actividades. En los diagramas de puntos que aparecen reflejados en los gráficos 48 y 49 se refleja esta relación.

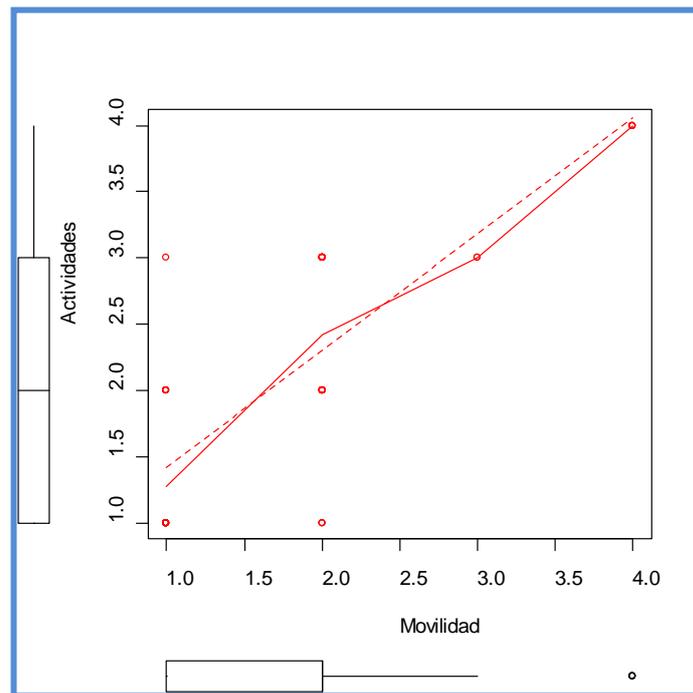


Gráfico 48: Diagrama de puntos de las dimensiones “actividad” y “movilidad” del Euro-Qol.

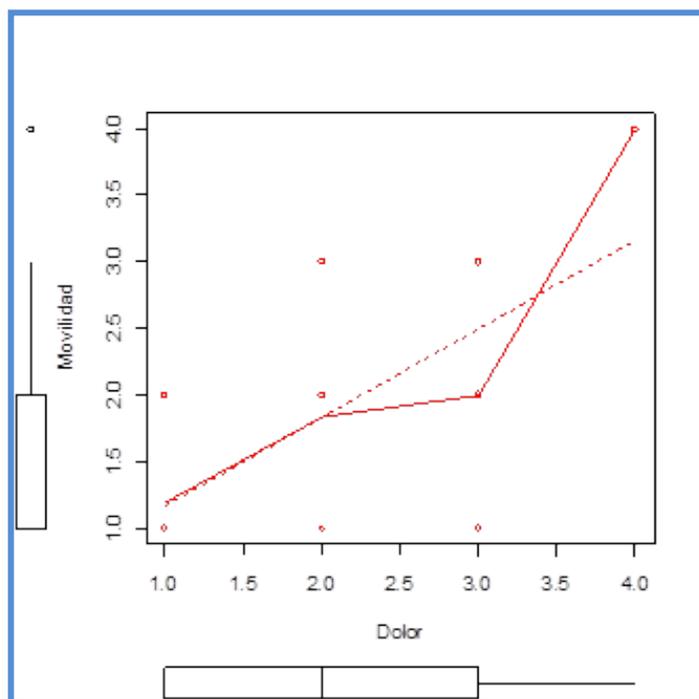


Gráfico 49: Diagrama de puntos de las dimensiones “dolor” y “movilidad” del Euro-Qol.

✓ Constructo: dimensiones EuroQol: cuidado personal vs. otras dimensiones

	Cuidado personal- actividades		Cuidado personal-dolor.		Cuidado personal-ansiedad	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	85,582	0,00	68,888	0,00	69,026	0,00
Tau-b de Kendall	0,241	0,061	0,33	0,006	0,395	0,001
N de casos válidos	54					

	Cuidado personal -estado de salud actual.		Cuidado personal-movilidad	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-Cuadrado de Pearson	79,959	0,00	78,811	0,00
Tau-b de Kendall	-0,32	0,017	0,661	0,00
N de casos válidos	54			

Tabla 131: Análisis de la relación entre la variable “cuidado personal” frente al resto de dimensiones.

Tal y como muestra la tabla 131, el estadístico Chi-Cuadrado mostró como la relación entre las variables era lineal. El estadístico Tau-B indicó que la correlación era débil y directa, sin significación estadística para el constructo “cuidado personal- actividades”. Débil, indirecta y estadísticamente significativa para para el constructo “Cuidado personal -estado de salud actual” y para el resto de constructos analizados se evidenció una relación débil, directa y estadísticamente significativa.

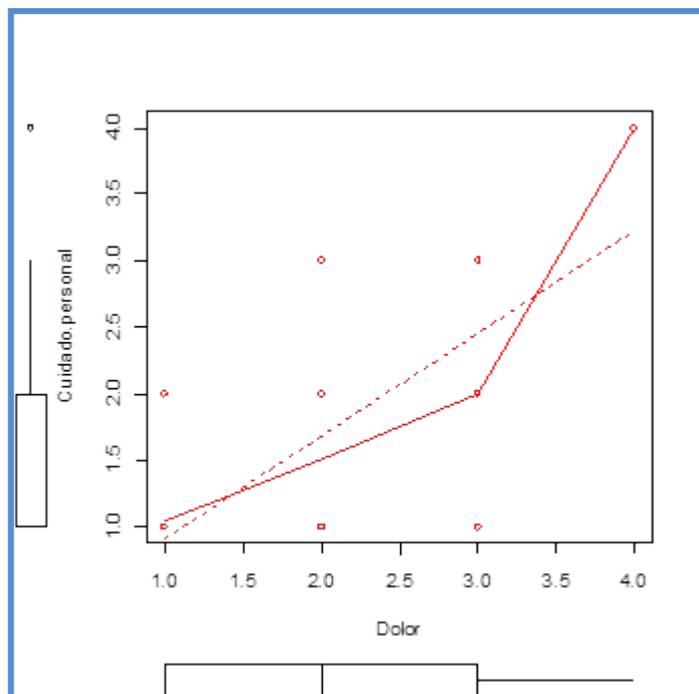


Gráfico 50: Diagrama de puntos de las dimensiones “dolor” y “cuidado personal” del Euro-Qol.

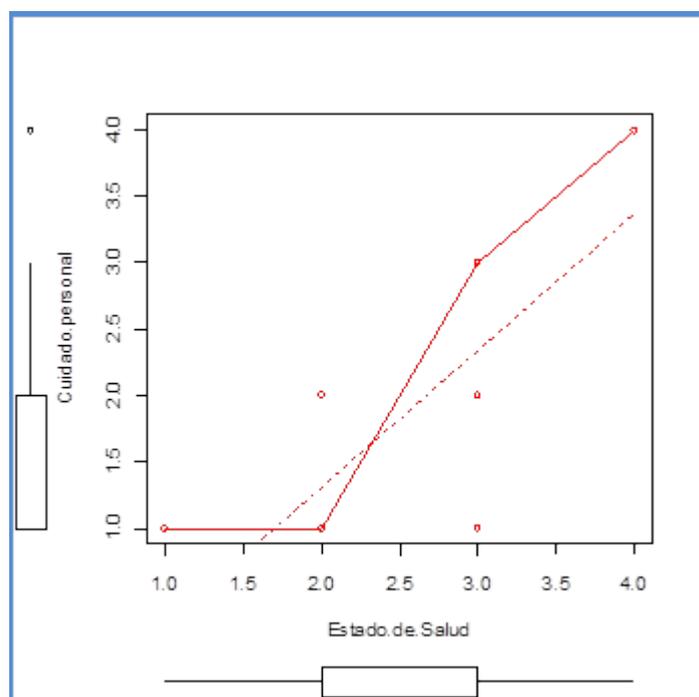


Gráfico 51: Diagrama de puntos de las dimensiones “estado de salud” y “cuidado personal” del Euro-Qol.

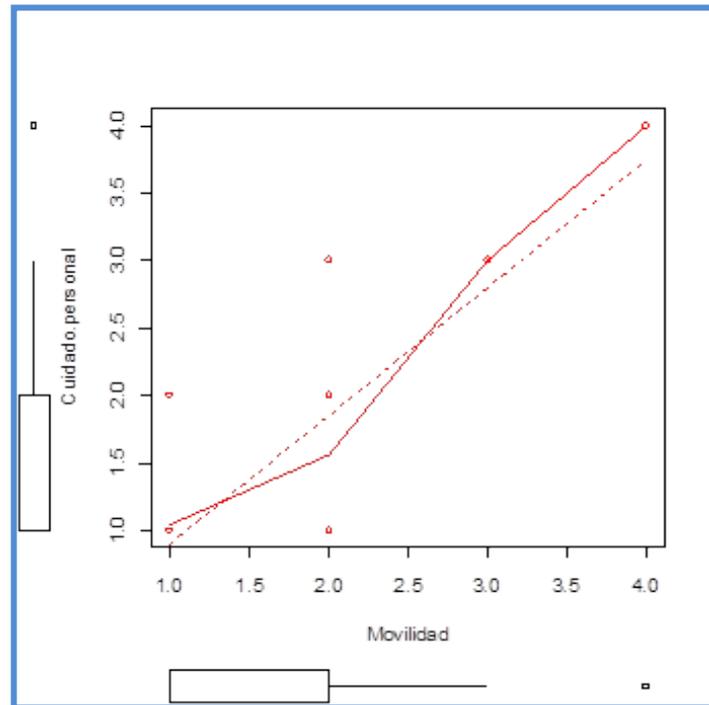


Gráfico 52: Diagrama de puntos de las dimensiones "movilidad" y "cuidado personal" del Euro-Qol.

Como podemos observar en el análisis de los diferentes constructos entre la dimensión "cuidado personal" y resto de dimensiones del EuroQol se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas por lo que podemos afirmar que las alteraciones en dicha dimensión tenían relación con la movilidad, el dolor y el estado de salud en general. En los diagramas de puntos que aparecen reflejados en los gráficos 50,51 y 52 se refleja esta relación.

- ✓ Constructo: dimensiones EuroQol: actividades vs otras dimensiones.

	Actividades-dolor		Actividades-ansiedad		Actividades- estado de salud actual	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-Cuadrado de Pearson	74,432	0,00	65,374	0,00	64,124	0,00
Tau-b de Kendall	0,142	0,327	0,081	0,553	-0,129	0,336
N de casos válidos	54					

Tabla 132: Análisis de la relación entre la variable actividades frente al resto de dimensiones.

Como puede observarse en la tabla 132, el estadístico Chi-Cuadrado mostró como la relación de inferencia entre las variables era lineal. El estadístico Tau-b de Kendall indicó que la correlación entre las actividades y el resto de dimensiones no mostraba significación estadística.

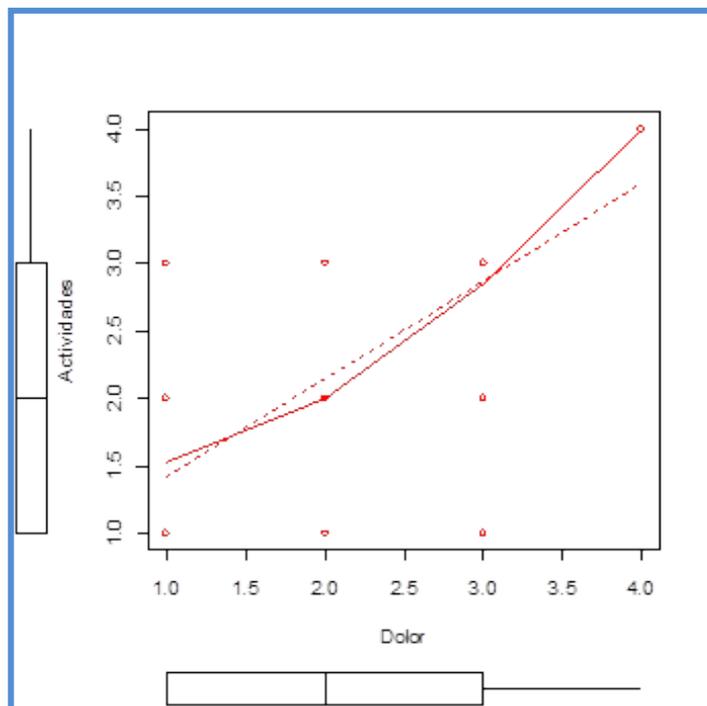


Gráfico 53: Diagrama de puntos de las dimensiones "actividad" y "dolor" del Euro-Qol.

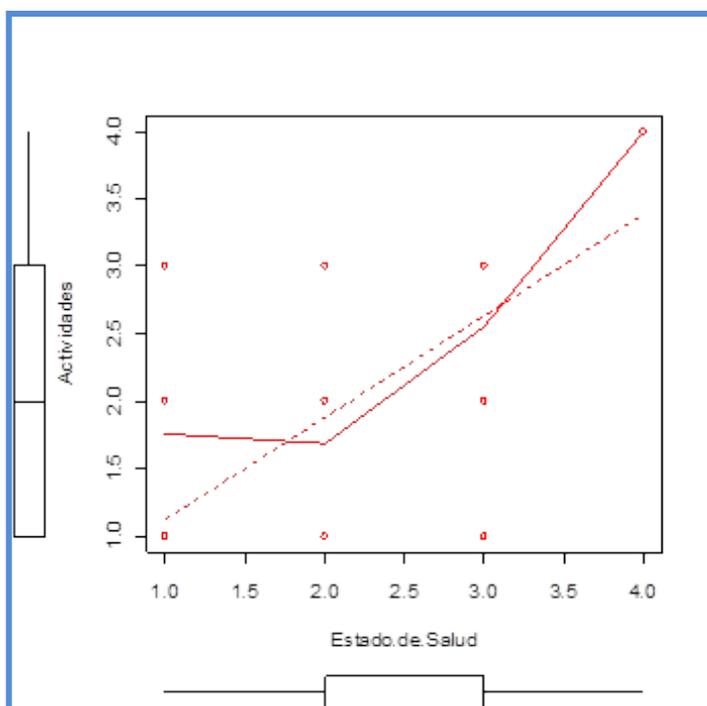


Gráfico 54: Diagrama de puntos de las dimensiones "actividad" y "estado de salud" del Euro-Qol.

En los gráficos 52 y 53 se reflejan las dimensiones del cuestionario Euro-Qol que mantienen una relación estadísticamente significativa con la actividad.

✓ Constructo: dimensiones EuroQol: dolor vs otras dimensiones.

	Dolor- ansiedad		Dolor- estado de salud actual	
	Valor	Sig. asintótica	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	70,487	0,00	71,123	0,00
Tau-b de Kendall	0,339	0,008	-0,134	0,319
N de casos válidos	54			

Tabla 133: Análisis de la relación entre la variable dolor frente a la ansiedad y el “estado de salud actual”.

Como puede observarse en la tabla 133, el estadístico Chi-Cuadrado mostró como la relación de inferencia entre las variables era lineal. El estadístico Tau-b de Kendall indicó que la correlación entre el dolor y la ansiedad era moderada, directa y estadísticamente significativa. En el constructo “dolor- estado de salud actual” no se halló relación estadísticamente significativa.

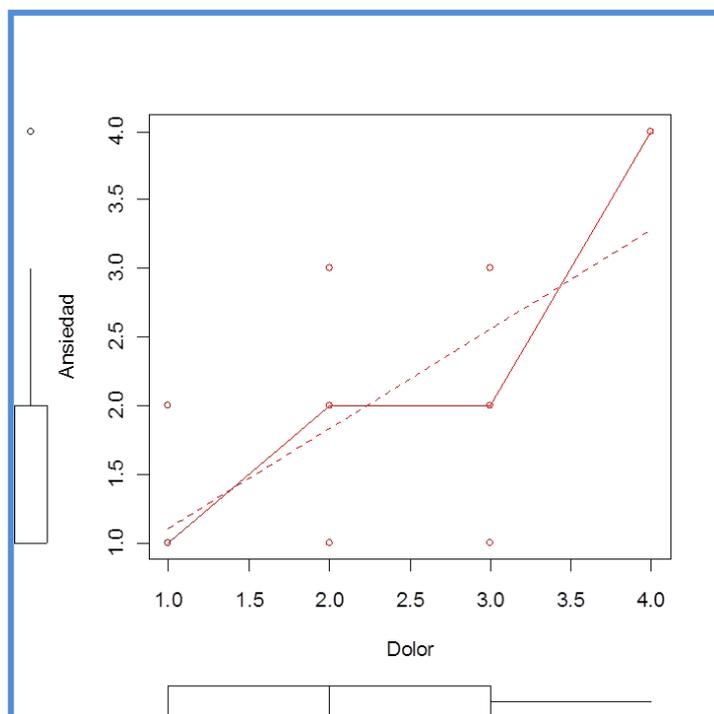


Gráfico 55: Diagrama de puntos de las dimensiones “ansiedad” y “dolor” del Euro-Qol.

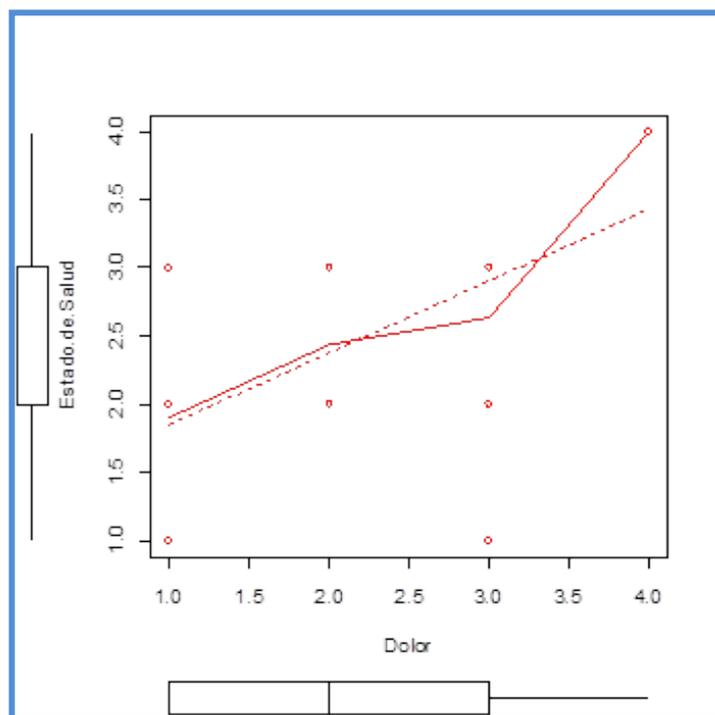


Gráfico 56: Diagrama de puntos de las dimensiones "estado de salud" y "dolor" del Euro-Qol.

En los gráficos 55 y 56 se reflejan las dimensiones del cuestionario Euro-Qol que mantienen una relación estadísticamente significativa con el dolor.

✓ Constructo: dimensiones EuroQol: ansiedad vs estado de salud actual.

Ansiedad- estado de salud actual	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	66,321	0
Tau-b de Kendall	-0,325	0,013
N de casos válidos	54	

Tabla 134: Análisis de la relación entre las variables ansiedad y estado de salud actual.

Como puede observarse en la tabla 134, el estadístico Chi-Cuadrado mostró como la relación de inferencia entre las variables era lineal. El estadístico Tau-b de Kendall indicó que la correlación entre las actividades y la ansiedad era moderada, indirecta y estadísticamente significativa.

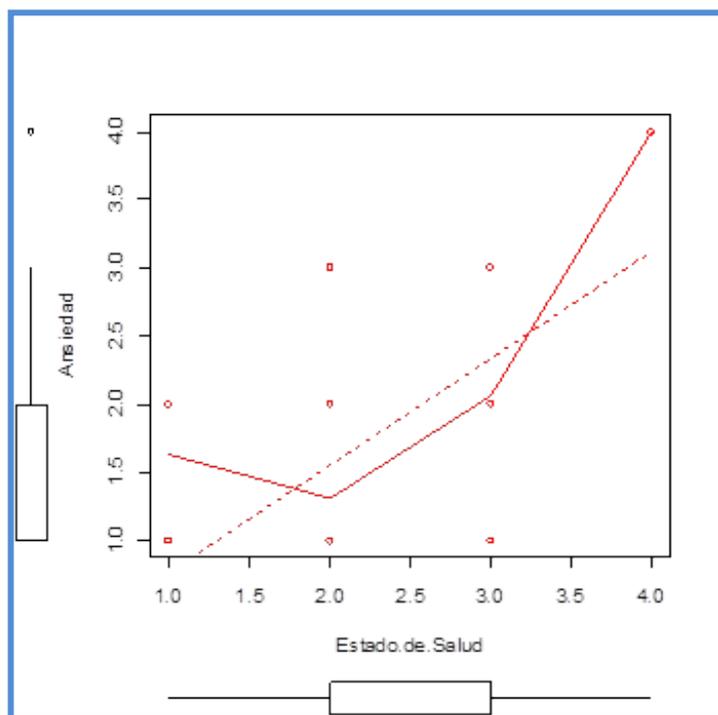


Gráfico 57: Diagrama de puntos de las dimensiones “estado de salud” y “ansiedad” del Euro-Qol.

En el gráfico 57 se refleja la relación las variables “estado de salud” y “ansiedad” del Euro-Qol..

- ✓ Constructo: dimensiones EuroQol: estado de salud actual frente al resto de dimensiones según sexo.

Estado de Salud–Movilidad–Sexo		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	14	0,122
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	55,485	0
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	67,464	0
	N de casos válidos	54	

Tabla 135: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables estado de salud y movilidad por sexo.

Tal y como se observa en la tabla 135, valor del estadístico Chi-Cuadrado mostró la existencia de una relación lineal entre las variables para las mujeres y para la muestra global.

Estado de Salud-Cuidado personal-Sexo		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	16,222	0,062
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	65,912	0,00
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	79,959	0,00
	N de casos válidos	54	

Tabla 136: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables estado de salud y cuidado personal por sexo.

Tal y como se observa en la tabla 136, valor del estadístico Chi-Cuadrado mostró la existencia de una relación lineal entre las variables para las mujeres y la muestra global. En el caso de los hombres, la relación se aproximó a la linealidad con un p-valor de 0,062.

Estado de Salud-Actividades-Sexo		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	16,222	0,062
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	54,239	0,00
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	64,124	0,00
	N de casos válidos	54	

Tabla 137: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables estado de salud y actividades por sexo.

Tal y como se observa en la tabla 137, valor del estadístico Chi-Cuadrado mostró la existencia de una relación lineal entre las variables para las mujeres y la muestra global. En el caso de los hombres, la relación se aproximó a la linealidad con un p-valor de 0,062.

Estado de Salud-Dolor-Sexo		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	17,733	0,038
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	55,805	0,00
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	71,123	0,00
	N de casos válidos	54	

Tabla 138: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables estado de salud y dolor por sexo.

Tal y como se observa en la tabla 138, valor del estadístico Chi-Cuadrado mostró la existencia de una relación lineal de las variables tanto para para las mujeres como para los hombres y la muestra global.

Estado de Salud -Ansiedad -Sexo		Valor	Sig. asintótica
H	Chi-Cuadrado de Pearson	24	0,004
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	49,679	0,00
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	66,321	0,00
	N de casos válidos	54	

Tabla 139: Estadístico Chi-Cuadrado de las variables estado de salud y ansiedad por sexo.

Tal y como se observa en la tabla 139, valor del estadístico Chi-Cuadrado mostró la existencia de una relación lineal de las variables tanto para para las mujeres como para los hombres y la muestra global.

Como ha podido apreciarse mediante el análisis realizado entre las dimensiones del EuroQol según sexos, sólo en las dimensiones dolor y ansiedad se obtuvo una relación estadísticamente significativa en el hombre, frente a las mujeres en las que todas las dimensiones presentaron p valores por debajo de 0,05 (95% de IC). Pudimos afirmar por tanto, que existían diferencias estadísticamente significativas entre sexos en las puntuaciones de las distintas dimensiones del EuroQol.

- ✓ Constructo: Edad (cuantitativa) frente a las distintas dimensiones del Euro-Qol (cualitativa).

El análisis que se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson mostró que existía una relación estadísticamente significativa entre la variable edad y el estado de general de salud (p-valor de 0,013); dolor y las dimensiones movilidad, cuidado personal, actividades, ansiedad y estado de salud. Movilidad y las dimensiones cuidado personal, actividades, ansiedad y estado de salud general. Cuidado personal y las dimensiones actividades, ansiedad y estado global de salud.

Correlaciones entre dimensiones Euro-Qol y edad		Edad	Dolor	Movilidad	Cuidado personal	Actividad	Ansiedad	Estado de Salud
Edad	Correlación de Pearson	1	-0,009	0,233	0,256	0,147	0,184	,337*
	Sig. (bilateral)		0,946	0,09	0,062	0,289	0,182	0,013
Dolor	Correlación de Pearson	-0,009	1	0,732	0,731	0,716	0,746	0,642
	Sig. (bilateral)	0,946		0	0	0	0	0
Movilidad	Correlación de Pearson	0,233	0,732	1	0,812	0,787	0,723	0,738
	Sig. (bilateral)	0,09	0		0	0	0	0
Cuidado personal	Correlación de Pearson	0,256	0,731	0,812	1	0,816	0,757	0,801
	Sig. (bilateral)	0,062	0	0		0	0	0
Actividades	Correlación de Pearson	0,147	0,716	0,787	0,816	1	0,651	0,612
	Sig. (bilateral)	0,289	0	0	0		0	0
Ansiedad	Correlación de Pearson	0,184	0,746	0,723	0,757	0,651	1	0,662
	Sig. (bilateral)	0,182	0	0	0	0		0
Estado de Salud	Correlación de Pearson	0,337	0,642	0,738	0,801	0,612	0,662	1
	Sig. (bilateral)	0,013	0	0	0	0	0	

Tabla 140: Tabla de contingencia de las dimensiones del cuestionario Euro-Qol y la variable edad.

Las dimensiones cuidado personal, actividades y movilidad —con relación al estado de salud actual— no presentaron relaciones estadísticamente significativas en el hombre tal y como muestra la tabla 140.

- ✓ Constructo: Grupos de edad (cualitativa) frente a dimensiones (cualitativa) y según sexo.

Grupos de edad-Movilidad-Sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Chi-Cuadrado de Pearson	13,333	0,345
	Tau-b de Kendall	0,226	0,4
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	30,725	0,031
	Tau-b de Kendall	-0,08	0,53
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	27,672	0,15
	Tau-b de Kendall	-0,021	0,857
	N de casos válidos	54	

Tabla 141: Análisis de la relación entre la variable movilidad por sexo y grupos de edad.

Tal y como se observa en la tabla 141, la relación entre la edad y la movilidad para los hombres fue débil y directa, en el caso de las mujeres y de la muestra total fue prácticamente nula. En ningún caso dicha relación presentó significación estadística. Entre la variable grupo de edad y la dimensión movilidad se obtuvo un p valor de 0,03 en el sexo femenino, existía una relación estadísticamente significativa entre ambas variables para las mujeres.

Grupos de edad-Cuidado personal-Sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Chi-Cuadrado de Pearson	11,389	0,496
	Tau-b de Kendall	0,151	0,63
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	17,709	0,475
	Tau-b de Kendall	-0,1	0,457
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	14,296	0,857
	Tau-b de Kendall	-0,041	0,737
	N de casos válidos	54	

Tabla 142: Análisis de la relación entre la variable cuidado personal por sexo y grupos de edad.

Tal y como se observa en la tabla 142, no existió relación estadísticamente significativa entre las variables cualitativas grupos de edad y cuidado personal, ni en el caso de los hombres, las mujeres o la muestra global. La relación entre la edad y el cuidado personal para los hombres fue débil y directa, en el caso de las mujeres y de la muestra total fue prácticamente nula. En ningún caso dicha relación presentó significación estadística.

Grupos de edad-Actividades-Sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Chi-Cuadrado de Pearson	14,444	0,273
	Tau-b de Kendall	0,135	0,59
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	23,022	0,19
	Tau-b de Kendall	-0,029	0,83
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	22,574	0,367
	Tau-b de Kendall	-0,003	0,982
	N de casos válidos	54	

Tabla 143: Análisis de la relación entre la variable actividad por sexo y grupos de edad.

Tal y como se observa en la tabla 143, no existió relación estadísticamente significativa entre las variables cualitativas grupos de edad y actividades, ni en el caso de los hombres, las mujeres o la muestra global. La relación entre la edad y las actividades en el caso de los hombres fue débil y directa, en el caso de las mujeres y de la muestra total fue prácticamente nula. En ningún caso dicha relación presentó significación estadística.

Grupos de edad-Dolor-Sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Chi-Cuadrado de Pearson	14,5	0,27
	Tau-b de Kendall	-0,198	0,568
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	20,039	0,331
	Tau-b de Kendall	0,189	0,095
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	21,837	0,409
	Tau-b de Kendall	0,162	0,107
	N de casos válidos	54	

Tabla 144: Análisis de la relación entre la variable dolor por sexo y grupos de edad.

Tal y como se aprecia en la tabla 144, no existió relación estadísticamente significativa entre las variables cualitativas grupos de edad y dolor, ni en el caso de los hombres, las mujeres o la muestra global. La relación entre la edad y el dolor en el caso de los hombres fue débil e indirecta, en el caso de las mujeres y de la muestra total fue débil y directa. En ningún caso dicha relación presentó significación estadística.

Grupos de edad-Ansiedad-Sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Chi-Cuadrado de Pearson	17,778	0,123
	Tau-b de Kendall	0,165	0,592
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	21,031	0,278
	Tau-b de Kendall	0,035	0,786
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	29,684	0,099
	Tau-b de Kendall	0,081	0,459
	N de casos válidos	54	

Tabla 145: Análisis de la relación entre la variable ansiedad por sexo y grupos de edad.

Tal y como se aprecia en la tabla 145, no existió relación estadísticamente significativa entre las variables cualitativas grupos de edad y ansiedad ni en el caso de los hombres ni de las mujeres aunque en la muestra global dicha relación se aproxima a la linealidad. La relación entre la edad y el dolor en el caso de los hombres fue débil y directa, en el caso de las mujeres y de la muestra total fue prácticamente. En ningún caso dicha relación presentó significación estadística.

Grupos de edad-Estado de salud-Sexo		Valor	Aprox. Sig.
H	Chi-Cuadrado de Pearson	13,111	0,361
	Tau-b de Kendall	0,115	0,733
	N de casos válidos	10	
M	Chi-Cuadrado de Pearson	27,461	0,071
	Tau-b de Kendall	-0,075	0,59
	N de casos válidos	44	
Total	Chi-Cuadrado de Pearson	30,809	0,077
	Tau-b de Kendall	-0,053	0,667
	N de casos válidos	54	

Tabla 146: Análisis de la relación entre la variable estado de salud por sexo y grupos de edad.

Tal y como se aprecia en la tabla 146, no existió relación estadísticamente significativa entre las variables cualitativas grupos de edad y estado de salud aunque en el caso de las mujeres y de la muestra global dicha relación se aproxima a la linealidad. La relación entre la edad y el estado de salud en el caso de los hombres fue débil y directa, en el caso de las mujeres y de la muestra total fue prácticamente. En ningún caso dicha relación presentó significación estadística.

Correlaciones entre movilidad y estado de salud	
Correlación de Pearson	,738
Sig. (bilateral)	0,00
N	54

Tabla 147: Correlación entre movilidad y estado de salud.

Tal y como se aprecia en la tabla 147, la correlación de Pearson entre la variable movilidad y la variable estado de salud obtuvo una r de 0,738 (fuerte) con una significación de $p=0,000$.

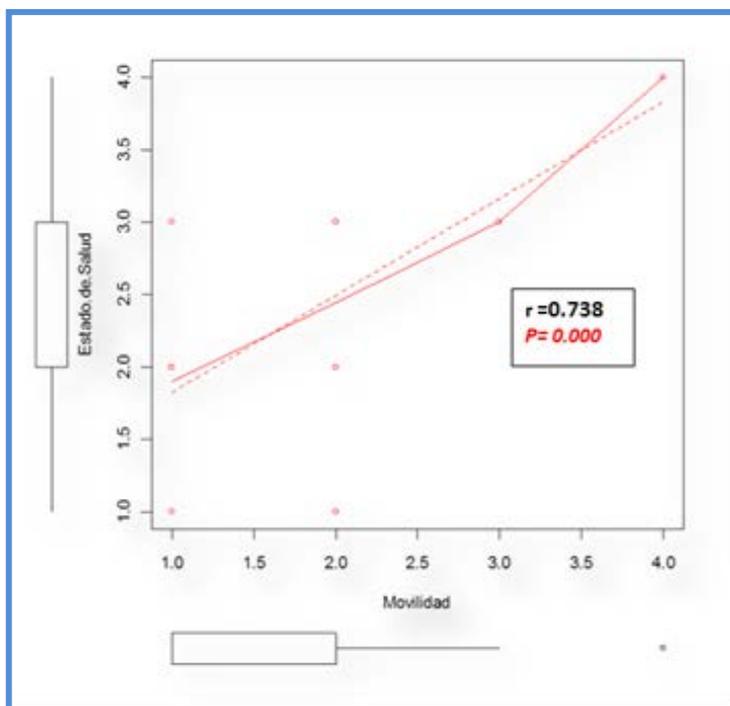


Gráfico 58: Diagrama de puntos entre las variables "estado de salud" y "movilidad" del Euro-Qol.

Como puede apreciarse en el gráfico 58, la relación entre ambas variables fue fuerte y estadísticamente significativa. A medida que aumentan los problemas de movilidad los sujetos/participantes manifestaron tener peor salud que en los últimos doce meses.

Relación entre CVRS y Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

✓ Constructo: EVA del EuroQol y puntuación del cuestionario MNA

EVA-MNA	
Correlación de Pearson	0,48
Sig. (bilateral)	0,006

Tabla 148: Relación entre CVRS y estado nutricional.

Tal y como se aprecia en la tabla 148, La relación entre la CVRS valorada mediante la EVA del cuestionario Euro-Qol y el estado nutricional fue moderada, directa y estadísticamente significativa.

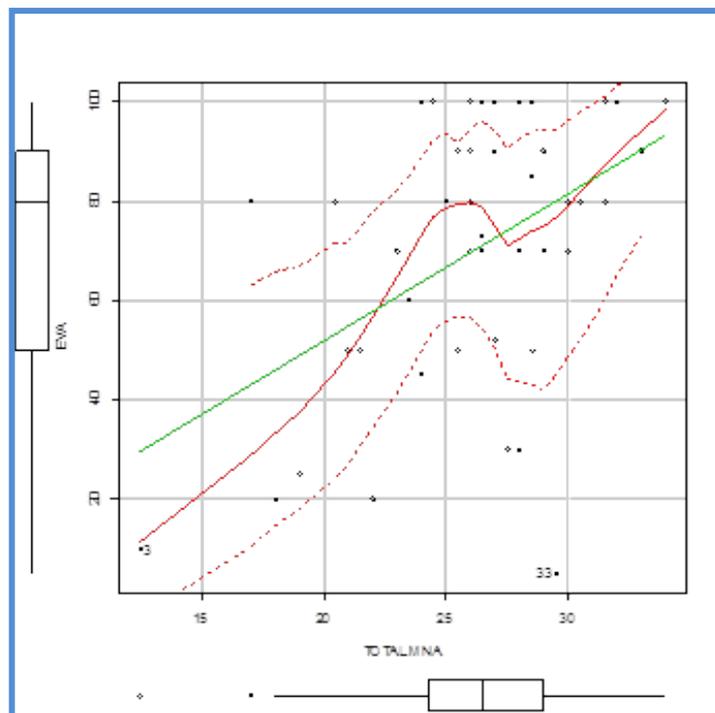


Gráfico 59: Diagrama de puntos entre las variables EVA y MNA.

Como se puede apreciar en el gráfico 59, ante un mejor estado nutricional la auto percepción de CVRS fue mayor.

Relación entre CVRS y Patrón 5: Sueño – Descanso.

- ✓ Constructo: dimensión EVA del EuroQol y dimensiones del test de Oviedo

EVA Euroqol-Satisfacción del sueño	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	0,27	0,028
Correlación de Spearman	0,337	0,018
N de casos válidos	49	

Tabla 149 Estadísticos Tau b de Kendall y Rho de Spearman de Eva y satisfacción sueño.

Como se aprecia en la tabla 149, existió una relación estadísticamente significativa entre la puntuación del estado de salud mediante EVA y la “satisfacción subjetiva del sueño” que tienen los participantes en el estudio. Siendo esta relación moderada y directa, es decir, conforme aumentaba la puntuación de una de las variables aumentaba la otra.

Insomnio-EVA	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,15	0,168
Correlación de Spearman	-0,201	,167
N de casos válidos	49	

Tabla 150: Estadísticos Tau b de Kendall y Rho de Spearman de Eva e insomnio.

Tal y como se aprecia en la tabla 150, la relación entre las variables la variable EVA e insomnio fue débil e inversa, sin significación estadística.

Hipersomnio-EVA	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,148	0,148
Correlación de Spearman	-0,207	,153
N de casos válidos	49	

Tabla 151: Estadísticos Tau b de Kendall y Rho de Spearman de Eva e hipersomnio.

Tal y como se aprecia en la tabla 151, la relación entre la variables EVA e hipersomnio fue débil e inversa, sin significación estadística.

Puntuación total COS-EVA	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,113	0,286
Correlación de Spearman	-0,155	0,286
N de casos válidos	49	

Tabla 152: Estadísticos Tau b de Kendall y Rho de Spearman de Eva y test de Oviedo

Tal y como se aprecia en la tabla 152, la relación entre las variables EVA y la puntuación total del Cuestionario de Oviedo fue débil e inversa, sin significación estadística

Hipersomnio-Cuidador principal	Valor	Aprox. Sig.
Tau-b de Kendall	-0,258	0,015
N de casos válidos	49	

Tabla 153: Estadístico tau-b de Kendall de las variables cuidador principal e hipersomnio del test de Oviedo.

Como podemos comprobar en la tabla 153, entre la dimensión hipersomnio del cuestionario de Oviedo y la figura de cuidador principal la correlación de tau b de Kendall obtuvo un valor de -0,258 con una significación de 0,015. La correlación fue negativa y débil.

correlaciones paramétricas		Satisfacc.					
		subj. sueño	Insomnio	Hipersomnio	Total	Edad	EVA
Satisfacc. subj. sueño	Correlación de Pearson		-0,541	-0,275	-,404	-0,109	,390
	Sig. (bilateral)		0	0,056	0,004	0,454	0,006
Insomnio	Correlación de Pearson	-,541		,572	,954	0,238	-0,28
	Sig. (bilateral)	0,00		0,00	0,00	0,099	0,044
Hipersomnio	Correlación de Pearson	-0,275	,572		,770	0,048	-0,202
	Sig. (bilateral)	0,056	0,00		0,00	0,745	0,163
	N	49	49	49	49	49	49
Puntuación total COS	Correlación de Pearson						-0,254
	Sig. (bilateral)						0,078
	N						

Tabla 154: Correlación entre EVA y test de Oviedo.

Como se aprecia en la tabla 154, existió una correlación moderada, directa y estadísticamente significativa entre la satisfacción subjetiva del sueño y el estado de salud ($r=0,39$), entre la EVA y el insomnio ($r=-0,28$).

Relación entre CVRS y Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

- ✓ Constructo: FV (cuantitativa)- EVA(cuantitativa).

FV-EVA	
Correlación de Pearson	-0,073
Sig. (bilateral)	0,62

Tabla 155: Análisis relación entre las variables FV y EVA.

Tal y como puede observarse en la tabla 155, no existió una relación lineal estadísticamente significativa entre la puntuación en la escala EVA global y la fluidez verbal.

- ✓ Constructo: Estado cognitivo y CVRS. MMSE (cuantitativa)-EVA (cuantitativa).

MMSE-EVA	
Correlación de Pearson	-0,081
Sig. (bilateral)	0,574

Tabla 156: Análisis relación entre las variables MMSE y EVA.

Tal y como puede observarse en la tabla 156, se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la puntuación en la escala EVA global y el estado cognitivo valorado mediante MMSE.

Relación entre CVRS y Patrón 8: Rol-Relaciones.

- ✓ Constructo: Puntuación Apgar Familiar (cuantitativa)- EVA (cuantitativa).

Puntuación Apgar Familiar-EVA	
Correlación de Pearson	0,28
Sig. (bilateral)	0,056

Tabla 157: Análisis relación entre las variables Apgar Familiar y EVA.

Tal y como se aprecia en la tabla 157, la relación entre las dos variables cuantitativas analizadas fue moderada, directa y estadísticamente significativa.

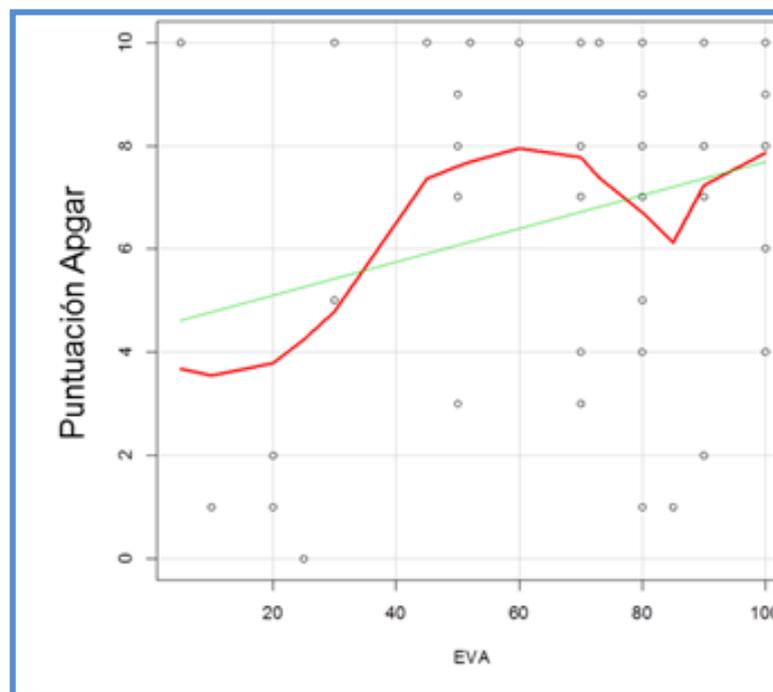


Gráfico 59: Diagrama de puntos entre las variables EVA y puntuación del cuestionario Apgar Familiar

El gráfico 59 muestra como a media que aumenta la puntuación del cuestionario sobre apoyo familiar, la autopercepción de la CVRS valorada mediante EVA del Euro-Qol aumenta hasta los 70 puntos en los que hay un descenso brusco para a partir de los 90 puntos volver a aumentar.

- ✓ Constructo: Categorización Apgar Familiar (cualitativa)- EVA(cuantitativa).

Categorización Apgar Familiar-EVA	
Kruskall Wallis	6,66
Sig. (bilateral)	0,0357

Tabla 158: Análisis relación entre las variables categorización del Apgar Familiar y EVA.

Tal y como se aprecia en la tabla 158, el análisis de la relación entre la interpretación del cuestionario y la CVRS valorada mediante EVA fue estadísticamente significativo.

Relación entre CVRS y Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

- ✓ Constructo: dimensión EVA del EuroQol y cuestionario de Golberg.

EVA-Golberg	Valor	Significación
Tau-b de Kendall	-0,302	0,005
Correlación de Spearman	-0,372	0,009
N de casos válidos	48	

Tabla 159: Análisis relación entre las variables EVA y puntuación cuestionario de Golberg.

Como podemos observar en la tabla 159, el análisis mediante el estadístico Tau b de Kendall, entre la variable puntuación total en la escala EVA de la CVRS y la puntuación total en el test de Ansiedad/Depresión de Golberg, se obtuvo un valor de -0,302 con una significación de 0,005 (menor que 0,05), por tanto existió una relación moderada, inversa y estadísticamente significativa entre ambas variables.

Relación entre CVRS y Patrón 11: Valores- Creencias.

- ✓ Constructo: dimensión EVA del EuroQol y dimensiones del cuestionario de LOT.

EVA-optimismo	Valor	Sig. asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	175,688	0,618
Tau-b de Kendall	0,215	0,046
Correlación de Spearman	0,292	,044
N de casos válidos	48	

Tabla 160: Análisis relación entre las variables EVA y dimensión optimismo de cuestionario de LOT.

Tal y como se aprecia en la tabla 160, la relación entre ambas variables no obtuvo un valor de linealidad. La relación entre ambas variables fue moderada, directa y estadísticamente significativa.

EVA-pesimismo	Valor	Sig. Asintótica
Chi-Cuadrado de Pearson	157,451	0,709
Tau-b de Kendall	-0,19	0,101
Correlación de Spearman	-0,273	0,138
N de casos válidos	48	

Tabla 161: Análisis relación entre las variables de EVA y dimensión pesimismo de cuestionario de LOT.

Tal y como se aprecia en la tabla 161, la relación entre ambas variables no fue lineal. La relación entre ambas variables fue moderada, indirecta y sin relación estadísticamente significativa.

Modelos de predicción entre distintas variables.

Entre aquellas variables en la que se obtuvieron p valores significativos en las correlaciones, se procedió a realizar su correspondiente correlación lineal.

✓ Modelo 1. Regresión lineal entre EVA y satisfacción del sueño.

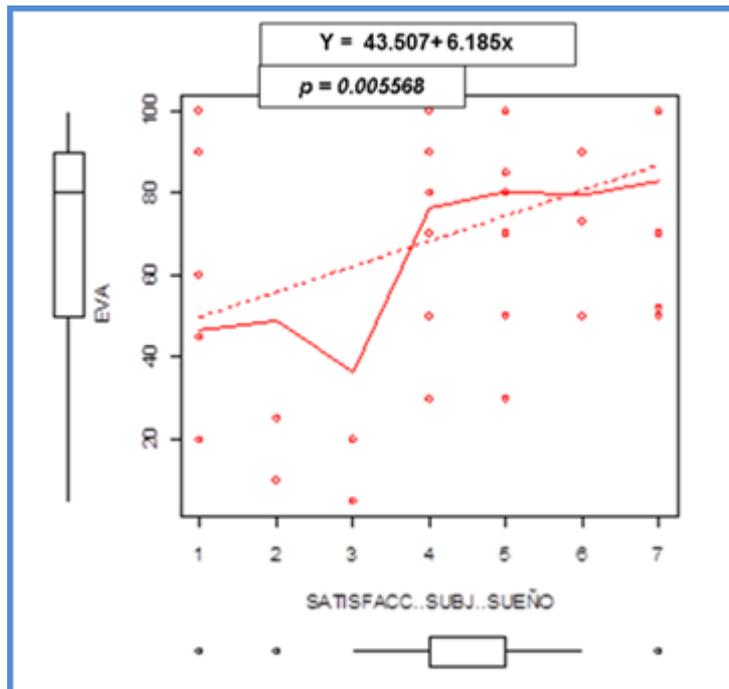


Gráfico 60: Regresión lineal entre EVA y dimensión "satisfacción subjetiva del sueño" del COS.

En el gráfico 60 se observa como la puntuación del estado de salud equivalente a la CVRS valorada mediante la escala EVA aumenta a medida que lo hace la dimensión satisfacción subjetiva del sueño del test e Oviedo con la ecuación $Y = 43,51 + 6,81 X$ (siendo y la puntuación de CVRS, siendo x el valor que toma la satisfacción subjetiva del sueño).

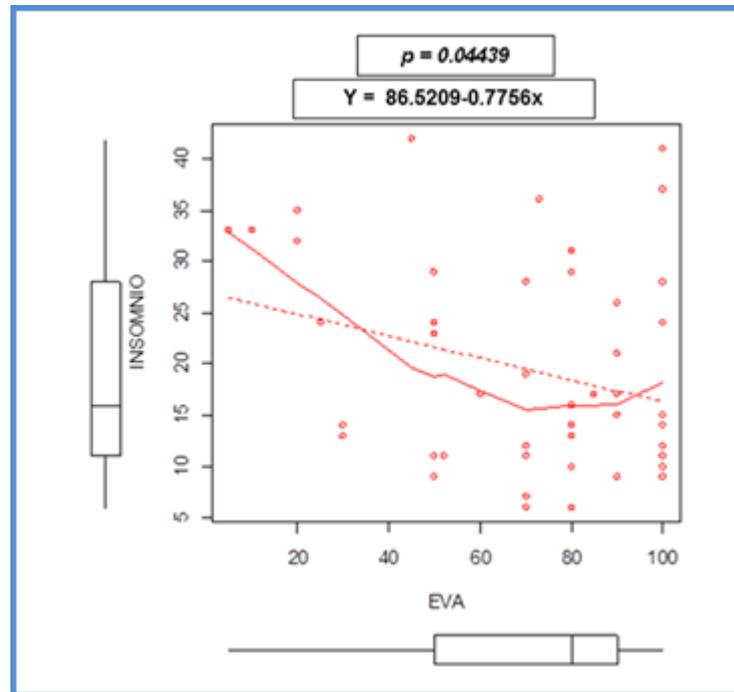
✓ **Modelo 2. Regresión lineal entre EVA e Insomnio.**

Gráfico 61: Regresión lineal entre EVA y dimensión "insomnio" del COS.

En el gráfico 61 se observa como la puntuación de la dimensión insomnio del test de Oviedo disminuye conforme a la puntuación en la escala EVA con la ecuación $Y = 86,52 - 0,78 X$ (siendo y la puntuación del insomnio, siendo x el valor que toma la CVRS medida mediante EVA)

✓ **Modelo 3: Regresión lineal entre la EVA y la dimensión “Optimismo” del cuestionario LOT.**

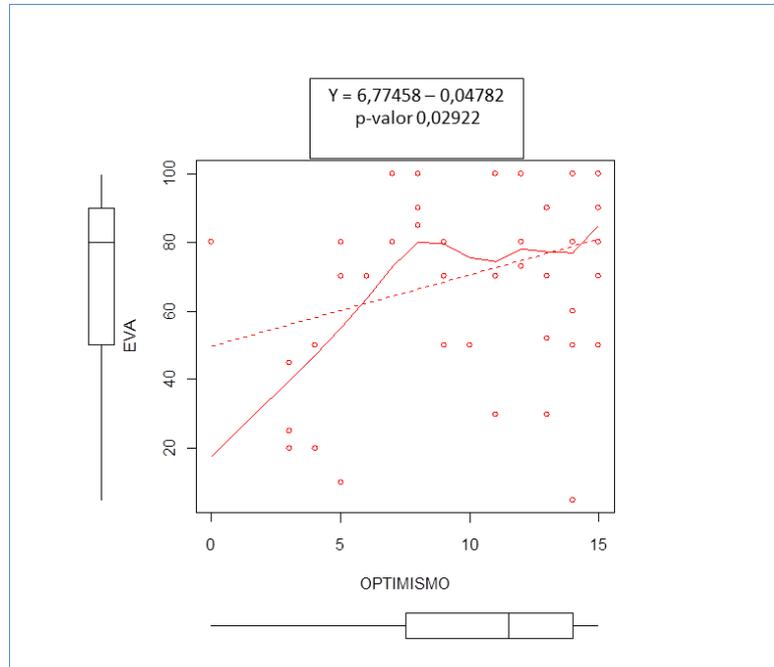


Gráfico 61: Regresión lineal entre EVA y dimensión “optimismo” del LOT.

En el gráfico 61 se observa como la puntuación de la dimensión “optimismo” del cuestionario LOT aumenta conforme a la puntuación en la escala EVA con la ecuación $Y = 6.77458 - 0.04782X$ (siendo y la puntuación del optimismo y siendo x el valor que toma la CVRS medida mediante EVA). Coeficiente de determinación 0,4%:

Discusión

Este estudio profundiza en todos aquellos aspectos relacionados con CVRS de las personas con demencia no institucionalizadas, con la intención de entender la relación entre las variables que pueden ser relevantes, para la definición del concepto, contribuyendo así al establecimiento de prioridades en la asistencia sanitaria. La utilización de diferentes instrumentos de valoración es recomendable debido a las dificultades que conlleva evaluar la CVRS en personas con demencia, que pueden presentar amnesia anterógrada y problemas para comprender lo que se les pregunta.

Perfil sociodemográfico de los pacientes con demencia cuya asistencia sanitaria se realiza en centros de día.

- **Sexo**

En la presente investigación el 81.5 % de los sujetos son mujeres frente al 18.5 % que son hombres. Algo lógico si tenemos en cuenta que nacen más mujeres que hombres y que además la esperanza de vida para el sexo femenino es mayor como indican los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). En España en el año 2015 existía una población de 47.265.321 habitantes -23.298.356 hombres y 23.966.965 mujeres. La población mayor de 65 años representaba el 17,6% de la población total mientras que la población mayor de 80 representaba el 5,3% (INE, 2015). El porcentaje de población mayor de 65 años se ha incrementado en los últimos años, este porcentaje era de 7,2% en 1950, de 9,7% en 1970, de 16,1% en 1998 y de 17,6% en 2014, según datos de la Agencia Central de Inteligencia (CIA).

Este crecimiento se debe al envejecimiento de la población, resultado de dos procesos demográficos: el descenso de la mortalidad —y su correspondiente aumento de la esperanza de vida (EV)— y el descenso de la fecundidad. El descenso de la mortalidad aumenta la proporción de personas que sobreviven a edades más altas, siendo España uno de los países con mayor EV. El INE establece la EV al nacimiento en la Comunidad Valencia en 84,95 años para las mujeres y 79,59 años para los hombres. Además, España ha pasado a tener una de las tasas de fecundidad más

bajas de Europa: 1,32 hijos por mujer. La combinación del descenso de la natalidad y el aumento de la EV da como resultado una población envejecida (León Salas, 2015). Este resultado concuerda con informes recientes. El informe de *The Lancet Neurology Commission* (Winblad et al., 2016) expone que las mujeres con demencia viven más tiempo que los hombres debido a que permanecen más tiempo en la etapa avanzada de la enfermedad, y el informe sobre envejecimiento del CSIC recoge que el sexo predominante en la vejez es el femenino existiendo un 34% más de mujeres que de varones a pesar de que nacen más hombres que mujeres y este exceso se mantiene hasta que alcanza el equilibrio hacia los 50 años (Abellán & Pujol, 2013).

- **Nivel de estudios**

El 80% de los participantes tienen estudios de tipo Básico y un 9,3% carecen de estudios. Nuestra interpretación es que esto puede ser debido a que la muestra proviene de un área rural donde lo habitual era incorporarse al trabajo en el campo y otras actividades rurales; así lo relatan algunos de los participantes en el estudio. Los resultados del presente trabajo reflejan la historia de la alfabetización en España. Algunos de los trabajos consultados manifiestan que existe una estrecha relación entre envejecimiento, nivel educativo y deterioro cognitivo, sugiriendo que la educación podría actuar como factor modulador del rendimiento cognitivo tanto en el envejecimiento normal como patológico (Vega et al., 2002; Stern, 2009; Dozzi, 2010). En el estudio de Rodríguez realizado con población española, el 65,8% no tenían estudios o no habían finalizado la educación primaria, lo que concuerda con las características de nuestra muestra (Rodríguez et al., 2015). Sin embargo, son pocos los estudios que abordan la *relación entre calidad de vida y nivel de estudios*; en nuestro caso los resultados indican que *no existe relación entre ambas variables*, lo que concuerda con lo expuesto por Vázquez, quien comenta que la CV dependen mayor medida de variables psicológicas y de aquellas relacionadas con el tipo de personalidad (Vázquez, 2015). Diferentes investigaciones ponen de manifiesto que el declive cognitivo, la depresión y la incidencia de enfermedades neurodegenerativas son más frecuentes en personas que han tenido menos años de escolarización (Chazelle et al., 2011; Reuser, Willekens & Bonneux, 2011). Del mismo modo, el nivel educativo alto es considerado como un factor protector frente a la demencia (Delgado et al., 2015; Winblad et al., 2016) debido a su asociación con una mayor reserva cognitiva.

- **Estado civil**

En relación a la variable estado civil, *el 38,89% de los sujetos participantes en el estudio son casados, el 51,85% son viudos, el 3,7% son solteros y un 5,56% no respondieron a esta pregunta.* Este resultado concuerda con lo hallado por diferentes autores como Fort y colaboradores (2010) en cuyo estudio el 50,1% eran viudos, 43,9% casados, 5,6% solteros y 0,4% separados (Fort et al., 2010). Esta diferencia puede ser debida a los objetivos del estudio que pueden influir en las características de la muestra. En el estudio de Vega y Bermejo (2002) predominan los casados frente a los viudos, a la inversa que en nuestro caso —soltero 11%, casado 64,4% y viudo 24,1%— (Vega & Bermejo-Pareja, 2002). Esto puede ser debido a que la media de edad es inferior a la nuestra (71,9 años) y aun no se habría producido el aumento de la tasa de mortalidad propia de la tercera edad de la vida.

- **Enfermedad neurológica**

En relación a la enfermedad neurológica prevalente, *el 16.7% de los sujetos/participantes están diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer (EA). Las demencias con una “base vascular” sólo suponen un 5.6% de los casos en la presente investigación.* En el estudio de Lucas (2011) con muestra de los centros de día de Barcelona, la distribución de las enfermedades fue el 50,5% EA, el 12,1%, demencia vascular, el 19,2%, demencia mixta y otras, y el 18,2%, trastorno cognitivo no especificado. Las diferencias con nuestro estudio pueden ser debidas al tamaño muestral (superior en el estudio de Lucas, n=99) y al origen de la muestra puesto que Lucas seleccionó a los pacientes de centros de día, unidades de diagnóstico y hospitales de día (Lucas et al., 2011).

La EA es la demencia más prevalente en el mundo frente al resto, supone entre el 50-70% de las demencias (Delgado et al., 2015; Winblat et al., 2016). Nuestros datos son concordantes con la prevalencia e incidencia de esta enfermedad. El 7.4 % de los sujetos estudiados presenta DCL que se corresponde con los niveles 1, 2 y 3 del GDS de Reisberg, estos pacientes presentan manifestaciones relacionadas con la edad, especialmente alteraciones de la memoria (Reisberg et al., 1998).

Se utilizó el estadístico Chi-Cuadrado para analizar *relación entre la variable género y la presencia de enfermedad neurológica*, lo que nos permitió afirmar que el sexo no supone mayor o menor probabilidad de sufrir demencia, aspecto que concuerda con lo expuesto por otros autores como De la Barrera (2010) (De la Barrera et al., 2010). Sin embargo, Fernández expone que la prevalencia de demencia estaba asociada con el

sexo femenino (Fernández et al., 2008). Esto puede ser debido a que el sexo masculino es un factor predictor de mortalidad en los pacientes con demencia (Delgado et al., 2015), lo que explicaría la mayor prevalencia de enfermedades neurodegenerativas en las mujeres.

- **Localidad**

El 33,3% de los sujetos que han participado en el estudio afirmaron residir en la población de Algemés seguidos de Guadassuar con un 31,48 %. Cabe destacar a la vista de los resultados y con un carácter meramente descriptivo que la muestra de sujetos es mayoritariamente de origen rural. Los sujetos/participantes de nuestra muestra son representativos en su mayor parte de la Comarca de la Safor. Sólo el 18.5% representan a Valencia capital —área urbana—. Esto concuerda con lo expuesto por Winblad y colaboradores (2016), quienes establecen que la proporción de sujetos con demencia que es cuidada en su domicilio es mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas (Winblad et al., 2016).

Los estudios que muestran diferencias en aspectos de salud entre grupos de sujetos urbanos frente a los rurales son de interés (Otero et al., 2004), ya que muestran en muchas ocasiones diferentes hábitos de salud y aspectos bio-psico-psicosociales peculiares a destacar.

Se ha encontrado una relación lineal y estadísticamente significativa entre la variable independiente cualitativo género y la variable sociodemográfica localidad. Los resultados de nuestra investigación ofrecen una información que evidencia que el residir en una localidad determinada está relacionado con el género; en nuestro caso, con número mayor de mujeres. Este resultado puede dar información respecto a la supervivencia según género en determinadas localidades (poblaciones), datos que son concordantes con la EV y que es mayor en mujeres (Abellán & Pujol, 2013). Sin embargo, Fernández en su estudio expuso que no existía relación entre el tipo de población —urbana vs. rural— y la prevalencia de demencia (Fernández et al., 2008).

- **Comorbilidad**

En relación a la comorbilidad, *la media del ICC para la muestra ha sido de $5,84 \pm 1,14$, lo que supone una comorbilidad alta.* Este resultado coincide con los reportados por diversos estudios (Unverzagt et al., 2001; Nguyen et al., 2002; Mejía-Arango et al., 2007) llevados a cabo en Latinoamérica, Estados Unidos y Europa, los cuales

concluyen que la probabilidad de deterioro cognitivo era mayor en sujetos con diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardiaca, enfermedad cerebral y depresión. La alta prevalencia de diabetes en pacientes con demencia se debe a los efectos micro y macrovasculares sobre el cerebro, lo que implica un aumento en el riesgo de demencia y también a que los sujetos tienen una media de edad alta y la DM es frecuente en este grupo etario. *En nuestro estudio el 24,07% presentaba diabetes* este resultado concuerda con lo expuesto por Formiga y colaboradores (2007), en cuya investigación el 24% de la muestra era diabética y la media del ICC fue de $2,1\pm 1,3$, inferior al resultado obtenido en la presente investigación (Formiga et al., 2007).

- **Figura cuidador principal**

El 38,9% de los pacientes de la muestra son cuidados por sus hijas/os seguidos del 22,2% de los pacientes que son cuidados por su cónyuge. Este resultado va dirigido en la misma línea que el estudio de Albaren y Vigil (2006), en el cual el 73% de los cuidadores eran hijas/os (Alvarez & Vigil, 2006), y que la investigación realizada por Prick y colaboradores (2015), donde el 90,1% eran cuidado por sus cónyuges (Prick et al., 2015).

En nuestra muestra prevalece el cuidado informal (hijos y cónyuge) con un 59,26% frente al cuidador formal —remunerado—, que no tiene por qué ser graduado/especializado. Estos resultados concuerdan con los de Tay, en cuyo estudio el 95,2% eran cuidados por sus cónyuges e y/o hijos (Tay et al., 2014), y con los *The Lancet Neurology Comission*, donde los pacientes con EA eran cuidados en su domicilio por esposa o hija (Winblad et al., 2016), así como con lo expuesto en el *Informe sobre Envejecimiento del CSIC* (Abellán & Pujol, 2013).

Los estudios analizados (Abellán & Pujol, 2013; León, 2015) muestran que a pesar de los cambios sociales sigue prevaleciendo el cuidado informal.

En los últimos años la familia ha asistido a un cambio en su estructura familiar caracterizado por la desaparición de la “familia extensa”, el aumento del número de separaciones, la permanencia de los hijos en el hogar paterno hasta edades tardías, la “democratización” de la pareja y la incorporación de la mujer al mercado laboral, entre otras.. Estos cambios en la estructura familiar están provocando que las familias tengan problemas para atender a sus familiares mayores dependientes, aunque en la actualidad el cuidado principal y la atención a la dependencia siguen recayendo en la

familia. En España, el 60,9% de las personas mayores vive en residencias de personas mayores, públicas o privadas (INE,2013).

Dado que nuestra muestra está basada en personas mayores, podemos afirmar que representa a la población de este grupo, en concreto a los pacientes no institucionalizados/hospitalizados que son cuidados en su domicilio.

- **Edad**

La media de la edad para nuestra muestra es de $81,5 \pm 7,4$ años. El paciente de menor edad tenía 63 años y el de mayor edad 95 años. La franja de edad según datos del INE 2016 se sitúan en hombres en 80 años de EV y en 85 en mujeres: nuestra muestra con una media de 81.85 de edad es representativa de ese grupo a estudio. En el estudio de Tay y colaboradores, la media fue de 76.8 ± 6.9 (Tal et al., 2014) para población asiática, mientras que en el de Rodríguez fue de $85,57 \pm 6,73$ años para muestra española (Rodríguez et al., 2015). En un estudio reciente realizado en los Países Bajos, la media fue de $77 \pm 7,5$ años (Prick et al., 2015). La heterogeneidad de los datos aportados por diferentes investigaciones puede ser debida a los criterios de inclusión de cada estudio.

La frecuencia de las edades es mayor para las edades centrales. Algo lógico si tenemos en cuenta que un criterio de inclusión es ser mayor de 65 años y que la edad es un factor de riesgo determinante para las demencias (Winblad et al., 2016). En el primer grupo la edad aun no tiene un gran peso como factor de riesgo y a medida que avanza la edad hay mayor incidencia de demencia, hasta que en los grupos de más edad la mortalidad es mayor. En pacientes entre 30 y 49 años la incidencia de demencia es menor y a medida que aumenta la edad el número de casos se triplica (Delgado et al., 2015).

Si analizamos la edad de la muestra por sexo, se observa que la media de la edad de los hombres es $84,7 \pm 6,44$ mientras que la media de la edad de las mujeres es $81,2 \pm 7,58$ años, siendo la media de edad de los hombres superior a la de las mujeres. Esto es debido a las características de la muestra donde los sujetos de sexo masculino son el 18,50% (10 de 54) y los de sexo femenino 81,50% (44 de 54).

A pesar de que distintas investigaciones coinciden en que el principal factor de riesgo para EA es la edad avanzada (Mongil et al., 2009;Ruiz, 2012;Unverzagt et al., 2012; Delgado et al., 2015; Winblat et al., 2016), en nuestro estudio la relación entre edad y enfermedad neurológica no es significativa. Esto puede ser debido a la mayoría de

investigaciones se realizan con sujetos institucionalizados y en el caso de la presente investigación la muestra reside en su domicilio.

En nuestra investigación y con nuestros datos no podemos afirmar que exista una relación entre la edad y la enfermedad neurodegenerativa. Esta discrepancia puede ser debida a dos factores a tener en cuenta en este resultado: el primero, que la muestra de nuestros sujetos no están institucionalizados, y segundo, que el número de sujetos/participantes es limitado. Entendemos que esta segunda situación en cualquier estudio epidemiológico es rotunda, sin embargo cuando barajamos la primera opción nos preguntamos si los pacientes no institucionalizados presentan diferencias en aspectos que hacen que tengan menos comorbilidad, y en este caso, de naturaleza neurodegenerativa, por lo que se deben de plantear estudios que hagan inciso en este aspecto en concreto, teniendo en cuenta otros factores modificables.

- **Número de hijos**

Los participantes en el estudio tuvieron una media de $2,4 \pm 1,09$ hijos. La muestra es representativa de la población española ya que según el INE el Índice de Fecundidad actual es de 1,33. Sin embargo, dicho índice para la etapa reproductiva de los participantes en el estudio (década de los 70) era de 2,85 (INE, 2015).

Valoración según Patrones Funcionales de Majorie Gordon

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud.

En relación a la CVRS valorada mediante el cuestionario SF-36, en el contexto del patrón manejo de la salud, el estadístico Tau-b de Kendall muestra una relación estadísticamente significativa entre la *edad y el estado de salud de hace un año (ítem 2) con un nivel de significación de 0,043, aunque dicha relación es débil como indica el valor del coeficiente de correlación $r=0,226$* . Existen escasas investigaciones que analicen la relación entre estas variables en pacientes diagnosticados de algún tipo de demencia, lo que dificulta la comparación de resultados. No obstante, Lucas-Carrasco (2011) concluye que las variables sociodemográficas no influyen en la CV - evaluada mediante pregunta global del World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL)- de los pacientes con demencia. (Lucas-Carrasco & March, 2011). Esta discrepancia puede ser debida a la diferencia de instrumentos empleados para valorar la CV en los distintos estudios. En relación al *ítem 34, estar tan sano como cualquiera y grupos de edad, se ha obtenido un valor de correlación moderado con significación estadística*, lo que implica que existe una relación directa positiva, conforme aumenta la edad la percepción de que la salud es excelente disminuye —téngase en cuenta que a mayor puntuación menor percepción de salud—; esto puede ser debido a que una de las variables que más influye en la CV es el nivel de independencia (León, 2015).

Al analizar la relación entre el sexo, la edad y el estado de salud mediante el estadístico Chi-Cuadrado, en el grupo global el p valor se aproxima a 0,05 aunque no es significativo (0,077). Al realizar la prueba según sexos, se observa como la cercanía a la significación procede del sexo femenino (p-valor 0,071). León-Salas (2015) establece que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables CVRS y sexo de pacientes con demencia, aunque en su estudio los hombres valoraron mejor su CVRS que las mujeres (León, 2015). Sin embargo, Puebla y Del Pino (2015) establecen que los hombres puntúan más alto en todas las dimensiones excepto en la física, en la que las mujeres obtienen puntuaciones medias más altas (Puebla & Del Pino, 2015).

La relación entre la edad y reducción de las actividades cotidianas (ítem 17) es moderada, directa y estadísticamente significativa lo que concuerda con lo expuesto por León-Salas (2015) en cuyo estudio la relación entre el Índice de Barthel y la CVRS obtuvo un p-valor de 0,03 (León, 2015). La edad sin duda implica un mayor deterioro

funcional, tal y como se ha demostrado en nuestra investigación, y que es concordante con lo evidenciado por otros autores.

Respecto a las dimensiones del cuestionario SF-36, las puntuaciones medias fueron para la "función física" $41,67 \pm 33,53$, para el "rol físico" $47,06 \pm 48,9$, para el "dolor" $60,83 \pm 35$, para la "salud general" $44,71 \pm 22,79$, para la "vitalidad" $49,51 \pm 23,2$, para la "función social" $62,99 \pm 33,91$, para el "rol emocional" $54,9 \pm 48,45$ y para el "bienestar emocional" $54,04 \pm 26,42$. En el estudio de Retamal-Matus (2015) sobre la CVRS de pacientes institucionalizados en centros de larga estancia, se observaron diferencias en la puntuación media con respecto a algunas dimensiones. En nuestro estudio la puntuación de las dimensiones que valoran el "componente físico" y el "rol emocional", es mayor mientras que en la "salud general" y "vitalidad" en la presente investigación se han obtenido promedios inferiores a los del citado estudio. En el caso de la dimensión "función social", las puntuaciones eran similares, algo llamativo si tenemos en cuenta los distintos perfiles de ambas muestras: institucionalizados vs. no institucionalizados (Retamal-Matus et al., 2015).

En relación a los resultados obtenidos a partir del cuestionario Euro-Qol, el valor medio de la escala EVA de la CVRS (autopercepción del estado de salud) ha sido de $73,61 \pm 26,85$. El participante que más puntuó fue con 100 puntos sobre 100 y el que menos 5 puntos. Este resultado es comparable con el obtenido por Garrido y colaboradores (2003) en su estudio con pacientes no institucionalizados y mayores de 65 años en el área metropolitana de Madrid, donde la EVA se puntuó $66,6 \pm 1,3$ (Garrido et al., 2003).

Existe relación entre la edad y la movilidad y la edad y el estado de salud del Euro-Qol. Este resultado discrepa de lo evidenciado en la investigación de Baqueroa y colaboradores (2009), quienes afirman que la edad no influye en la CVRS valorada mediante el Euro-qol. Esta disonancia puede ser debido a que la muestra de Baqueroa solo incluye pacientes con EA mientras que nuestro estudio presenta diferentes tipos de demencia (Baqueroa et al., 2009).

Como se ha podido observar el estadístico Tau b de Kendall muestra una relación estadísticamente significativa entre la edad y la movilidad con un nivel de significación de 0,059. Este resultado es previsible ya que conforme aumenta la edad tanto los problemas de movilidad como la percepción de que la salud empeora con la edad es evidente, tal y como afirman Baqueroa y colaboradores (2009) en su estudio con pacientes diagnosticados de EA (Baqueroa et al., 2009).

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

La puntuación media en el cuestionario MNA ha sido de $26,26 \pm 4,32$, lo que representa una nutrición adecuada. Este resultado debe interpretarse teniendo en cuenta que los participantes en el estudio están en las fases iniciales de su enfermedad y que la mayoría tienen un cuidador en el domicilio ya que tal y como indican Guindo y colaboradores (2015), el estado nutricional se ve afectado por alteración de las funciones cognitivas, alteración en la masticación y la deglución y en la capacidad funcional (Guindo et al., 2015).

En nuestro caso, únicamente se ha utilizado la puntuación total del cuestionario a pesar de que las recomendaciones indican que se deben utilizar medidas antropométricas, parámetros bioquímicos y pruebas nutricionales (Unanue-Urquijo et al., 2009). La falta de financiación y las características de los sujetos participantes en el estudio, muchos de ellos con limitación de la movilidad que dificultaba valorar el peso y la talla, han contribuido a que únicamente se utilizase puntuación media en el cuestionario MNA para valorar este parámetro.

El estado nutricional de la muestra concuerda con los resultados de Méndez (2013) en cuyo estudio con sujetos no institucionalizados la media del MNA fue de $27 \pm 2,41$ (Méndez et al., 2013) y con los de Rosas-Carrasco y colaboradores (2010) en cuya estudio con una muestra de pacientes mejicanos con demencia, la media del MNA fue de $22,72 \pm 4,14$ (Rosas-Carrasco et al., 2010).

En la presente investigación, *solamente un 2 % de la muestra no presenta riesgo de malnutrición. El 44% presenta riesgo de malnutrición y el 54% presenta malnutrición.* Estos resultados concuerdan, con lo expuesto por De la Montaña y colaboradores (2009), como por Roscapana y colaboradores (2015). Por un lado, en el primer estudio se expone que el 70% de la muestra no presentaba un estado nutricional adecuado y que esta situación empeoraba para el grupo de edad de 65-70 años y los mayores de 81 años, donde el perfil de la muestra estaba compuesto por pacientes ancianos sin demencia, no institucionalizados (De la Montaña et al., 2009). Por otro lado, en la segunda investigación con pacientes diagnosticados de EA, el 57% presentaba riesgo de malnutrición y un 14 % presentaba malnutrición (Roscapana et al., 2015).

Es difícil la comparación de resultados ya que la mayoría de investigaciones se centran en pacientes institucionalizados, como el estudio realizado por Martín y colaboradores (2012) quienes concluyen que el estado nutricional es independiente del tipo de demencia y que la malnutrición en ancianos institucionalizados aumenta conforme lo hace el estadio evolutivo de la enfermedad (Martín et al., 2012).

La cuestión que se plantea es si los sujetos institucionalizados están mejor o peor nutridos que los que son atendidos en su domicilio. En nuestro estudio, con pacientes en domicilio, la tendencia es que se mantenga un mejor estado nutricional. Sin embargo, tal como se ha comentado al inicio se debería de tener en cuentas otros factores asociados.

En la presente investigación, no existió relación lineal entre la variable sexo y el estado nutricional. Este aspecto está en desacuerdo con lo expuesto por Yildiz (2015), en cuyo estudio la puntuación del MNA era menor en el sexo femenino (Yildiz et al., 2015). Esta discrepancia puede deberse a la diferente procedencia de las muestras, ya que el citado estudio se realizó en Turquía y las diferencias culturales podrían ser la causa de la diferencia en los resultados de ambas investigaciones. Sin embargo, Tombini (2016), en su estudio con población italiana diagnosticada de demencia no encontró relación entre el sexo y el estado nutricional (Tombini et al., 2016).

Patrón 3: Eliminación.

El 16,7% de los participantes hombres de nuestra muestra presentan incontinencia urinaria de urgencia, lo que representa el 28,5 % de la muestra válida y el 7,2% de la muestra válida presenta obstrucción prostática. El 50% de los participantes mujeres de nuestra muestra presentan incontinencia urinaria de esfuerzo lo que representan el 65,2 % de la muestra válida y el 34,2% (1 de cada 3 mujeres) de la muestra válida presenta incontinencia de urgencia. Este resultado concuerda con lo expuesto por distintos autores, los cuales afirman que la demencia se asocia con una mayor prevalencia de incontinencia urinaria (Miu et al., 2010; Gove et al., 2016).

Las características de la muestra en relación al patrón de eliminación deben ser valoradas teniendo en cuenta que pueden ser debidas tanto a la edad como a las alteraciones del comportamiento de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, como es el caso de las demencias (Bravo,2000; Santos et al., 2012).

La prevalencia de IU ha sido poco estudiada en los pacientes con demencia y las escasas investigaciones publicadas se centran en pacientes institucionalizados. Muestra de ello es el estudio realizado por Villanueva y colaboradores (2011), donde el 55% de las mujeres y el 48% de los hombres presentaba incontinencia sin especificar el tipo, aunque dicho estudio concluye que el 55% de las incontinencias son mixtas (urgencia-esfuerzo) (Villanueva et al., 2011). En el caso de los pacientes domiciliarios, Landi (2003) estudió la prevalencia de la incontinencia en el anciano frágil y concluyó

que ésta era del 51% (Landi et al., 2003), mientras que Damian (1998) detectó una prevalencia del 15,5% en pacientes mayores (Damian et al., 1998). La metodología de cada estudio puede explicar el amplio rango detectado.

Es importante tener en cuenta que la continencia urinaria y la independencia para la alimentación son dos de los marcadores que Bravo (2002) establece como criterios de institucionalización en los pacientes con demencia (Bravo,2002).

La prevalencia de la incontinencia urinaria varía en función del nivel asistencial, sin especificar las características de la muestra, del 30% en la comunidad y del 50% en hospitales y residencias (Carlos et al.,2009).

Es posible que aquellos pacientes institucionalizados presenten mayor disfunción en la eliminación que aquellos que residen en su domicilio, y que este problema sea uno de los factores de institucionalización. Cuanto mayor es el nivel de dependencia de los pacientes, mayor probabilidad de ingreso en residencias por la carga que supone el cuidado en los domicilios (Ortiz et al., 2002; Urbina et al., 2011; Martínez et al., 2015).

Patrón 4: Actividad – Ejercicio.

La puntuación media total del cuestionario de Baecke es de $2,37 \pm 2,09$, este valor se corresponde con sujetos sedentarios. Estos resultados concuerdan con lo expuesto por Landinez (2012), quien en su artículo concluye que el comportamiento sedentario aumenta con la edad (Landinez et al., 2012) y con los resultados de Coelho y colaboradores (2014) en cuyo estudio realizado con pacientes diagnosticados de EA en estadio intermedio la puntuación del Baecke fue de $2,5 \pm 1,6$, mostrando una relación estadísticamente significativa entre el nivel de actividad y la EA, lo que demuestra que los pacientes con EA son menos activos que los casos control (Coelho et al., 2014). Esto puede ser debido a que los pacientes con enfermedades neurológicas tienen peor forma física; no obstante, existen pocos estudios que evalúen la forma física de los pacientes con demencia dada la dificultad que esto conlleva (Christofoletti et al., 2011; Lima et al., 2012; Vital et al., 2012). Los resultados de Vital y colaboradores muestran una media del BQME (1,8) inferior a nuestros resultados en pacientes con EA no institucionalizados. Esta discrepancia puede ser debida a la presencia de síntomas depresivos en la muestra estudiada, algo que no ocurre en nuestros pacientes (Vital et al., 2012).

La media para la dimensión “número de personas para las que usted limpia y arregla la casa” ha sido $0,67 \pm 1,36$, para la dimensión “número de habitaciones que usted

limpia”, ha sido $0,29 \pm 0,5$; para la dimensión “piso en el que se encuentra dichas habitaciones”, $0,2 \pm 0,46$; y para la dimensión “número de pisos que usted sube” $0,41 \pm 0,67$. En la dimensión “actividades domésticas” la media ha sido $0,39 \pm 0,49$, inferior al resultado de Vital y colaboradores (2012), en cuyo estudio la media de esta dimensión fue 1. Esta discrepancia puede ser debida a que nuestros pacientes acuden a centros de día y tienen un cuidador principal. El 73,5% de la muestra no realiza ninguna labor doméstica, personas por tanto con alto grado de dependencia y que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria, mientras que en el estudio anteriormente referido los sujetos a estudio vivían independientes en la comunidad, lo que justificaría su mayor independencia en la realización de actividades domésticas (Vital et al., 2012).

En la dimensión “actividades físicas”, la media de los sujetos que han participado en nuestro estudio es de 0,18 mientras que en el caso del trabajo Vital la media fue de 0.

En la dimensión “actividades de ocio”, la media de los sujetos que han participado en nuestro estudio es de 1,73 lo que indica que nuestra muestra tiene actividades de ocio en su tiempo libre. Este resultado discrepa del estudio de Vital en cuyo caso la media fue de 0 (Vital et al., 2012).

Las investigaciones sobre actividad física en personas mayores se centran en el beneficio del ejercicio físico como intervención terapéutica y son estudios longitudinales, lo que dificulta la comparación con nuestros resultados. Es evidente que nuestra muestra —personas mayores de 65 años— realiza escasa actividad física aunque dichos resultados deben interpretarse teniendo en cuenta que la presente investigación tiene un carácter transversal.

Patrón 5: Sueño – Descanso.

La puntuación total en el Test del sueño de Oviedo el promedio ha sido de $30,18 \pm 11,91$ (valores estándar de 13 a 72 puntos). La media para la dimensión “satisfacción subjetiva del sueño” ha sido de $4,53 \pm 1,71$ (rango de puntuación entre 1 y 7) para la dimensión de insomnio ha sido de $19,327 \pm 10,07$ (rango de puntuación entre 9 y 45). En el caso de la dimensión hipersomnio, la media ha sido de $6,3 \pm 3,88$. Estos resultados eran esperables si tenemos en cuenta que uno de los criterios de institucionalización de los pacientes con demencia son los problemas del sueño que tanto malestar provocan en los cuidadores. Al tratarse de una muestra no

institucionalizada es lógico que la puntuación obtenida indique una satisfacción subjetiva del sueño adecuada y un insomnio leve para los participantes en el estudio.

Tal y como explica Fajardo, en la EA el sueño se caracteriza por un aumento de los despertares, tanto en duración como en frecuencia, y un aumento de las siestas diurnas, además de por una disminución del sueño lento profundo —fase 3-4 del sueño no-REM— y del sueño REM. El insomnio es el síntoma más frecuente y puede existir en cualquiera de las etapas de la enfermedad. También se describen hipersomnias, hiperactividad motora nocturna y alucinaciones sobre todo en las fases avanzadas de la demencia.

Entre la dimensión hipersomnio del cuestionario de Oviedo y la figura de cuidador principal existe una correlación inversa y moderada con significación estadística. Si la figura del cuidador son hijos o cónyuges, la alteración de hipersomnio disminuye. No se han encontrado estudios en la literatura que analicen la relación entre estas variables.

Los problemas de insomnio/sueño, están significativamente más presentes entre las mujeres (Pérez-Fuentes et al., 2015); aunque en nuestro estudio no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones del cuestionario de Oviedo y el sexo. Esta discrepancia puede ser debida a que en nuestro estudio la muestra la constituyen mayoritariamente mujeres, por lo que la homogeneidad de la muestra podría haber influido en el resultado.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

La media de la puntuación del MMSE de los sujetos que componen la muestra ha sido de $16,60 \pm 4,95$ puntos que corresponde a la categoría de demencia leve a moderada. En el caso de las mujeres, la media $16,69 \pm 4,93$ mientras que para los hombres $16,18 \pm 4,78$. Existe gran amplitud en el rango de puntuaciones de los diferentes estudios publicados. Se ha encontrado más variabilidad en personas con bajo nivel educativo (González 2015), como es el caso de nuestra muestra: Rodríguez en su estudio con ancianos institucionalizados obtuvo una puntuación media de $14,71 \pm 9,73$; Fort y colaboradores (2010), reportan una media del MMSE de 13 ± 7 ligeramente inferior a nuestros resultados, aunque se debe tener en cuenta que en su estudio el 10,1% de la población estaba institucionalizada (Rodríguez et al, 2009; Fort et al, 2010). Esta diferencia puede deberse a las características de la muestra (n=215, institucionalizados pero solo el 39,6% estaba diagnosticado demencia). En el estudio realizado por Alom con pacientes de Atención Primaria, la media de la puntuación fue

de $17,7 \pm 4,8$ (Alom et al, 2013) Rosas y colaboradores (2010) en un estudio con población mejicana obtuvieron una media de $18,55 \pm 4,99$ (Rosas et al, 2010). En el estudio de Mancebo y colaboradores (2013) en pacientes del área metropolitana de Valencia, la media del MMSE fue de $12,0 \pm 7,2$ (Mancebo et al, 2013). Esta diferencia puede deberse a que en nuestro estudio los pacientes están diagnosticados de diferentes tipos de demencia mientras que en el de Mancebo, únicamente se incluían pacientes con EA. En un estudio reciente realizado en los Países Bajos con personas diagnosticadas de demencia que vivían en su domicilio, la media fue de $21 \pm 5,2$ (Prick et al, 2015).

Entre la variable edad y la puntuación global del MMSE existe una relación significativa entre ambas variables, siendo esta relación inversa y moderada, es decir, a mayor edad menor puntuación lo que concuerda con diferentes investigaciones como la de Formiga (2007) y Vega & Bermejo (2002) (Vega & Bermejo-Pareja, 2002; Formiga et al., 2007).

Los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto que el sexo no influye en la puntuación del MMSE. Este resultado discrepa de los expuesto por Formiga y colaboradores (2007) —en cuyo estudio los hombres obtuvieron mejor puntuación— (Formiga et al., 2007) y de los expuesto por Butman y colaboradores (2001) —en cuyo estudio la edad se correlacionó negativamente: a mayor edad menor puntuación—. Esta diferencia puede deberse a que el rango de edad de la muestra era mucho mayor que en nuestro estudio (entre 30 y 94 años) y los sujetos que participaron en el estudio no estaban diagnosticados de demencia lo que implicaría diferencias en el perfil de las muestras. (Butman et al., 2001).

La media de puntuación en la dimensión “atención y cálculo” del MMSE ha sido de $0,96 \pm 1,714$, siendo el rango de esta variable entre 0 y 6 puntos. Los participantes en esta dimensión puntúan muy bajo. Las áreas cerebrales implicadas en el cálculo matemático son el lóbulo parietal —en concreto, el segmento horizontal del surco intraparietal que se halla especializado en la representación interna de las cantidades, el procesamiento abstracto de las magnitudes y su relación— y el giro angular, el cual participa en el procesamiento verbal de determinadas tareas aritméticas y permite la resolución de problemas matemáticos. La corteza prefrontal, la parte posterior del lóbulo temporal, la corteza cingulada y distintas regiones subcorticales, están también implicadas (Pastor, 2008; Serra-Grabulosa et al., 2010).

La media de puntuación en la dimensión “atención y recuerdo diferido” del MMSE ha sido de $0,66 \pm 1,967$, siendo el rango de esta variable entre 0 y 4 puntos. Los

participantes en esta dimensión puntúan muy bajo. Las alteraciones de la memoria anterógrada se presentan frecuentemente en el perfil de nuestros sujetos tal y como evidencia la literatura científica al respecto (Sánchez et al., 2015; Manso-Arroyo et al., 2015). Por tanto, la puntuación de nuestros sujetos en esta dimensión se corresponde con la realidad de las demencias corticales.

La media de puntuación en la dimensión “lenguaje y construcción” ha sido de $6,68 \pm 2,161$, siendo el rango de esta variable entre 0 y 10 puntos. Los participantes en esta dimensión puntúan por encima de la media. Cabe destacar dos aspectos de interés en este resultado; por un lado, con respecto al descriptivo de otras dimensiones, la puntuación en “lenguaje y construcción” ha sido alta por lo que pensamos que las alteraciones del lenguaje de nuestros participantes —por lo menos en el análisis descriptivo de los resultados— se ha visto menos alterada que otras.

Por otro lado, el segundo aspecto de interés a valorar es que el perfil de nuestra muestra son mayoritariamente mujeres y sus alteraciones neurológicas, que se muestran en el descriptivo inicial no son producto de procesos isquémicos —con referencia a la demencia vascular— sino que están relacionados con la edad. Por tanto, podemos concluir que en nuestra muestra las alteraciones del lenguaje se presentan en un porcentaje menor que otras dimensiones, pues el área del lenguaje (en términos anatómicos y fisiológicos) no está afectada con respecto al resto (Delgado & Salinas, 2009).

El perfil de nuestros sujetos se corresponde con los afectados por demencias corticales, ya que están afectadas en mayor medida la capacidad de cálculo, atención y recuerdo.

La media de puntuación en el Test de Fluencia Verbal en el grupo global ha sido de $4,94 \pm 4,04$, ligeramente inferior al estudio de Mancebo y colaboradores (2013) en pacientes del área metropolitana de Valencia, en cuyo caso la media fue de $5,1 \pm 4,4$ (Mancebo et al., 2013). En el caso de los hombres, la media se corresponde con $3,22 \pm 2,61$, siendo para las mujeres de $5,32 \pm 2,16$; la media las mujeres presenta por tanto, un valor medio más alto que los hombres. En cuanto al sexo y FV existe una relación estadísticamente significativa entre dichas variables. Con respecto al sexo, los resultados encontrados en la literatura son contradictorios ya que algunos autores concluyen que las mujeres tienen un mejor rendimiento que los hombres debido a que las mujeres desempeñan mejor las tareas verbales, mientras que los hombres se desenvuelven mejor en las tareas visoespaciales (Torres et al., 2006) y otros como Butman (2000) y Valencia (2000) no encuentran diferencias estadísticamente significativas (Butman et al., 2000; Valencia et al., 2000). Esta discrepancia puede ser

debida a la heterogeneidad de las variables analizadas como años de escolaridad, edad o grupos de edad y sexo. Muchos de los estudios se centran en pacientes sanos, lo que dificulta la comparación con nuestros resultados.

Los resultados obtenidos en este patrón, nos podrían indicar que el área cerebral relacionada con el lenguaje en personas mayores en domicilio que presentan algún tipo de demencia —no vascular, ya que en este caso sí podría estar afectada si se obstruye la arteria cerebral media izquierda— está más conservada en mujeres que en hombres ya que son capaces de reproducir más entidades semánticas que los hombres en un minuto —por supuesto, hacemos referencia al área de Wernicke—. A valorar aquellos casos en que la limitación de generar más palabras sea producto del Área de Broca (articulación de la palabra), estando conservada la de Wernicke (compresión de la palabra), pero este aspecto no es objetivo de nuestro estudio y quedaría para una futura línea de investigación.

Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto.

La media de la puntuación total patrón autopercepción-autoconcepto valorada mediante el cuestionario AF-5 es de $27,65 \pm 6,5$, rango entre 1 y 99. La dimensión peor valorada es la de la "actividad social", con una puntuación media de $3,98 \pm 1,75$. Este resultado va en la línea de lo expuesto por Cava y Musitu (2000), en cuyo estudio los ancianos institucionalizados manifiestan mayor autoestima social que los no institucionalizados. Así, estos ancianos expresan en mayor medida que no tienen dificultades para establecer relaciones e iniciar amistades con otras personas. Este hecho, puede ser consecuencia de la mayor necesidad que estos ancianos tienen de establecer vínculos con otros residentes en la institución (Cava & Musitu, 2000).

Los valores del estadístico Tau-b de Kendall entre las dimensiones del cuestionario Eurol QoI-5D y la variable independiente edad, muestran que únicamente *existe relación estadísticamente significativa entre las variables estado de salud y edad (p -valor 0,022)*, siendo dicha relación débil ($r=0,106$). Este resultado coincide con lo expuesto por Séculi y colaboradores (2001), en cuyo estudio realizado con población no institucionalizada residente en Cataluña, se demuestra mediante modelo de regresión logística multivariable que la percepción de mala salud es mayor en las edades avanzadas, siendo factores explicativos el número de enfermedades crónicas, así como padecer discapacidades (Séculi et al., 2001).

Otro factor que afecta a la autoestima de los ancianos es la institucionalización, debido a la pérdida del apoyo social de la familia (Guerrero et al., 2015).

Es compleja la discusión de los resultados relativos a este patrón puesto que en las investigaciones consultadas no se ha empleado el mismo instrumento de valoración o las características de la muestra impiden la comparación. Gran parte de las investigaciones sobre autoestima en pacientes con demencia se centran en los cuidadores.

Patrón 8: Rol – Relaciones.

La puntuación media de los pacientes que han participado en el estudio es de $6,75 \pm 3,15$ para el Apgar Familiar. El 64,6% de la muestra global se presenta en el Cuestionario Apgar como familia funcional. Este resultado va en la línea de lo expuesto por Córdoba y colaboradores (2012), en cuyo estudio el 48,1% de la muestra tenía familia funcional; así como por González (2009), en cuyo estudio con población rural la funcionalidad familiar era del 74%; mientras que Tasake y colaboradores (2011), estimaron la funcionalidad familiar en 67,3% y Cerquera y colaboradores (2016), en cuyo estudio la funcionalidad era del 64% (González et al., 2009; Tasake et al., 2011; Córdoba et al., 2012; Cerquera et al., 2016). La variabilidad de la muestra y su procedencia puede explicar la amplitud en el rango de resultados.

El estudio de Cava y Musitu (2000) muestra que los ancianos no institucionalizados tienen mayor autoestima familiar que aquellos que están institucionalizados, es decir, tienen un concepto de sí mismos más favorable con respecto al grado en que son queridos o valorados por los miembros de su familia (Cava & Musitu, 2000).

Existe una relación estadísticamente significativa entre las variables sexo y Apgar lo que implica que existe una relación fuerte entre el sexo y el apoyo familiar percibido. Sin embargo, este resultado discrepa de lo expuesto por Vivaldi y Barra (2012) en cuyo estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en apoyo social percibido. Una posible explicación sería que la percepción de apoyo social estaría influida no sólo por variables de género sino por otras variables personales, por ejemplo la apreciación subjetiva de los recursos propios de afrontamiento (Vivaldi & Barra, 2012).

La mayoría de los estudios encontrados analizan el apoyo percibido por el cuidador, por lo que el hecho de que la fuente de información difiera explicaría la discrepancia en los resultados. No obstante, al estar el paciente en el domicilio se ha considerado

que la información aportada versaba sobre el entorno y la situación del paciente, lo que ha permitido la comparación de resultados.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

En las personas ancianas la conducta sexual es muy heterogénea. La viudez y los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento son los factores que tienen un mayor peso en el descenso de las relaciones sexuales (Lopez et al., 2013). Las disfunciones sexuales afectan entre un tercio y la mitad de la población a medida que la edad y la enfermedad avanza (López, 2012; Muñoz et al., 2015). En la demencia, en fases moderadas y avanzadas, puede darse hiper o hiposexualidad derivadas de las alteraciones en los neurotransmisores que actúan a nivel hipotalámico (Herrera, 2003). Las demencias que afectan al lóbulo frontal como la DFT cursan con desinhibición, mientras que en la EA lo más frecuente es la pérdida de deseo sexual (Carrasco, 2003).

Por tanto, si tenemos en cuenta que el 16,7% de la muestra está diagnosticada de EA, el 66,7% es mayor de 80 años y el 51,87% son viudos, es comprensible que cuando se inició el trabajo de campo y se abordó la valoración de este patrón la mayoría de los participantes no deseaban responder a las preguntas planteadas por considerarlo inadecuado a su situación. Lo que nos llevó a replantear la valoración de este patrón para finalmente desestimarlo.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

La puntuación total media del cuestionario de Golberg ha sido $5,17 \pm 5,26$, estando el rango comprendido entre 0 y 18. La puntuación media de la “subescala de ansiedad” ha sido $2,56 \pm 3,13$ y la de la “subescala de depresión” $2,58 \pm 2,75$, con un rango de respuesta comprendido entre 0 y 9 en ambos casos.

Si tenemos en cuenta que el punto de corte para presuponer algún tipo de ansiedad es 6 puntos, nuestra muestra se acerca a dicho valor sin rebasarlo. Este resultado difiere de lo publicado por distintos autores en cuyos trabajos la presencia de ansiedad y depresión es muy superior: Lyketsos (2002) establece 21,5% de ansiedad y 32,3% de depresión, Baquero establece 25% de ansiedad y 36% de depresión (Lyketsos et al., 2002; Baquero et al., 2004). Esta discrepancia podría explicarse por el sesgo de

selección, ya que estas investigaciones se centran en muestra hospitalaria y los pacientes con estos síntomas suelen acudir en mayor medida a la consulta.

En general existen discrepancias en los resultados sustentadas en los diferentes diseños metodológicos, pero todos los autores concluyen que el trastorno de ansiedad está muy presente en la población de mayores, con tasas que oscilan entre 3,3 % y el 15,3% (i Molist et al., 2013).

En gran parte de las investigaciones publicadas las variables de ansiedad y depresión se encuentran incluidas dentro de la categoría de Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD) lo que impide la comparación con nuestros resultados.

En nuestro estudio, la “*subescala de ansiedad de Golberg*” ofrece valores muy similares en cuanto a género, sin embargo el rango de las puntuaciones en *hombres* está comprendido entre 0 y 20 con una puntuación media de $7,7 \pm 8,6$, es mucho mayor que en el caso de las *mujeres*, cuyo rango de respuesta se halla entre 0 y 14 con un promedio de $4,6 \pm 4$.

La relación entre las variables sexo y puntuación total del cuestionario de Golberg es nula y sin significación estadística. Este resultado está en desacuerdo con lo expuesto por i Molist y colaboradores (2013) quienes exponen que la ansiedad está presente entre en mayor medida entre las mujeres que en los varones, en una ratio entre 2-6,5 (i Molist et al., 2013). Esta discrepancia puede ser debida a que los resultados de i Molist se centran en personas mayores que no han sido diagnosticadas de demencia.

Un tema que se repite en muchos aspectos de esta investigación es que gran parte de las publicaciones en las que se incluyen las mismas variables que en el presente estudio la muestra la componen cuidadores de pacientes con demencia y no los propios pacientes, lo que impide la comparación de resultados. Otra de las limitaciones que presenta la discusión de este patrón es que no ha habido un incremento importante de la investigación sobre los trastornos de ansiedad específicos en el anciano, esto puede ser debido a las dificultades que presenta la evaluación de la ansiedad en las personas mayores: factores asociados al envejecimiento como la comorbilidad y el deterioro neurológico, y factores asociados a la metodología de la investigación como escalas diseñadas para población joven.

Patrón 11: Valores- Creencias.

La puntuación media en nuestro estudio es de $30,94 \pm 13,16$ superior a lo obtenido por Flores (2014) en su estudio con personas mayores $20,81 \pm 3,20$ (Flores et al., 2014). La media de la dimensión "Optimismo" es $10,1 \pm 4,1$, si tenemos en cuenta que el rango de puntuación es de 0 a 15, observamos que la muestra presenta una orientación vital con tendencia positiva, puesto que la media de la dimensión "Pesimismo" es $8,6 \pm 3,08$. Este resultado es congruente con el perfil de nuestra muestra.

Tras revisar la literatura no se han encontrado estudios que incluyan esta variable en pacientes. La utilización de este instrumento de valoración se centra en los cuidadores lo que dificulta la comparación de resultados. La valoración de este patrón quedaría pendiente para una futura línea de investigación.

Estilos de vida que están relacionados con la calidad de vida de los pacientes con demencia leve-moderada no institucionalizados.

Diversos autores han investigado sobre los factores que son relevantes para la calidad de vida de las personas mayores, encontrándose que las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica son algunas de las variables que mantienen una estrecha relación con la CVRS de las personas mayores de 65 años. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes (de Mejía et al., 2007; Forjaz et al., 2015).

Relación entre las variables del patrón 1: Manejo-percepción de la salud y las variables independientes.

El análisis de la relación entre la CVRS analizada mediante EVA del EuroQol y la edad, *muestra que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables*. Este resultado concuerda con los resultados de Banerjee y colaboradores, quienes en su revisión sistemática concluyen que la edad es una variable que no influye en la calidad de vida de los pacientes con demencia (Banerjee et al., 2009). Esto puede explicarse si se tiene en cuenta que los sujetos con enfermedades neurodegenerativas tienen unas características comunes derivadas de su sintomatología que son independientes de su edad y que son las que determinan su CVRS. Por otro lado, nos planteamos si las alteraciones cognitivas pueden ocasionar que los participantes no puedan expresar realmente su situación, por lo que se debería de estimar qué punto de corte en los cuestionarios de demencia es el que indica que pueden tenerse en cuenta las respuestas de los participantes.

Este resultado va en la línea de lo expuesto por Vázquez (2015), en cuyo trabajo sobre la influencia de las variables sociodemográficas en la CVRS —valorada mediante el cuestionario whoqol bref— no se encontró relación estadísticamente significativa (Vázquez & Vázquez, 2015). Este resultado discrepa con lo expuesto por diferentes autores como Villavicencio y colaboradores (2013), en cuyo estudio se obtuvo un p valor muy cercano a la significación estadística entre la calidad de vida y la edad (Villavicencio et al., 2013); y como Garrido y colaboradores (2003) quienes centran sus investigaciones en pacientes sin diagnóstico de demencia, encontrando que los problemas en las dimensiones del EuroQol-Qol aumentan con la edad (Garrido et al., 2003). Varios estudios apuntan que la CVRS empeora conforme aumenta la edad

debido a la dependencia y los problemas de salud crónicos aunque se trata de contextos culturales diferentes —Cuba y Colombia— (Ramírez et al., 2008; Dueñas et al., 2009). Para Pérez-Fuentes y colaboradores (2015), en su investigación en población mayor de 60 años de los centros de día de Almería, existía una relación negativa y significativa entre la edad y la percepción de la salud (Pérez-Fuentes et al., 2015). Existen múltiples cuestionarios para valorar la CVRS —tanto genéricos como específicos—, distintos tipos de demencia y distintas fases de enfermedad, lo que contribuye a la heterogeneidad de la muestra y a la variabilidad de los resultados.

No hemos obtenido relación estadísticamente significativa entre la comorbilidad valorada mediante ICC y la CVRS valorada mediante la EVA del cuestionario Euro-Qol, lo que concuerda con los resultados de Lucas-Carrasco y colaboradores (2011), en cuyo trabajo no se observó asociación entre el número de problemas de salud y la CVRS, así como con las investigaciones de Garrido-Abejar y colaboradores (2012) quienes establecen que la comorbilidad no se asoció con la dimensión física de la CVRS (Lucas-Carrasco et al., 2011; Garrido-Abejar et al., 2012). Sin embargo, existen investigaciones que consideran la comorbilidad como un factor determinante de la CVRS ya que se producen situaciones de dolor/malestar que empeoraría la percepción de la CVRS (Delgado et al., 2011; McDaid et al., 2013; Forjaz et al., 2015). Esta discrepancia en los resultados sobre la influencia de los problemas crónicos de salud en la calidad de vida de las personas mayores puede deberse a la variabilidad en los criterios de inclusión como la edad de la muestra y la fase de la enfermedad entre otros, así como a los instrumentos empleados para la medición de las variables. En nuestro estudio se emplea el ICC ya que es un cuestionario validado pero en algunas de las investigaciones referidas se emplea el número de problemas de salud como instrumento de valoración lo que implica una mayor subjetividad por parte del investigador.

En el análisis de las dimensiones del EuroQol según sexo, *sólo las dimensiones dolor y ansiedad guardan una relación estadísticamente significativa en el hombre*, frente a las mujeres en las que todas las dimensiones presentan p valores por debajo de 0.05 (95% de IC). Podemos afirmar, por tanto, que en nuestra muestra existe una percepción distinta del dolor en función del sexo. Numerosos estudios indican que las características personales pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor. Lombana (2012) pone de manifiesto que en las diferencias entre hombre y mujer respecto al dolor están implicados factores anatómicos,

fisiológicos, neurales, hormonales, psicológicos y socioculturales. En su investigación las mujeres reportaron con mayor frecuencia dolor y presentaron un umbral más bajo de dolor que los hombres (Lombana et al., 2012), lo que discrepa de los resultados obtenidos en nuestra muestra. Muchas investigaciones han intentado establecer la relación entre la variable sexo e intensidad del dolor, no obstante, no quedan claras las relaciones entre ellas. Algunos estudios sugieren que existen diferencias en el dolor informado entre hombres y mujeres, ya sea éste agudo o crónico. Siendo las mujeres las que evalúan el estímulo doloroso como más intenso que los hombres y otras investigaciones que indican no se han encontrado diferencias en el nivel de intensidad de dolor según el sexo (Cardoso et al., 2013).

En la presente investigación no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y la CVRS valorada mediante la EVA del cuestionario Euro-Qol. Este resultado coincide con lo expuesto por Rodríguez-Blázquez (2015), en cuya investigación con pacientes con demencia institucionalizados en diferentes centros españoles, no se obtuvo significación estadística (Rodríguez-Blázquez et al., 2015). Sin embargo, discrepa de lo encontrado en otras investigaciones donde más años de estudios se correlacionan estadísticamente con una mejor calidad de vida (Vinaccia, et al., 2012; Sánchez-Rodríguez et al., 2013). Esto puede ser debido al perfil de nuestra muestra donde la mayoría de los sujetos (79,6%) tienen estudios básicos, por lo que la homogeneidad de la muestra podría haber influido en los resultados en relación a este constructo. La relación entre CVRS y nivel de estudios parece explicarse en el contexto de que un mayor nivel educativo conlleva mejores estrategias de afrontamiento.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la puntuación de la escala EVA global y el cuidador principal. Este resultado concuerda con los hallazgos de distintas investigaciones (Baqueroa et al., 2009; Forjaz et al., 2015), donde existía relación estadísticamente significativa entre dichas variables. Este resultado debe interpretarse con cautela puesto que la variable EVA es no paramétrica. No obstante, se trata de un resultado esperable puesto que el ser cuidado por una persona con la que se mantiene algún tipo de relación afectiva es percibido por los pacientes dependientes como menos gravoso para su CVRS. Méndez (2008) concluyó que el apoyo social de la pareja predecía el bienestar de los pacientes (Méndez et al, 2008).

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la figura del cuidador principal y la dimensión "bienestar emocional" del cuestionario SF-36., este resultado es difícilmente discutible ya que no se han encontrado estudios que valoren la influencia de variables independientes en el bienestar emocional de los sujetos con

demencia. La literatura muestra como las investigaciones en este aspecto se han centrado en el bienestar de los cuidadores.

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud.

Nuestros resultados muestran cómo la variable EVA guarda una relación estadísticamente significativa con el estado de salud. La relación entre la CVRS y el estado de salud ha sido estudiada por numerosos autores, tanto en pacientes con demencia (Rodríguez et al., 2015) como en colectivos más genéricos de pacientes ancianos (Díaz et al., 2012; Sánchez et al., 2014). Nuestros resultados concuerdan con la investigación del Instituto de Salud Carlos III, donde un mejor estado de salud y una mayor independencia funcional tendrían un efecto positivo sobre la calidad de vida (Forjaz & Rodríguez, 2015). Las evidencias analizadas demuestran que la capacidad funcional y el número de síntomas están relacionados con la CVRS (Ferrer et al., 2010; Rodríguez et al., 2012; Kaambwa et al., 2013; Conde-Sala et al., 2016), lo que concuerda con los resultados obtenidos en la presente investigación, donde *existe asociación estadísticamente significativa entre CVRS y “estado funcional”*. Sin embargo, Trigg y colaboradores (2015) en su estudio realizado en Reino Unido, encontraron que la progresión de la EA durante 18 meses no conllevó una disminución de la calidad de vida. En dicho estudio, no se encontraron relaciones entre los cambios en la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida (Trigg et al., 2015). Esta discrepancia puede ser debida a que el impacto en la CVRS que supone el aumento de la dependencia y el empeoramiento de la enfermedad pudo ser compensada por factores psicológicos, sociales y medioambientales; otro aspecto a tener en cuenta ante esta discordancia en los resultados es el perfil de la muestra de Trigg, quien realizó un estudio multicéntrico, de cohortes con 145 pacientes con EA posible /probable y sus cuidadores. Los modelos de CVRS en población general y población con demencia establecen una influencia directa de la capacidad funcional en dicha variable (Sullivan et al., 2000; Forjaz & Rodríguez., 2015), lo que concuerda con los resultados de nuestra investigación.

Según el estadístico Chi-Cuadrado entre la variable movilidad y la variable estado de salud del EuroQol existe una relación estadísticamente significativa para la muestra global y para el sexo femenino. Algo lógico si tenemos en cuenta que el envejecimiento cerebral se asocia con la demencia y los infartos subcorticales que causan problemas de movilidad (Ince et al., 2016). Este resultado concuerda con lo

expuesto por Ensrud, en cuyo estudio se demostró que existía más problemas de salud en las mujeres de edad avanzada que tenían movilidad reducida (Ensrud et al., 2016).

Existieron relaciones estadísticamente significativas entre todas las dimensiones del cuestionario SF-36 siendo esta relación directa y con una correlación de moderada a fuerte como indican los valores de $r > 0,5$, lo que concuerda con los resultados obtenidos por Pusswald (2016) en cuyo trabajo con pacientes que residen en la comunidad y padecen trastornos cognitivos también se encontraron dichas correlaciones (Pusswald et al., 2016), aunque éstas fueron de baja a moderada.

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. y el Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

La relación entre la CVRS valorada mediante la EVA del cuestionario Euro-Qol y el estado nutricional fue moderada, directa y estadísticamente significativa. Este resultado concuerda con diferentes investigaciones sobre el estado nutricional del paciente anciano con demencia (De la Montaña et al., 2009; Tombini et al., 2016). En nuestra investigación, ante un mejor estado nutricional la CVRS fue mayor. Este resultado es esperable si tenemos en cuenta que a su vez el “estado nutricional” está relacionada con la capacidad funcional y con la independencia en la realización de ACVD, variables que a su vez también influyen en la CVRS.

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. y el Patrón 4: Actividad – Ejercicio.

Nuestros resultados muestran como la variable EVA guarda una relación estadísticamente significativa con el nivel de actividad – p valor de 0,004-. Lo que concuerda con las investigaciones de diferentes autores quienes sostienen que un menor nivel de actividad se asocia con mayor deterioro cognitivo, peor salud percibida, menor capacidad para realizar las actividades cotidianas, menor frecuencia de salidas con familiares y amigos, y mayor edad (Fernández & Rojo., 2015; Taylor et al., 2016; Jøranson et al., 2016).

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. y el Patrón 5: Sueño – Descanso.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la puntuación del estado de salud mediante EVA y la “satisfacción subjetiva del sueño” valorada mediante el Cuestionario de Oviedo de los participantes en el estudio, siendo esta relación moderada y directa. Es decir, conforme aumenta la puntuación de una de las variables aumenta la otra. Existe una relación estadísticamente entre la puntuación del estado de salud mediante EVA y la dimensión “insomnio” del COS, siendo esta relación débil y directa. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de diferentes investigaciones donde se resalta que los trastornos del sueño deterioran significativamente la calidad de vida en las enfermedades neurodegenerativas (Maestri et al., 2015; Miyazaki & Nishiyama, 2015; Scoralick et al., 2015). En la investigación de Pérez-Fuentes y colaboradores (2015) se constató que existía una relación estadísticamente significativa entre los problemas de sueño y la CVRS en pacientes mayores de 60 años pero sin diagnóstico de demencia (Pérez-Fuente et al., 2015). Otros autores como Villavicencio y colaboradores (2013) también resaltan la influencia directa que tienen los problemas de descanso en la calidad de vida de las personas mayores (Villavicencio, et al., 2013).

En un estudio reciente de pacientes con demencia que viven en la comunidad, donde se evaluó la calidad del sueño mediante el cuestionario de Pittsburg y la CVRS mediante el cuestionario Dem-Qol, se obtuvo una relación estadísticamente significativa siendo éste un resultado muy similar al obtenido en la presente investigación, a pesar del empleo de instrumentos diferentes (Hodgson et al, 2014).

Estudios recientes han revelado que las alteraciones del sueño no son sólo una manifestación comórbida sino también un pródromo y un factor de riesgo para el desarrollo de la demencia (Mishima, 2016). Los trastornos del sueño no tratados pueden exacerbar los síntomas cognitivos y conductuales en pacientes con demencia (Porter et al., 2015), por lo que es necesario abrir futuras líneas de investigación en este campo.

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. y el Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

En nuestra investigación no se ha obtenido relación estadísticamente significativa entre la CVRS valorada mediante la puntuación en la escala EVA global y el estado cognitivo valorado mediante MMSE. Esto puede ser debido a que los sujetos participantes en el estudio por pertenecer a un área rural, cuya vida laboral se centró en el sector de la agricultura, no le dan importancia a la disminución de sus capacidades cognitivas mientras no interfiera con su independencia funcional. Este resultado discrepa del obtenido por Kitamura y colaboradores (2016), donde la CVRS valorada mediante EuroI-Qol se correlacionó significativamente con la puntuación del MMSE. Esta discrepancia podría ser debida a que la muestra proviene de un contexto cultural diferente al nuestro, como es el caso de Japón (Kitamura et., 2016). Lo mismo ocurre en el estudio realizado en Alemania, donde se evaluaba la CVRS de los pacientes con EA en diferentes ámbitos de atención —institucionalizado vs. comunidad-vivienda— en todos los estadios evolutivos de la enfermedad. En este estudio, se obtuvieron peores resultados en la CVRS de los pacientes con puntuaciones inferiores en el MMSE (Heßmann et al, 2016).

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. y Patrón 8: Rol – Relaciones.

Ante un mayor apoyo familiar, la autopercepción de la CVRS es mayor. Tanto en el caso de que la variable apoyo social sea cuantitativa —puntuación cuestionario Apgar Familiar— como en el caso de que la variable sea cualitativa —interpretación cuestionario Apgar Familiar—, se han obtenido relaciones estadísticamente significativas con la variable EVA del cuestionario Euro-Qol. Este resultado era esperable si tenemos en cuenta que también se ha constatado una relación estadísticamente significativa entre la CVRS y la variable independiente “figura del cuidador principal”. Este resultado es difícilmente discutible ya que las investigaciones sobre este tema se centran en el apoyo familiar de los cuidadores de las personas que padecen demencia.

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. y el Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

Entre la variable puntuación total en la escala EVA de la CVRS y la puntuación total en el test de Golberg, hemos obtenido una relación moderada, indirecta y estadísticamente significativa. Lo que concuerda con los resultados de distintas investigaciones —donde la relación entre las variables también era inversamente proporcional— y con un grado de concordancia débil o moderado, algo esperable si tenemos en cuenta que a mayor ansiedad menor calidad de vida (Banerjee et al., 2009; Conde-Sala et al., 2009; Wetzels et al., 2010; Bruvik et al., 2013; Crespo et al., 2013; Forjaz et al., 2015).

Relación entre las variables del Patrón 1: Percepción - manejo de la salud. y el Patrón 11: Valores- Creencias.

La relación entre la variable optimismo del cuestionario LOT y la CVRS valorada mediante EVA del Euro-Qol es estadísticamente significativa. Este resultado concuerda con lo expuesto por Hoe y colaboradores (2011) en cuyo trabajo se demostró que el estado de ánimo era una variable determinante de la calidad de vida (Hoe et al., 2011) y con lo expuesto por Dettbarn-Reggentin (2005) quien concluye que el estado de ánimo afecta a la calidad de vida de los pacientes con demencia institucionalizados (Dettbarn-Reggentin, 2005). Bain y colaboradores (2003), en su estudio de personas sanas sin demencia, encontraron que el optimismo valorado mediante LOT se correlacionaba estadísticamente con la calidad de vida (Bain et al., 2003).

Como puede apreciarse, existen escasos estudios en la literatura que aborden el estado de ánimo de los pacientes con demencia y su repercusión en la CVRS y en éstos la fecha de publicación exige una actualización, por lo que surge otra futura línea de investigación en este área.

Futuras líneas de investigación

La presente tesis doctoral forma parte de un proyecto de investigación —Unidad para la Investigación y el Desarrollo de la Enfermería y la Sociedad (UNIDES) (anexo 6)— cuyo objetivo es validar la idoneidad de los cuestionarios empleados para valorar al paciente con demencia de forma holística. Por ello, es necesario seguir investigando sobre la pertinencia de los instrumentos seleccionados para valorar cada patrón funcional.

Otra futura línea en la que ya están trabajando otros investigadores del grupo UNIDES es la comparación de la CVRS entre pacientes institucionalizados y pacientes que son cuidados en su domicilio, como es el caso de la muestra de la presente investigación.

La mayoría de estudios publicados sobre los valores y creencias se centran en los cuidadores, siendo ésta una limitación en la discusión de nuestros resultados por lo que se hace necesario profundizar en la repercusión que tiene este patrón en la CVRS de los pacientes con demencia.

La relación entre la figura del cuidador principal y el “bienestar emocional” de los pacientes ha sido escasamente estudiada. La literatura muestra cómo las investigaciones en este aspecto se han centrado en el bienestar de los cuidadores. Son necesarias, por tanto, nuevas investigaciones que analicen el papel que tienen la figura del cuidador principal en la CVRS de los pacientes.

Conclusiones

En la presente tesis se han obtenido una serie de resultados acordes a los objetivos generales y específicos planteados, facilitando la refutación de las hipótesis de investigación. Dichos resultados se detallan a continuación a modo de conclusión:

1. El perfil de la muestra es el de una mujer de 81 años, viuda, con estudios básicos y diagnosticada de EA que vive en Algemés con sus hijos o esposo.
2. La distribución del sexo y la edad no ha demostrado estadísticamente que el paciente vaya a tener un mayor grado de demencia, por lo que podemos afirmar que la neurodegeneración, no sólo está influida por variables independientes como los factores genéticos sino que existen factores modificables por el estilo de vida.
3. El grupo de sujetos estudiados presenta un ICC alto dado el perfil de la muestra, siendo una de estas enfermedades la diabetes que está presente en una cuarta parte de la muestra. Sin embargo, en la presente investigación no se ha hallado influencia de la variable comorbilidad en la CVRS. Parecía evidente que un ICC alto podría determinar una disminución en la CVRS, ahí el planteamiento de nuestra segunda hipótesis.
4. El tener más enfermedades provoca una autopercepción de que la salud va a empeorar, sin embargo no podemos afirmar que en nuestra investigación dicha relación sea estadísticamente significativa, ni en el grupo global ni por sexo.
5. Los sujetos participantes son cuidados en su mayoría por sus hijos y/o conyugues, y al tratarse de personas no institucionalizadas, esta situación está condicionada por la permanencia de los sujetos en el domicilio lo que favorece el cuidado por parte de los familiares.
6. Aquellos sujetos que fueron cuidados en su mayoría por hijos/conyugues y que su demencia fue clasificada como leve-moderada han referido presentar un apoyo alto. El apoyo familiar tiene una relación directa en la autopercepción de la CVRS.

7. El patrón nutricional-metabólico de los sujetos no ha presentado alteración. Sin embargo, otros factores exógenos evidenciados en nuestro estudio como la comorbilidad revelan la existencia de riesgo de malnutrición en los participantes.
8. El patrón eliminación se presenta alterado en los sujetos de la muestra. El perfil sociodemográfico presentado en los resultados, concordante con otros estudios que valoraban también el trastorno en la eliminación muestra idénticos resultados. La edad como variable independiente guarda una relación directa y moderada con la variable dependiente alteración en la eliminación.
9. La valoración de la actividad física, relacionada con el patrón actividad ejercicio, nos muestra que los sujetos presentan un grado de sedentarismo elevado y que no es significativo con relación a la variable sexo. Sin duda, el aumento de edad provoca una disminución de la actividad física, más aun cuando ese aumento etario va asociado a otros factores como la comorbilidad, y las limitaciones físicas.
10. La puntuación obtenida en el test MMSE guarda una relación inversa con la edad, resultado totalmente concordante con lo publicado al respecto. El patrón cognitivo perceptual se presenta así afectado, sin embargo estos sujetos, que muestran alteraciones relacionadas con la neurodegeneración no presentan diferencias significativas según el sexo. Las dimensiones del MMSE donde se obtuvieron valores bajos fueron en la “atención”, el “recuerdo diferido” y el “cálculo”.
11. La dimensión “actividad social” valorada en el patrón autoconcepto-autopercepción ha obtenido puntuaciones bajas en ambos sexos. El hecho de ser personas que, a pesar de estar enfermas, residen en su domicilio donde son cuidadas, provoca un descenso de relaciones con las personas de su entorno. Como en anteriores análisis esta conclusión se debe de interpretar en el contexto de sujetos que salen poco de su domicilio, ya que son personas mayores, sedentarias y con un alto grado de comorbilidad.
12. La subjetividad del estado de salud independientemente del diagnóstico médico, está condicionada por otros factores a tener en cuenta. La CVRS autopercibida era mejor valorada por aquellos sujetos cuyo estado nutricional era mejor.

13. El patrón eliminación se encuentra alterado, lo que presuponía una CVRS referida por los sujetos participantes baja. Sin embargo, a pesar de afectar a la autopercepción de la salud, no se ha podido constatar dicha relación de manera estadísticamente significativa.
14. La valoración del patrón sueño-descanso es fundamental para las personas mayores ya que se documentan alteraciones importantes que repercuten en otros aspectos de su vida. A peor puntuación en el Test de Oviedo los pacientes presentan una puntuación en su CVRS menor, por lo que el sueño afecta a la subjetividad de su estado de salud. En nuestro estudio, no se han presentado diferencias estadísticamente significativas en este aspecto según sexo.
15. Al igual que el anterior patrón, la adaptación-tolerancia al estrés guarda una relación inversa con la autopercepción de la CVRS. A mayor puntuación en el test de Ansiedad y Depresión de Golberg, menor es la CV autopercebida por los participantes en nuestro estudio.
16. La CVRS no siempre se ha relacionado con variables que siguiendo los principios de la lógica presuponían esta concordancia; así ha sucedido con la edad, el nivel de estudios, la comorbilidad y el estado cognitivo. Sí se ha constatado una relación estadísticamente significativa entre la CVRS y el estado de salud, el estado funcional, el nivel de actividad, la ansiedad, la satisfacción subjetiva del sueño, el insomnio, el estado de ánimo — optimismo— y el apoyo familiar y la figura del cuidador principal.

Bibliografía

Abelán, M. & Villanueva González, N. (1998). El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Escuela Vasca de Terapia Familiar: Curso 3º de psicoterapeutas.

Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos.

Addington-Hall, J., & Kalra, L. (2001). Who should measure quality of life? *British Medical Journal*, 322, 1417-1420.

Alagiakrishnan K, Masaki K. (2009). eMedicine. Vascular Dementia: Introduction. Available at Retrieved March 31.

Alberca y col (2010). Enfermedad de Alzheimer. Neurología caso a caso. Ed: Panamericana.

Alfaro-LeFevre, R. (1999). Aplicación del proceso enfermero (4a Ed). Guía paso a paso. Barcelona: Ed. Springer.

Alfaro-Lefevre, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración (5a Ed). Barcelona: Elsevier Doyma.

Alfonso-Urzúa, M. (2010). CVRS con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138, 358-365.

Alom, J., Baquero, M., & González-Adalid Guerreiro, M. (2013). Estadio evolutivo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer que acuden a la consulta especializada en España. Estudio EACE. *Neurología*, 28(8), 477-487.

Alvarez, M.S., & Vigil, P.A. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (60), 129-148.

Andel, R., Crowe, M., Pedersen, NL., Fratiglioni, L., Johansson, B., Gatz, M. (2008). Physical exercise at midlife and risk of dementia three decades later: a population-based study of Swedish

twins. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63A, 62-66.

Arking, R., Burde, V., Graves, K., Hari, R., Feldman, E., Zeev,i A., ...Levine, RL. (2000). Forward and reverse selection for longevity in *Drosophila* is characterized by alteration of antioxidantgene expression and oxidative damage patterns. *Exp Geronto*,l 35: 167–185.

Arrieta, E (S.f) Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria Junta de Castilla y León Gerencia Regional de Salud. En: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/castillayleon-guiademencia-01.pdf>Australian

Ayala, J. G. (2010). Oportunidad de mejora en la recogida de datos en la hoja de enfermería asistencial. *Enfermería Global*, 9(1).

Bancalero y col. (2014). Demencia por Cuerpos de Lewy: un síndrome clínico difícil de identificar. *C. Med. Psicosom*, Nº 110.

Bäckman, L. (1992). Memory training and memory improvement in Alzheimer disease: rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica*, 132 (Suppl.), 84- 89

Baecke, JA., Burema, J., Frijters, JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr.* 1982;36:936-42

Bain, G. H., Lemmon, H., Teunisse, S., Starr, J. M., Fox, H. C., Deary, I. J., & Whalley, L. J. (2003). Quality of Life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(11), 632-636.

Banerjee, S., Smith, S., Lamping, D., Harwood, R., Foley, B., Smith, P., ... Mann, A. (2006). Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Neurosurgery & Psychiatry*, 77 (2), 146–148.

Banerjee, S., Samsi, K., Petrie, C.D., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E.M., del Valle, M. (2009). What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (1), 15–24.

Bansback, N., Brazier, J., Tsuchiya, A. and Anis, A. (2012). Using a discrete

choice experiment to estimate health state utility values. *Journal of Health Economics*, 31, 306-318.

Barone, P., Antonini, A., Colosimo, C., Marconi, R., Morgante, L., Avarello, TP., et al. (2009). The PRIAMO study: a multicenter assessment of non motor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. *Mov. Disord*, 24: 1641–1649.

Baqueroa, M., Pesetb, V., Burgueraa, J. A., Salazar-Cifrec, A., Boscá-Blascoa, M. E., del Olmo-Rodríguezd, A., & Valero-Merinoe, C. (2009). Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 49(7), 337-342.

Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E. M., & Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Rev neurol*, 38(4), 323-326.

Bravo, C.V. (2000). La incontinencia urinaria como proceso fisiológico del envejecimiento. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, (8), 71.

Bravo, C.V. (2002). La pérdida de la continencia urinaria y de la independencia para la alimentación como marcadores de institucionalización. *Revista Española*

de Geriátría y Gerontología, 37(2), 71-73.

Bellido, J., & Lendinez, J. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España: Ilustra colegio oficial de enfermería de Jaén.

Belloch, A y col. (1995). Manual de Psicopatología, Madrid: McGraw Hill.

Bellón, JA., Delgado A., Luna, JD., Lardelli, P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*. 1996;18 (6): 289-295.

Benito-León, J; Bermejo-Pareja, F; Vega, S; Louis, ED. (2009). Total daily sleep duration and the risk of dementia: a prospective population-based study. *European journal of neurology*,16 (9):990–997.

Berdayes Martínez, D., & Rivera Michelena, N. (2000). El proceso de atención y el diagnóstico de enfermería; una proyección didáctica. *Educación Médica Superior*, 14(3), 230-235.

Bermejo-Pareja, F. (2007). Enfermedades neurológicas crónicas: desde la clínica a la población. *Neurología*, 22, 236-248.

Bermejo-Pareja, F., Benito-León, J., Vega, QS., Díaz-Guzmán, J., Rivera-Navarro, J., Molina, JA., et al. (2008). La cohorte de ancianos NEDICES. Metodología y principales hallazgos neurológicos. *Rev Neurol*,46: 416-423.

Bermejo-Pareja, F. (2010). La demencia del anciano se puede prevenir. *Rev. neurol*, 51:257-258.

Beteta, E. (2004). Neurogenética en funciones cognitivas. Revista de la Facultad de Medicina-Universidad Ricardo Plama,4,38-42.

Bink, B., Bonjer, FH., Van der Sluys, H.(1966). Assessment of the energy expenditure by indirect timeand motion study. En: Physical activity in health and disease.Proceedings of the Bertostölen Symposium. Oslo. Edang K, Lange Andersen K (eds). Oslo University:207-214.

Bobes, J., González, MP., Saiz, PA., Bascaran, MT., Iglesia,s C., Fernández, JM.(2000). Propiedades psicométricas del Cuestionario Oviedo de Sueño. *Psicothema* ;12:107-12.

Bond, J., & Corner, L. (2004). Quality of life and older people. Maidenhead: Open University Press.

Bonmatí, JF., Sebastía, C. (1990). Rasgos del envejecimiento de la población de la Comunidad Valenciana. *Investigaciones geográficas* ,8, 163-178.

Bowling, A. (1995). Measuring disease. A review of disease specificquality of life measurement scales. Buckingham: OpenUniversity Press.

Bowling, A. (1996). The effects of illness on quality of life:Findings from a survey of households in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 149-155.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J. Marriott-Dowding, L., Evans,O., Fleissig, A., Sutton, S. (2003). Let's ask them: Anational survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56, 269-306.

Bowling, A. (2005). Ageing well. Quality of life in old age.Buckingham: Open University Press.

Bowling, A., Hankins, M., Windle, G., Bilotta, C., Grant, R. (2013). A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire

(OPQOL-brief). *Archives Geriatrics Gerontology*, 56 (1), 181.

Bowling, A., Rowe, G., Adams, S., Sands, P., Samsi, K., Crane, M., Joly, L., Manthorpe, J. (2015). Quality of life in dementia: a systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging & Mental Health*, 19(1), 13-31.

Brazier, J. (2008). Valuing health states for use in cost-effectiveness analysis. *Pharmacoeconomics*, 26, 769-779.

Bruvik, F.K., D. Ulstein, A.H. Ranhoff y K. Engedal (2012): «The quality of life of people with dementia and their family carers», *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(1), 7-14

Buerger, K., Zinkowski, R., Teipel, SJ, et al. (2002). Differential diagnosis of Alzheimer disease with cerebrospinal fluid levels of tau protein phosphorylated at treonine 231. *Arch Neurol*, 59:1267-1272.

Bureau of Statistics (2006). Australian Standard Geographical Classification (ASGC). Vol. 1, Statistical Geography. Canberra: ABS.

Burn, D. (2007) Cortical Lewwy body disease and Parkinson's disease. *J*

Neurol Neurosurg Psychiatr, 78:1182-1187.

Butman, J., Arizaga, R. L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., De Pascale, A., ... & Ollari, J. A. (2001). El "Mini Mental State Examination" en Español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg*, 26(1), 11-5.

Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español. *Datos normativos en Argentina. Medicina*, 60(5/1), 561-4.

Camina, M., Barrera, S., Domínguez, L., Couceiro, C., de Mateo, B., & Redondo del Río, M. (2012). Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 434-440.

Campisi, J. (2003). Cellular senescence and cell death. In: *Physiological Basis of Aging and Geriatrics* (3rd ed), edited by TimirasPS. Boca Raton, FL: CRC, 47-59.

Cardoso, C. S., Porras, D. A., & Contreras, E. (2013). Relación entre la intensidad del dolor y las variables sexo y edad en sujetos con dolor crónico.

NORMAS DE PUBLICACIÓN
187, 29(1), 120.

Carlos, S., Delgado, L., & Cordero, S. (2009). Prevalencia de incontinencia urinaria y hijos, 19(81.0), 100.

Carmona Simarro, J. (2012). Análisis de los principales factores en pacientes con enfermedad de Alzheimer: tarifa social, salud percibida y calidad de vida. Tesis doctoral. Universidad CEU. Cardenal Herrera. Valencia.

Carnero, C., Lendínez, A., Maestre, J., & Zunzunegui, M. V. (1999). Fluencia verbal semántica en pacientes neurológicos sin demencia y bajo nivel educativo. *Rev Neurol*, 28(9), 858-862.

Carnero-Pardo, C. y col. (2000). Educación, demencia y reserva cerebral. *Rev neurol*, 31 (6), 584-592.

Carpenito-Moyet, L.J. Nursing care plans & documentation: Nursing diagnoses & collaborative problems (Fourth edition). 2004. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Carrasco, M.M. (2003). Sexualidad en la enfermedad de Alzheimer. *Sexualidad y salud mental*, 221

Castillo Herrera, C. E. (2015). Conocimiento y aplicación del PAE con

la taxonomía Nanda, Nic y Noc en las Enfermeras del Hospital Manuel Ignacio Monteros (Bachelor's thesis).

Cava, M.J., & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221.

Celis-Amórtegui, M., Aldas-Gracia, J., & Toro-Moreno, F. A. (2010). Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de displasia cervical e infección por Virus del Papiloma Humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(4), 303-309.

Cerquera, A M., Matajira, Y., & Pabón, D. K. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(47), 4-19.

Charlson, ME., Pompei, P., Ales, KL., MacKenzie, CR: (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development an

validation. *J Chronic Dis.* 40(5):373-383.

Charlson, T.P., Szatrowski, J., Peterson. (1994). Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* 47, pp. 1245-1251

Chazelle, E., Lemogne, C., Morgan, K., Kelleher, C. C., Chastang, J. F. & Niedhammer, I. (2011). Explanations of educational differences in major depression and generalized anxiety disorder in the Irish population. *Journal of Affective Disorders,* 134(1), 304-314.

Christofolletti, G., Oliani, M. M., Bucken-Gobbi, L. ., Gobbi, S., Beinotti, F., & Stella, F. (2011). Physical activity attenuates neuropsychiatric disturbances and caregiver burden in patients with dementia. *Clinics,* 66(4), 613-618

Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE 10) publicada por la Organización Mundial de la Salud. (1992). En: http://www.psicoarea.org/cie_10.htm consultado: abril 2016.

Claramonte y Martínez. (2007). Guía de información al paciente con ICTUS. Agencia valenciana de la Salut. Generalitat de Valencia.

Clayton, J.A., Collins, F.S. (2014). NIH to balance sex in cell and animal studies. *Nature,* 509, 282–283.

Clegg, A., Young, J., Iliffe S., Rikkert, M. O., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet,* 381, 752–762.

Conde-Sala, J., J. Garre-Olmo, O. Turró-Garriga, S. López-Pousa y J. Vilalta-Franch. (2009): «Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: The patient's perception compared with that of caregivers», *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 24(6), 585-594

Conde-Sala, J.L., Turró-Garriga, O., Portellano-Ortiz, C., Viñas-Diez, V., Gascón-Bayarri, J., & Reñé-Ramírez, R. (2016). Self-perceived quality of life among patients with Alzheimer's disease: Two longitudinal models of analysis. *Journal of Alzheimer's Disease,* (Preprint), 1-14.

Coelho, F.G.D.M., Vital, T.M., Stein, A.M., Arantes, F.J., Rueda, A.V., Camarini, R., ... & Santos-Galduroz, R.F. (2014). Acute aerobic exercise increases brain-derived neurotrophic factor levels in elderly with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's disease,* 39(2), 401-408.

- Cohen-Mansfield, J.**, (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (4), 361–381.
- Cohen-Mansfield, J.**, Werner, P., (1997). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 52 (6), 369–377.
- Cooper, C.**, Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C.G., Ames, D., Rabins, P.,..., Livingston, G. (2012). Systematic review of the effectiveness of non pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24 (6), 856–870.
- Córdoba, A.M.C.**, Jácome, R.A.L., & Rey, W. . (2012). Funcionalidad familiar en cuidadores informales de pacientes con demencia tipo alzheimer pertenecientes a la región andina mediante la prueba apgar familiar. i congreso internacional de psicología: investigación y responsabilidad social—CIPIRS 2012, 70.
- Corner, L.** (2003). Assessing quality of life from the perspective of people with dementia and their carers. Newcastle: Centre for Health Services Research, University of Newcastle.
- Crespo, M.**, Bernaldo de Quiros, M., Gomez, M.M., Hornillos, C. (2012). Quality of life of nursing home residents with dementia: a comparison of perspectives of residents, family, and staff. *The Gerontologist*, 52 (1), 56–65.
- Crespo, M.**, C. Hornillos y M.B. de Quirós (2013): «Factors associated with quality of life in dementia patients in long-term care», *International Psychogeriatrics*, 25(4), 577-585
- Daly, E.**, Zaitchik, D., Copeland, M., Scamahann, J., et al. (2000). Predicting Conversion to Alzheimer Disease using Standardized Clinical Information. *Arch Neurol*, 57: 675-80.
- Damian, J.**, Martin-Moreno, JM., Lobo, F., Bonache, J., Cervino, J., Redondo-Márquez, L., et al. (1998). Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. *Eur Urol*, 34:333–8.
- Davidson, L.**, Strauss, JS. (1995). Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry*, 58:44-55.

De Hoyos-Alonso, M.D.C., Bonis, J., Bryant, V., Alcalá, M V.C., & Puime, Á.O. (2016). Calidad del registro del diagnóstico de demencia en atención primaria. La situación en España en el periodo 2002-2011. *Atención Primaria*, 48(1), 33-41.

De la Montaña, J., Salve, C.A., & Bernárdez, M.M. (2009). Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 59(4), 390.

De Lourdes, G.H.M. (2015). Modelo de Virginia Henderson.

De Mejía, B.E.B., & Merchán, M.E.P. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.

De Pedro-Cuesta, J., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., ... & Martínez-Martín, P. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC neurology*, 9(1), 1.

Del Barrio, JL., Pedro-Cuesta, J., Boix, R., Acosta, J., Bergareche, A.,

Bermejo-Pareja, F., Gabriel, R., et al. (2005). Dementia, Stroke and Parkinson's Disease in Spanish Populations: A Review of Door-to-Door Prevalence Surveys. *Neuroepidemiology*, 24: 179-188.

Delgado, C., & Salinas, P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *Revista Hospital clínico de la Universidad de Chile*, 20, 244-251.

Delgado, F.R., Rubio, R D., Barahona-Hernando, R., & Gómez, O.R. (2015). Demencias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4297-4305.

Delgado-Sanz, M.C., Prieto-Flores, M.J., Forjaz, A., Ayala, F., Rojo-Pérez, G., Fernández-Mayoralas y Martínez-Martin, P. (2011). Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: Estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 555-568

Del Pozo-Rubio, R., Pardo-García, I., & Escribano-Sotos, F. (2017). El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 23-29.

- Demey, I., Allegri, R.F.** (2008). Demencia en la enfermedad de Parkinson y demencia de los cuerpos de Lewy. *Rev Neurol Arg*, 33 (1), 3-21.
- Dettbarn-Reggentin, J.** (2005). [Study on the influence of group living environment on demented ill people in inpatient facilities]. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 38(2), 95-100.
- Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K.** (2012). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 9-16.
- Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C., & Yanguas-Lezaun, J.** (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista española de geriatría y gerontología*, 45(3), 150-155.
- Donehower, LA.** (2002). Does p53 affect organismal aging? *J Cell Physiol*, 192, 23–33.
- Donoso, A., Figueroa, C., Gómez, R., Behrens, MI.** (2009). Demencia frontotemporal: experiencia clínica. *Rev Méd Chile*, 137: 900-905.
- Donovan, K., Sanson, RW., & Redman, S.** (1989). "Measuring quality of life in cancer patients". *J Clin Oncol*, 4, 959-968.
- Dozzi, S.** (2010). Illiteracy and dementia. *Dement Neuropsychol*, 4, 153-157.
- Drame, M., Lang, P.O., Jolly, D., Narbey, D., Mahmoudi, R., Laniece, I., ... Novella, J.L.** (2012). Nursing home admission in elderly subjects with dementia: predictive factors and future challenges. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13 (1), 83.
- Dubois, B., Feldman, HH., Jacova, C., DeKosky, ST., BarbergerGateau, P., Cummings, J., et al.** (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*; 6: 734-46.
- Dueñas, D., Bayarre, H.D., Triana, E., & Rodríguez, V.** (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista cubana de medicina general integral*, 25(2), 0-0.
- Ensrud, K. E., Lui, L. Y., Paudel, M. L., Schousboe, J. T., Kats, A. M., Cauley, J. A., ... & Taylor, B. C.** (2016). Effects of mobility and cognition on risk of mortality in women in late life: a prospective study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(6), 759-765.

European Commission: Health statistics: Atlas on mortality in the European Union. (2009). Luxemburg: Office for official publications of the European communities, 128-129.

Feldman, H.H. (2005). Mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13,645-655.

Feridooni, H. A., Sun, M. H., Rockwood, K., Howlett, S. E. (2015). Reliability of a frailty index based on the clinical assessment of health deficits in male C57BL/6J mice. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sci*,70, 686–693.

Fernández, M., Castro-Flores, J., Pérez de las Heras, S., Mandaluniz-Lekumberri, A., Gordejuela, M., & Zarranz, J. (2008). Prevalencia de la demencia en mayores de 65 años en una comarca del País Vasco. *Rev Neurol*, 46(2), 89-96.

Fernández-Ballesteros, R., Díez, J. (2001). Psicología del anciano. In: Martínez Lage, J. M., Khachaturian, Z. S. (eds.), *Alzheimer xxi, ciencia y sociedad*. Barcelona: Masson: pp. 33-39.

Fernández-Mayoralas, G., & Rojo, F. (2015). Calidad de vida y participación en actividades de ocio de los mayores

adultos institucionalizados: una aproximación desde la perspectiva del envejecimiento activo

Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M.E., Rodríguez-Blázquez, C., MartínGarcía, S., Rojo-Abuín, J.M. y Forjaz, M.J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging and Mental Health*,19(11), 1031-1041.

Ferrer, I. (2002). Morfopatología de las atrofas lobares. En Alberca., R y Lope-Pousa, S, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Ferrer, A., F. Formiga, J. Almeda, J. Alonso, C. Brotons y R. Pujol (2010): «Calidad de vida en nonagenarios: Género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados», *Medicina Clínica*, 134(7), 303-306

Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., ... Scazufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366 (9503), 2112–2117.

Flores, F.J.S., Jurado, M.D.M.M., del Carmen, M., Fuentes, P., & Linares, J. G.(2014). Análisis de las diferencias en el LOT-R en una muestra de mayores y jóvenes. Investigación en salud y envejecimiento Volumen I, 155.

Forjaz, MJ, Rodríguez-Blázquez, C, editores. Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas. (2015). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad.

Franceschi, C., Valensin, S., Bonafe, M., Paolisso, G., Yashin, Al., Monti, D., and De Benedictis, G. (2000). The network and theremodeling theories of aging: historical background and newperspectives. *Exp Gerontol*, 35, 879-896.

Fuh, J.L., Wang, S.J. (2006). Assessing quality of life in Taiwanese patientswith Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,21 (2), 103–107.

Folstein, MF., Folstein, S., McHugh, PR. (1999). Mini-Mental State: a practical method for grading the clinician. *J Psychiatr Res*,12,189- 198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. Mini-mental State Examination

(MMSE): el estudio de demencias en Chile, OPS/OMS.

Formiga, F., y col. (2008). Aspectos diferenciales de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia tipo Alzheimer o con demencia vascular. *Rev. Neurol*, 46, 67-72.

Formiga, F., Fort, I., Robles, M. J., Barranco, E., Espinosa, M. C., & Riu, S. (2007). Aspectos de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia. Diferencias por edad y género. *Revista clinica espanola*, 207(10), 495-500

Fornés, J.; Carballal, M^a C. (2001).Enfermería en salud mental y psiquiátrica.Guía práctica de valoración y estrategias de prevención. Editorial médica panamericana.

Fort, I. (2004). Tratamiento farmacológico de la demencia *Rev Mult Gerontol*,14(1),34-46.

Fort, I., Formiga, F., Robles, M. J., Regalado, P., Rodríguez, D., & Barranco, E. (2010). Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Medicina clínica*, 134(3), 101-106.

FUDEN. (2006). Observatorio Metodología enfermera. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación

de los criterios de valoración de enfermería. Madrid.

Fundación Alzheimer España. (2016). Fases del Alzheimer. En: <http://www.alzfae.org/cuidador/98-alzheimer-faq/fases-alzheimer>. Consultado: abril.

García., L y col (2006) Auxiliar Sanitario. Ed: MAD.

García, A.M., Santibáñez, M., & Soriano, G. (2004). Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. *Arch Prev Riesgos Labor*, 7(3), 88-98.

García, F., Alfaro, A. & Moreno, JL. (2009). Evaluación de Resultados. Panorama sobre el uso de medidas de resultados de salud basadas en el paciente en la práctica clínica. *Rev Clín.* 2(6),286-293.

García-Gila, T., del Ser Quijanob (2004). Demencia con cuerpos de Lewy. Unidad de Enfermedades Neurodegenerativas. Sección Memoria-Alzheimer. Institut Clínic Malalties Sistema Nerviós. Hospital Clínic. Barcelona. España. jano 22-28 octubre. vol. lxxvii n. ° 1.537

Garrido, M.A., Jentoft, A.C., Ferrer, J. V., Herranz, J A., Marín, N.G., & de Mon Rego, C.Á. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención primaria*, 31(5), 285-292.

Garrido-Abejar, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., & Martínez-Vizcaino, V. (2012). Factores asociados con calidad de vida relacionada con la salud en mayores institucionalizados: diferencias entre hombres y mujeres. *Enfermería Clínica*, 22(1), 27-34.

Gaugler, J.E., Yu, F., Krichbaum, K., Wyman, J.F. (2009). Predictors of nursinghome admission for persons with dementia. *Medical Care*, 47 (2), 191–198.

Geerlings, Ml., Schmand, B., Jonker, C., Lindeboom, J., Boute,r LM. (1999). Education and incident Alzheimer's disease: a biases association due to selective attrition and use of a two-step diagnostic procedure?. *Int J Epidemiol*, 28, 492-497.

Gelber, RP., Petrovitch, H., Masaki, KH., Ross, GW., White, LR. (2011). Coffee intake in midlife and risk of dementia and its neuropathologic

correlates. *J Alzheimers Dis*, 23(4),607-15.

Geschke, K., Fellgiebel, A., Laux, N., Schermuly, I., Scheurich, A. (2013). Quality of life in dementia: impact of cognition and insight on applicability of the SF-36. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(7), 646-654.

Gil García, E., Escudero Carretero, M., Prieto Rodríguez, M., & March Cerdá, J. C. (2007). Un guión de entrevista de valoración inicial mediante un proceso de acción participativa. *Index de Enfermería*, 16(57), 09-12.

Gil-Montoya, JA., de Mello, AL., Barrios, R., Gonzalez-Moles, MA., Bravo, M. (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*, 10,461–467.

Gil-Prieto, R., Pascual-Garcia, R., San-Román-Montero, J., Martínez-Martin, P., Castrodeza-Sanz, J., Gil-de-Miguel, A. (2016). Measuring the Burden of Hospitalization in Patients with Parkinson's Disease in Spain. *PLoS ONE*, 11(3).

Goggins, W.B., Woo, J., Sham, A., Ho, S.C. (2005). Frailty index as a measure of biological age in a chinese

population. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sc.*, 60, 1046–1051.

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1998). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J*,97: 897-9.

Gómez-Isla, T., Price, JL., Mac Keel, DW., Morris, JC., et al. (1996). Profound loss of layer II entorhinal cortex neuron distinguishes very mild Alzheimer's disease from non demented aging. *J Neurosci*, 16, 491-500.

González-Salvador, T., Lyketsos, C.G., Baker, A., Hovanec, L., Roques, C.,Brandt, J., Steele, C. (2000). Quality of life in dementia patients in longtermcare. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 181–189.

González, M.M., Rivera, M.M., & Fernández, B. (2011). Estilo de vida y riesgo de padecer demencia. *Archivos de medicina*,7(3),1-7.

González, R. (2013). El extraño caso del Dr. Alzheimer. Granada: Ed: Rafael González Maldonado.

González, A. (2015). Detección del funcionamiento diferencial de los ítems en el test MMSE en la población española.

Gorelick, P.B. (2004). Risk factors for vascular dementia and Alzheimer disease. *Stroke*, 35,2620-2622.

Gove, D., Scerri, A., Georges, J., van Houten, P., Huige, N., Hayder-Beichel, D., ... & Morris, V. C. (2016). Continence care for people with dementia living at home in Europe: a review of literature with a focus on problems and challenges. *Journal of Clinical Nursing*.

Grandmontagne, A.G. y Fernández, A.R. (2004). Eating disorders, sport practice and physical self-concept in adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 29-36.

Gräske, J., Fischer, T., Kuhlmeier, A., Wolf-Ostermann, K. (2012). Quality of life in dementia care – differences in quality of life measurements performed by residents with dementia and by nursing staff. *Aging & Mental Health*, 16 (7), 819–827.

Green, TL., King, KM. (2007). The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal caregivers: literature review. *J Adv Nurs*, 58(6),517–531.

Grundman, M., Petersen, RC., Ferris, SH., Thomas, RG., Aisen, PS., Bennett, DA., ...,Thal, LJ. (2004). Alzheimer's

Disease Cooperative Study. Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Archives of Neurology*, 61(1), 59-66.

Guigoz, Y. (2006) the Mininutritional Assesment (MNA) Review of the literature-What does it tell us. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10, (6) 466-487.

Guerrero-Martelo, M., Galván, G., Lázaro, G., & Morales, D. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente*, 18(34).

Guigoz, Y., Lauque, S., Vellas, B. (2002) Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mininutritional Assesment.. *Clin. Geriatr Med*, 18, 737-75.

Hallikainen, I., Hänninen, T., Fraunberg, M., Hongisto, K., Välimäki, T., Hiltunen, A., ... & Koivisto, A. M. (2013). Progression of Alzheimer's disease during a three-year follow-up using the CERAD-NB total score: Kuopio ALSOVA study. *International Psychogeriatrics*, 25(08), 1335-1344.

Hamilton, S. (2002). Psicología del envejecimiento.Madrid: Ed: Morata.

Harding, A.J., Das, A., Kril, J.J., Brooks, W.S., Duffy, D., Halliday, G.M. (2004). Identification of families with cortical Lewy body disease. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 128 (1), 118-122.

Heßmann, P., Seeberg, G., Reese, J. P., Dams, J., Baum, E., Müller, M. J., ... & Balzer-Geldsetzer, M. (2016). Health-Related Quality of Life in Patients with Alzheimer's Disease in Different German Health Care Settings. *Journal of Alzheimer's Disease*, (Preprint), 1-16.

Herdman, M., Badía, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 28(6), 425-429.

Hoe, J., Katona, C., Orrell, M., Livingston, G. (2007). Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (10), 1031–1036.

Hoe, J., M. Orrell y G. Livingston (2011): «Quality of life measures in old age»: en M. T. Abou-Saleh, C. Katona, y A. Kumar: Principles and practice of geriatric psychiatry (183-192), Londres: John Wiley & Sons

Hodgson, N., Gitlin, L. N., & Huang, J. (2014). The influence of sleep disruption and pain perception on indicators of quality of life in individuals living with dementia at home. *Geriatric Nursing*, 35(5), 394-398.

Howlett, S.E., Rockwood, K. (2013). New horizons in frailty: ageing and the deficit-scaling problem. *Age Ageing*, 42, 416–423.

Huizer-Pajkos, A., Kane, A.E., Howlett, S.E., Mach, J., Mitchell, S.J., de Cabo R., et al. (2015). Adverse geriatric outcomes secondary to polypharmacy in a mouse model: the influence of aging. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sci*, 71(5), 571-577.

Hughes, T.F., Ganguli, M. (2009). Modifiable midlife risk factors for cognitive impairment and dementia in late life. *Curr Psychiatry Rev*, 2009, 5: 73-92.

Hughes, T.F., Ganguli, M. (2010). Factores de riesgo de demencia en la vejez modificables en las etapas medias de la vida. *Rev Neurol*, 51 (5): 259-262.

Molist, N.R., Rodríguez, F.E., & Comas, A.T. (2013). Prevalencia del síntoma ansiedad en pacientes con demencia en una unidad de

psicogeriatría y tratamiento farmacológico asociado. Informaciones psiquiátricas: *Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (212), 203-216.

Ince, P. G., Minett, T., Forster, G., Brayne, C., & Wharton, S. B. (2016). Microinfarcts in an older population-representative brain donor cohort (MRC CFAS): Prevalence, relation to dementia and mobility, and implications for the evaluation of cerebral Small Vessel Disease. *Neuropathology and Applied Neurobiology*.

INE: INEBASE. 2012: Padrón Continuo a 1 de enero de 2012.

Jack, C., Petersen, R., Xu, Y., O'Brien, P., et al. (2000). Rates of Hippocampal atrophy correlate with change in clinical status in aging and AD. *Neurology*, 55, 484-90.

Jicha, G.A.; Parisi, JE. (2006). Neuropathologic outcome of mild cognitive impairment following progression to clinical dementia. *Arc Neurol*, 63,674-671.

Jiménez-Castro, A. B., Salinas-Durán, M. T., & Sánchez-Estrada, T. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de

Virginia Henderson. *Rev Enferm IMSS*,12(2), 61-63.

John, M.T. et al. (2016). Patterns of impaired oral health-related quality of life dimensions. *Journal of Oral Rehabilitation*. Mar 30.

Johnson, J., Diehl, J., Méndez, M., Neuhaus, J., Shapira, J., Forman, M., et al. (2005). Frontotemporal lobar degeneration. *Arch Neurol*, 62, 925-30.

Johnson, I.P. (2015). Age-related neurodegenerative disease research needs aging models. *Front. Aging Neurosci*, 7,168.

Jøranson, N., Pedersen, I., Rokstad, A.M. M., & Ihlebæk, C. (2016). Change in quality of life in older people with dementia participating in Paro-activity: a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*.

Juniper, E.F.,G.H. Guyatt y R. Jaeschke. (1996). How to develop and validate a new health-related quality of life instrument. *B. Spilker: Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (49-56), Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers.

Kaambwa, B., Billingham, L., Bryan, S. (2013). Mapping utility scores from the

Barthel index. *European Journal of Health Economics*, 14(2), 231-241.

Kalmijn, S. (2004). Dietary intake of fatty acids and fish in relation to cognitive performance at middle age. *Neurology*, 62,275-280.

Kane, A.E., Hilmer, S.N., Boyer, D., Gavin, K., Nines, D., Howlett S.E., et al. (2015). Impact of longevity interventions on a validated mouse clinical frailty index. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sci*, glu315.

Kang, JE., Lim, MM., Bateman, RJ., Lee, JJ., Smyth, LP., Cirrito, JR., ..., Holtzman, DM. (2009). Amyloid-beta dynamics are regulated by orexin and the sleep-wake cycle. *Science*, 326(5955),1005-7.

Kitamura, K., Nakamura, K., Ueno, K., & Nishiwaki, T. (2016). Cognitive function is maintained in noninstitutionalized elderly Japanese requiring care with high levels of health-related quality of life. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 1-6.

Knopman, y col. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc*, 78(10),1290-1308.

Kowald, A. and Kirkwood, TB. (1996). A network theory of ageing: the interactions of defective mitochondria, aberrant proteins, free radicals and scavengers in the ageing process. *Mutat Res*,316,209–236.

Landi, F., Cesari, M., Russo, A., Onder, G., Lattanzio, F., Bernabei, R., et al. (2003). Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age Ageing*,32:194–9.

Landinez, N.S., Contreras, K., & Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.

Langa, KM., Levine, DA. (2014). The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment: A Clinical Review. *JAMA*, 312(23),2551-2561.

Lautenschlager, NT., Cox, KL., Flicker, L., Foster, JK., Van Bockxmeer, FM., Xiao, J., et al.(2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*, 300, 1027-1037.

Lawton, M.P. (2001). Quality of life and the end of life. In: Birren, J. E., Schaie,

K. W. (eds.), Handbook of the psychology of aging. San Diego: Academic Press: pp.

León, B. (2015). Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas [tesis]. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología: Universidad Complutense de Madrid.

León, B. & Martínez, P. (2010). Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: instrumentos específicos. *Psicogeriatría*, 2(2), 69-81.

León, I., García-García, J., & Roldán-Tapia, L. (2016). Escala de Reserva Cognitiva y envejecimiento. *Anales de psicología*, 32(1), 218-223.

Lima, R.A., de Freitas, C.M.S.M., Smethurst, W.S., Santos, C.M., & de Barros, M.V.G. (2012). Nivel de atividade física em idosos com doença de Alzheimer mediante aplicação do IPAQ e de pedômetros. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 15(3), 180-185

Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., Teri, L. 2002. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64 (3), 510–519.

Lombana, W.G., & Vidal, S.E.G. (2012). Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 207-212.

Llop, R. y col. (2006). Actualización en el tratamiento farmacológico de la demencia. *Aten Primaria*, 37(2), 108-12.

López-Álvarez, J., & Agüera Ortiz, L.F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.

López, F. (2012). Sexualidad y afectos en la vejez. Madrid: Pirámide

López, P.C., Sánchez, P M., & Aguirre, S. CAPÍTULO 13 Demencia y sexualidad. Salud y cuidados en el envejecimiento, 73. Edita: Asoc. Univ. de Educación y Psicología (ASUNIVEP) ISBN: 978-84-616-5978-4.

López-Álvarez, J. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5 (1), 3-14.

Lozares Colina, C., & López-Roldán, P. (1991). El análisis multivariado:

definición, criterios y clasificación. *Papers: revista de sociología*, (37), 009-29.

Lucas-Carrasco, R., Però, M., & March, J. (2011). Calidad de vida global en personas con demencia. *Revista de Neurología*, 52(3), 139-146.

Luchsinger, JA., Cheng, D., Tang, MX., Schupf, N., Mayeux, R. (2011). Central Obesity in the Elderly is Related to Late-onset Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 26(2), 101-105.

Lyketsos, CG., López, O., Jones, B., Fitzpatrick, AL., Breitner, J., DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA*, 288: 1475-83.

Mackay, J., Mensah, G. (2006). The Atlas of Heart Disease and Stroke. WHO and US Centers for Disease Control and Prevention; pp. 50–51.

Maestri, M., Carnicelli, L., Economou, N. T., Bonakis, A., Paparrigopoulos, T., Papageorgiou, S. T., ... & Bonuccelli, U. (2015). NREM sleep transient events in fronto-temporal dementia: beyond sleep stage architecture. *Archives italiennes de biologie*, 153(2-3), 226-236.

Mancebo, V.P., Toledo, M.B., Roy, R.S., del Olmo, A., Lacalle, R.M., Cifre, A.S., & Hernández, J.A.B. (2013). Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. Cuestionario de Salud SF-36. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 55:5-11.

Manly, JJ., Touradji, P., Tang, MX., y Stern, Y. (2003). Literacy and Memory decline among Etnically Diverse Elders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 680-690.

Manly, JJ., Ird, D., Touradji, P., Sánchez, D., Stern, Y. (2004). Literacy and cognitive change among ethnically diverse elders. *Int J Psychol*, 39, 47-60.

Manso-Arroyo, C., & Fernández-López, V. (2015). Demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Alzheimer: diferencias atencionales.

Martín, J.-F. (2005). Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. *Geo Crítica / Scripta Nova*. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de junio de 2005, vol. IX, núm. 190. <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-190.htm>> [ISSN: 1138-9788].

Martínez, C. M., Bustos, A. C., Paredes, E. R., & García, S. T. (2003). Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica*, 13(4), 195-201.

Martínez, JR. “Intervención de enfermería ante las enfermedades crónicas: la situación en España”. *Desarrollo Científico de Enfermería*. Vol. 16, n. 9 (oct. 2008). ISSN 1405-0048, pp. 402-409.

Martínez, F.J.L., Mendoza, D.M., & García, J.M. (2015). Incontinencia urinaria en el anciano. In *Investigación en salud y envejecimiento: Volumen II*(pp. 115-119). ASUNIVEP.

Mayo, NE., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Durcan, L., Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(8),1035–1042.

McCullum, L., Pincus, T. (2009). A biopsychosocial model to complement a biomedical model: Patient questionnaire data and socioeconomic status usually are more significant than laboratory tests and imaging studies in prognosis of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*, 35,699-712.

McDaid, O., Hanly, M.J., Richardson, K., Kee, F., Kenny, R.A., Savva, G.M. (2013). The effect of multiple chronic conditions on self-rated health, disability and quality of life among the older populations of Northern Ireland and the Republic of Ireland: A comparison of two nationally representative cross-sectional surveys. *BMJ Open*, 3(6). Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693418/pdf/bmjopen-2013-002571.pdf>

McKhann, G., Albert, M., Grossman, M., Miller, B., Dickson, D., Torjawovski, JQ. (2001). Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Neurology*, 58, 1803-1809.

McKhann, GM., Knopman, DS., Chertkow, H., Hyman, BT., Jack, CR Jr., Kawas. CH., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimers Dement*, 7: 263-9.

Mega, MS., Cummings, JL., Fiorello, T., Gornbein, J. The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's

disease. *Neurology* 1996; 46: 130-5.
21.

Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud pública de México*, 49, s475-s481.

Mejía, R.H., López, J.F., García, I.R., & Espinar, A.C. (2001). Calidad de vida y enfermedades neurológicas. *Neurología*, 16, 30-37.

Méndez, M.J.M., Muñoz, C.P., & Morillejo, E.A. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, (93), 59-77.

Merino, E.N., Sendin, M.C., & Osorio, J.V. (2015). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4306-4315.

Merino, M.H.F. (2013). NANDA Internacional: diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. *Nuberos Científica*, 2(10).

Metzler Baddely, C. (2007). A review of cognitive impairments in dementia with Lewy bodies relative to Alzheimer's

disease and Parkinson disease with dementia. *Cortex*, 43(5), 583-600.

Mishima, K. (2016). Sleep Problem as a Prodrome and Risk Factor for Dementia. *Brain and nerve= Shinkei kenkyū no shinpo*, 68(7), 779.

Missotten, P., Ylief, M., Di Notte, D., Paquay, L., De Lepeleire, J., Buntinx, F., Fontaine, O. (2007). Quality of life in dementia: a 2-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (12), 1201–1207.

Mitnitski, A.B., Mogilner, A.J., Rockwood, K. (2001). Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Sci. World J*, 1, 323–336.

Mitnitski, A.B., Graham, J.E., Mogilner, A.J., Rockwood, K. (2002). Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatrics*, 2:1.

Mitnitski, A.B., Song, X., Rockwood, K. (2004). The estimation of relative fitness and frailty in community-dwelling older adults using self-report data. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sci*, 59.

Mitnitski, A., Song, X., Rockwood, K. (2013). Assessing biological aging: the origin of deficit accumulation. *Biogerontology*, 14, 709–717.

Miu, D.K., Lau, S., & Szeto, S.S. (2010). Etiology and predictors of urinary incontinence and its effect on quality of life. *Geriatrics & gerontology international*, 10(2), 177-182.

Miyazaki, S., & Nishiyama, A. (2015). [Sleep health education for elderly people]. *Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine*, 73(6), 987-991.

Monges-Argilés, J.A. y col. (2010). Biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con deterioro cognitivo leve: metaanálisis de su capacidad predictiva para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. *Rev neurol*, 50(5), 193-200.

Mongil, R. L., Trigo, J. A. L., Sanz, F. J. C., Gómez, S. T., Colombo, T. L., & de Atención Sanitaria, G. D. T. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(1), 5-11.

Moniz-Cooke, E., Vernooji-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., Vugt, D.E., ...Orrell, M. (2008). A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging and Mental Health*, 12, 14-29.

Montón, C., Pérez, M.J., Campos R., García, J., Lobo, A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*, 12 (1993), pp. 345-349

Mortimer, J.A. (1997). Brain reserve and the clinical expression of Alzheimer's disease. *Geriatrics*, 53(1), S50-53.

Motter, R., Vigo-Pelfrey, C., Khloidenko, D., et al. (1995). Reduction of beta-amiloid peptide 42 in the cerebrospinal fluid of patients with Alzheimer's disease. *Ann neurol*, 38, 643-648.

Moyle, W., Murfield, J. and Griffiths, S. (2011). Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia. *Australasian Journal on Ageing*, 30(4), 186-190.

Mulhern, B., Bansback, N., Brazier, J.E., Buckingham, K., Cairns, J., Dolan, P., Hole, A.R., Kavetsos, G., Longworth, L., Rowen, D. and Tsuchiya, A. (2014). Preparatory study for the reevaluation of the EQ-5D tariff: methodology report. *Health Technology Assessment*, 18(12).

Mullet, B., y col. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la

enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*, 17,(2), 250-256.

Muñoz, P.P., Fernández, N.G., Fernández, M.L.B., & Sánchez, M.H. (2015). Abordaje sexológico del paciente con Alzheimer. In *Investigación en salud y envejecimiento: Volumen II* (pp. 153-157). ASUNIVEP.

Navarro, M. y Orozco, J.L. (2015). Cuidado y alimentación en la neurodegeneración, Alzheimer y Parkinson. Guadalajara: Ed. universitaria-Universidad Guadalajara, México.

Nguyen, HT., Black, SA., Ray, LA., Espino, DV., Markides, KS. (2002). Predictors of decline in MMSE scores among older Mexican-Americans. *J Gerontol: Medical Sciences*, 57:181-185.

Nikmat, A.W., Hawthorne, G., Al-Mashoor, S.H. (2011). Quality of life in dementia patients: nursing home versus home care. *International Psychogeriatrics*, 23 (10), 1692–1700.

OCDE (2007). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Panorama de estadísticas del 2007. En: www.oecd.org/.

OCDE (2015). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico sobre el Panorama de la salud 2015 Health at a Glance- OECD Indicators. En: <http://www.oecd.org/>

OECD, (2005). The OECD Health Project. Long-term Care for Older People. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.

Olazarán, J. (2011). ¿ Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria?. *Atención primaria*, 43(7), 377-384.

Ortiz, J., Bechich, S., Aguas, M., Alaez, F., Carral, E., & Sánchez, P. (2002). Efecto de la incontinencia urinaria y la dependencia para la alimentación en la institucionalización de pacientes geriátricos agudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 75-80.

O'Shea, E., Devane, D., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., Murphy, E. (2011). Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: a study protocol for a cluster randomised trial. *Trials*, 12 (1), 41.

- Parks, R.J., Fares, E., MacDonald, J.K., Ernst, M.C., Sinal, C.J., Rockwood, K., et al. (2012).** A procedure for creating a frailty index based on deficit accumulation in aging mice. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sci*, 67, 217–227.
- Partridge, L., Gems, D. (2002).** Mechanisms of ageing: public or private? *Nat Rev Genet*, 3, 165–175.
- Pastor, I.G. (2008).** Alteraciones en el procesamiento del cálculo en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Imsero*.
Herrera, P. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿ mito o realidad?. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(2), 150-162.
- Pedrosa, I., Celis-Atenas, K., Suárez-Álvarez, J., García-Cueto, E., & Muñiz, J. (2015).** Cuestionario para la evaluación del optimismo: Fiabilidad y evidencias de validez. *Terapia psicológica*, 33(2), 127-138
- Pérez-Díaz, A.L., Calero, M.D., & Navarro-González, E. (2013).** Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev Neurol*, 56(1), 1-7.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Mercader, I., Flores, F.S., Barragán, A., Calzadilla, Y., & Gázquez, J J. (2015).** Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enfermería universitaria*, 12(2), 56-62.
- Petersen, R.C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R.C., Morris, J.C., Rabins, P.V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L. y Winblad, B. (2001).** Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1.985–1.992.
- Petersen, R.C. (2003).** Mild cognitive impairment. *Aging to Alzheimer's Disease*. New York: Oxford University Press.
- Petersen, PE., Yamamoto, T. (2005).** Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33(2), 81–92.
- Petersen, R.C., & Negash, S. (2008).** Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectr*, 13(1), 45-53.
- Phillips, CV., Goodman, KJ. (2004).** The missed lessons of Sir Austin Bradford Hill. *Epidemiol Perspect Innov*, 1, 3.

Phillips, L.J., Reid-Arndt, S.A., Pak, Y., (2010). Effects of a creative expression intervention on emotions, communication, and quality of life in persons with dementia. *Nursing Research*, 59 (6), 417–425.

Pino, P. (2012). Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. *Medwave*, 12 (10).

Pinto, J.A. (2007). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. Ed: Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

Pradas, R., Antoñanzas, F., & Martínez-Zárate, M.P. (2009). Use of European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) questionnaire to value the health related quality of life variation because of influenza. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 104-108.

Prince, M., Prina, M. and Guerchet, M. (2013). World Alzheimer Report 2013, An Analysis of Long-Term Care for Dementia. London: Alzheimer's Disease International.

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.C., Wu, Y., Prina, A.M. (2015). World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia. An analysis of

prevalence, incidence, costs and trends. London: Alzheimer's Disease International.

Prick, A.E., de Lange, J., Scherder, E., Twisk, J., & Pot, A.M. (2016). The effects of a multicomponent dyadic intervention on the mood, behavior, and physical health of people with dementia: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*, 11, 383.

Porter, V.R., Buxton, W.G., & Avidan, A.Y. (2015). Sleep, cognition and dementia. *Current psychiatry reports*, 17(12), 1-11.

Puebla, C.M., & del Pino, A.C.S. (2015). Calidad de vida y salud en mayores institucionalizados. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 15(2), 18-28.

Pusswald, G., Moser, D., Pflüger, M., Gleiss, A., Auff, E., Stögmann, E., ... & Lehrner, J. (2016). The impact of depressive symptoms on health-related quality of life in patients with subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 1-10.

Rabins, P.V., Black, B. (2007). Measuring quality of life in

dementia: purposes, goals, challenges and progress. *Int Psychogeriatr*, 19(3), 401–407.

Rabin, R., & Charro, F.D. (2001). EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of medicine*, 33(5), 337-343

Raina, P., Santaguida, P., Ismaila, A., Patterson, C., Cowan, D., Levine, M., Booker, L., Oremus, M. (2008). Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 148 (5), 379–397.

Ramírez-Vélez, R., Agredo, R.A., Jerez, A.M., & Chapal, L.Y. (2008). Health-related quality of life and conditions of health in non-institutionalised elderly people in Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 529-536.

Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Rev Redalyc*, 17(1), 18-23.

Reisberg, B., Ferris, S.H., De León, M.J., & Crook, t. (1998). Global deterioration sacale (GDS). *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 661-663.

Reuser, M., Willekens, F. J. & Bonneux, L. (2011). Higher education delays and shortens cognitive impairment: A multistate life table analysis of the US Health and Retirement Study. *European Journal of Epidemiology*, 26(5), 395-403.

Retamal-Matus, H., Arredondo, J., Domínguez, E., Mac Donald, H., & Olgún, K. (2015). Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia.

Reynolds, M.D., Johnson, J.M., Dodge, H.H., Dekosky, S.T. y Ganguli, M. (1999). Small head size is related to low Mini-Mental State Examination scores in a community sample of nondemented older adults. *Neurology*, 53, 228-229.

Ribot Reyes, V. D. L. C., Leyva Villafaña, Y., Moncada Menéndez, C., & Alfonso Sánchez, R. (2016). Calidad de vida y demencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(1), 77-86.

Rockwood, K., Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sci*, 62, 722–727.

Rockwood, K., Mitnitski, A., Howlett, S.E. (2015). Frailty: Scaling from

Cellular Deficit Accumulation? Available online at: <http://www.karger.com/Article/FullText/381127>.

Rodríguez, J.G., Muela, F.J., Collada, A.A., & Benedet, L.S.D.S.M. (2009).

Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44(1), 31-33.

Rodríguez, M. y Sánchez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*, 20(2), 175-186.

Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Frades-Payo, B., París, M.S., Martínez-López, I., Forjaz, M.J., Grupo Español de Investigación en Envejecimiento y Calidad de Vida (2015): «Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas», *Revista Española de Salud Pública*, 89(1), 51-60.

Rocaspana, M., Blanco, J., Gea-Sanchez, M., Del Pino, C., & Piñol, G. (2015). Relación del estado nutricional con la función cognitiva, conductual y funcional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer Relation of the nutritional state with the cognitive function, behavioral and functional in patients

with Alzheimer's disease. *AgInf.*, (73), 19, 1, 32-33.

Román, M., y col. (2005). Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer. Atención especializada. Ed: MAD.

Román, G. (2012). Demencia vascular y deterioro cognitivo de origen vascular. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 203-218.

Rosas-Carrasco, Ó., Torres-Arreola, L. P., Guerra-Silla, M.G., Torres-Castro, S., & Gutiérrez-Robledo, L.M. (2010). Validación de la escala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Rev Neurol*, 51(2), 72-80.

Roth y col, (1986). Camdex. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br Psychiatry*, 149, 698-709.

Rovio, S., Kåreholt, EL., Helkala, EL., Viitainen, M., Winblad, B., Tuomilehto, J., et al. (2005). Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*, 4, 705-11.

Salcedo, P. G., & Reyes, A. M. C. (2011). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2), 47-76.

Sánchez-Rodríguez, J. L., Torrellas-Morales, C., Fernández-Gómez, M. J., & Martín-Vallejo, J. (2013). Influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en sujetos con enfermedad de Alzheimer. *anales de psicología*, 29(3), 762-771.

Sánchez, J.A., & López, A. (2005). Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. *Salud mental*, 302-309

Sánchez, J.P., de la Casa Fages, B., Chicote, A.C., & Pérez, F.G. (2015). Demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y otras demencias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4323-4333.

Sánchez, L.M., González, U., Alerm, A., & Bacallao, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337-349.

Santos, R.M.R., Andrades, M.A.L., & Segura, R.M. (2012). Valoración y diagnóstico de la incontinencia en pacientes con demencia. In *Salud y envejecimiento: un abordaje multidisciplinar de la demencia* (pp. 325-330). Grupo Editorial Universitario (GEU Editorial).

Scherder, E.J.A., Bogen, T., Eggermont, L.H.P., Hamers, J.P.H., Swaab, D.F., (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 22 (8), 1203–1208

Scoralick, F.M., Camargos, E.F., Freitas, M.P.D., & Nóbrega, O.T. (2015). Outpatient treatment of sleep disorders in Alzheimer patients. *Einstein (São Paulo)*, 13(3), 430-434.

Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Junca, S., Rué, M., & Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223.

Serra-Grabulosa, J.M., Adan, A., Pérez-Pàmies, M., Lachica, J., & Membrives, S. (2010). Bases neurales del procesamiento numérico y del cálculo. *Rev Neurol*, 50(1), 39-46.

Shapshak, P. (2012). Dementia and molecule of the month APP. *Bioinformation*, 8(14), 644–645.

Shin, I.S., Carter, M., Masterman, D., Fairbanks, L., Cummings, J.L., (2005). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (6), 469–474.

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 6: 1231-9.

Smilkstein, G., Ashworth, C., Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract*. 15: 303-11.

Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11,505-514.

Soto-Añari, M., Flores-Valdivia, G., & Fernández-Guinea, S. (2013). Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. *Revista de neurología*, 56(2), 79-85.

Stern, Y., Albert, S., Tang, M. & Tsal, W. (1999). Rate of memory decline in Alzheimer Disease is related to

education and occupation. Cognitive reserve? *Neurology*, 53, 1942- 1947.

Stern, Y. (2009) Cognitive reserve. *Neuropsychologia* ,47: 2015-28. 17.

Sturman, M.T., de Leon, C.F., Bienias, J. L., Morris, M. C., Wilson, R. S., Evans, D. A. (2008). Body mass index and cognitive decline in a biracial community population. *Neurology*, 70: 360-367.

Sullivan, M.D., G. I. Kempen, E. Van Sonderen y J. Ormel (2000): «Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly», *Quality of Life Research*, 9(7), 801-810.

Tarazona, FJ., Velenguer, VA., Domenech, JR., Gac, EH., Cuesta, PD., Medina, DI., Salvador, MI., Avellana, JA. (2009) Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (6), 724-731

Tay, L., Chua, K. C., Chan, M., Lim, W. S., Ang, Y. Y., Koh, E., & Chong, M. S. (2014). Differential perceptions of quality of life (QoL) in community-dwelling persons with mild-to-moderate

dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(08), 1273-1282.

Taylor, M. E., Lord, S. R., Brodaty, H., Kurrle, S. E., Hamilton, S., Ramsay, E., ... & Close, J. C. (2016). A home-based, carer-enhanced exercise program improves balance and falls efficacy in community-dwelling older people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 1-11.

Tombini, M., Sicari, M., Pellegrino, G., Ursini, F., Insardá, P., & Di Lazzaro, V. (2016). Nutritional Status of Patients with Alzheimer's Disease and Their Caregivers. *Journal of Alzheimer's Disease*, (Preprint), 1-9.

Torres, A., Gómez-Gil, E., Vidal, A., Puig, O., Boget, T., & Salamero, M. (2006). Diferencias de género en las funciones cognitivas e influencia de las hormonas sexuales. *Actas españolas de psiquiatría*, 34(6).

Trigg, R., Jones, R. W., Knapp, M., King, D., & Lacey, L. A. (2015). The relationship between changes in quality of life outcomes and progression of Alzheimer's disease: results from the Dependence in AD in England 2 longitudinal study. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(4), 400-408.

Tuesca, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.

Úbeda, R., Fuentes, I., & Dasí, C. (2016). Revisión de las formas abreviadas de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos. *Psychology, Society & Education*, 8(1).

Tennstedt, SL (2012). El entrenamiento cognitivo activa y los índices de incidentes de demencia. *Revista de la Sociedad Internacional de Neuropsicología: JINS*, 18 (4), 669-677. <http://doi.org/10.1017/S1355617711001470>

Tuesca-Molina, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.

Unverzagt, FW., Gao, S., Baiyewu, O., Ogunniyi, AO., Gureje, O., Perkins, A., et al. (2001). Prevalence of cognitive impairment: data from the Indianapolis Study of Health and Aging. *Neurology*, 57:1655-1662.

Unverzagt, FW, Guey, LT, Jones, RN, Marsiske, M., Rey, JW, Wadley, VG, ...

Urbina, C.L., Aguilera, M.D.R., & Martínez, C.G. (2011). La incontinencia urinaria en los enfermos de Alzheimer institucionalizados. In *Envejecimiento y*

demencia: un enfoque multidisciplinar (pp. 137-140). Grupo Editorial Universitario (GEU Editorial).

Valencia, N.J., Laserna, J.A., Pérez-García, M., Orozco, C., Miñán, M., Garrido, C.,... & Morente, G. (2000). Influencia de la escolaridad y el sexo sobre la ejecución en el FAS, nombrar animales y nombrar frutas. *Psicología Conductual*, 8(2), 283-295.

Valls, C., Molinuevo, J.L. y Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol*, 51(8), 471-480.

Vargas-Escobar, L. (2012). Aporte de la enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 62-76.

Vázquez, O.S., & Vázquez, M.S. (2015). La influencia de las variables sociodemográficas en la calidad de vida analizadas con el whoqol-bref. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (21), 4.

Vega, S., Bermejo, P. (2002). Prevalencia de demencia en mayores de 60 años en el medio rural: estudio puerta a puerta. *Medicina General*, 48: 794-805. 16.

Velarde-Jurado, E., Avila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex*, 44, 448-463.

Velasco, M., Londoño, C., & Alejo, I. (2014). Validación del cuestionario de optimismo disposicional usando la teoría de respuesta al ítem. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 275-292

Verbeek, H., Zwakhalen, S.M.G., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. (2010). Dementia care redesigned: effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11 (9), 662-670.

Vila, MA., Fernández, MJ., Florensa, E., Orejas, V., Dalfó, A., Romea, S. (1997). Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria *Aten Primaria*, 19(3):121-126.

Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs, J., López-Pousa, S., López, OL. (1999). El inventario neuropsiquiátrico: propiedades psicométricas de su adaptación al castellano. *Rev Neurol*, 29: 15-9.

- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M. et al . (2005).** El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 19(2),135-150.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008).** Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina clínica*,130(19), 726-735.
- Villanueva, B.P., Valdés, C.B., Gama, E.V., Bravo, C.V., & Damián, J. (2011).** Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(1), 7-14.
- Villavicencio, M.E.F., Rodríguez, C.C., González, M.Á., López, M.G.V., & Cardona, G A.C. (2013).** Salud mental y calidad de vida en adultos mayores Mental health and quality of life in the elderly.
- Vital, T.M., Hernandez, S.S.S., Stein, A. M., Garuffi, M., Corazza, D.I., Andrade, L.P.D., ... & Stella, F. (2012).** Depressive symptoms and level of physical activity in patients with Alzheimer's disease. *Geriatrics & gerontology international*, 12(4), 637-642.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012).** Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- Voorrips, LE., Ravelli, AC., Dongelmans, PC., Deurenberg, P., Van Staveren, WA.** A physical activity questionnaire for the elderly. *Med Sci Sports Exerc.* 1991;23:974-9.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012).** Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366-377.
- Wachter, KW., and Finch, CE. (1997).** *Between Zeus and the Salmon.* Washington, DC: National Academy Press.
- Wallace, L.M.K., Theou, O., Kirkland, S.A., Rockwood, M.R.H., Davidson, K.W., Shimbo, D., et al. (2014).** Accumulation of non-traditional risk factors for coronary heart disease is associated with incident coronary heart

disease hospitalization and death. PLoS One, 9(3):e90475. doi: 10.1371/journal.pone.0090475.

Wandosell, F. (2014). Mecanismos moleculares de la enfermedad de Alzheimer: Causas genéticas y “esporádicas”. En *Neuroprotección en enfermedades Neuro y Heredo degenerativas* (pp.33-52). Barcelona, España: OmniaScience.

Wang, L., Larson, E.B. (2006). Performance-based physical function and future dementia in older people. *Arch Inter Med*, 116(10), 1115-1120.

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health status survey (SF-36): I conceptual frame work and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

Weinert, BT and Paola ST. (2003). Physiology of Aging. Invited Review: Theories of aging. *J Appl Physiol*, 95, 1706–1716.

Wesnes, KA., McKeith, I., Edgar, C., Emre, M., Lane, R. (2005). Benefits of rivastigmine an attention in dementia associated with Parkinson disease. *Neurology*, 65(10), 1654-62.

Wetzels, R.B., Zuidema, S.U., de Jonghe, J.F., Verhey, F.R., Koopmans, R.T., (2010). Determinants of quality of

life in nursing home residents with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29 (3), 189–197.

Whitehead, J.C., Hildebrand, B.A., Sun, M., Rockwood, M.R., Rose, R.A., Rockwood, K., et al. . (2014). A clinical frailty index in aging mice: comparisons with frailty index data in humans. *J. Gerontol. A Biol. Med. Sci*, 69, 621–632.

Whitehouse, PJ. (2000). Harmonisation of dementia drug guidelines (United States and Europe): a report of the International Working Group for the Harmonization of Dementia Drug Guidelines. *Alzheim Dis Assoc Disord*, 14(1), 119–122.

WHO (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403–1409.

WHO (2016). Demencia. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., et al. (2004). Mild Cognitive impairment- beyond controversies, towards a consensus: report of the international Working Group on Mild

Cognitive Impairment. *J Intern Med*, 256, 240-246.

Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., ... & Fratiglioni, L. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *The Lancet Neurology*, 15(5), 455-532.

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., Orrell, M., (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 15 (2),CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

Yesavage, JA. (1985). Non-pharmacological treatments for memory loss with normal aging. *Am J Psychiatry*, 142, 600-605.

Yildiz, D., PEKEL, N. B., Kilic, A. K., Tolgay, E. N., & Tufan, F. (2015). Malnutrition is associated with dementia severity and geriatricsyndromes in patients with Alzheimer disease. *Turkish journal of medical sciences*,45(5), 1078-1081.

Zubcoff, J.J. (2014). Estadística. Sesión 6. Cómo presentar los resultados de ANOVA y Regresión. *Estadística*.

Anexos

Anexo 1. Convenios de colaboración.



CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA "SAN VICENTE MÁRTIR" Y LA ASOCIACIÓN FAMILIARES ALZHEIMER VALENCIA (AFAV).

REUNIDOS

De una parte, D. José Alfredo Peris Cancio, en calidad de Rector de la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir", con CIF G-97.025.787, con domicilio social en Valencia, Calle Quevedo, 2, C.P. 46001.

Y Ana Morón Esteban en calidad de directora con NIF 18.431.062 N de la Asociación Familiares Alzheimer Valencia, con CIF G-96254503, con domicilio social en Valencia, Pza. Vicente Andrés Estellés, 2, C.P. 46015.

Ambas partes, en el ejercicio de las funciones que les han sido legalmente atribuidas, reconociéndose mutuamente la capacidad legal necesaria,

EXPONEN

1. Que la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" es una Entidad que desarrolla actividades de docencia, investigación así como desarrollo científico, interesada en colaborar con los sectores socioeconómicos.

2. Que la Asociación Familiares Alzheimer Valencia es una entidad, interesada en colaborar con el mundo universitario.

3. Que tanto la Asociación Familiares Alzheimer Valencia como la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" desean colaborar en los campos formativos y científicos de interés común, incluyendo la participación en proyectos conjuntos tanto de ámbito nacional como internacional.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" y la Asociación Familiares Alzheimer Valencia desean suscribir el presente convenio con el objetivo de aumentar el conocimiento existente sobre la enfermedad de Alzheimer

PACTOS

PRIMERO.- Objeto del convenio

El presente convenio tiene por objeto la colaboración entre la Universidad de Católica de Valencia "San Vicente Mártir" y la Asociación Familiares Alzheimer Valencia para desarrollar actividades de formación, investigación y asesoramiento en el área del bienestar psicológico y fisiológico relacionado con pacientes con demencia tipo Alzheimer.

1197



CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA Y LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ALZHEIMER DE VALENCIA (AFAV) PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS FORMATIVAS POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

En Moncada (Valencia), a trece de marzo de dos mil trece.

REUNIDOS

De una parte, la Excm. Sra. D^{ña}. Rosa Visiedo Claverol, Rectora Magnífica de la Universidad CEU Cardenal Herrera, (en adelante CEU-UCH), con sede en Valencia, Avda. Seminario s/n, 46113 Moncada, titular del C.I.F. G-28423275. Actúa en nombre y representación de la CEU-UCH por las facultades que le otorga su cargo, según nombramiento efectuado por acuerdo de la Junta del Patronato de la Universidad en su sesión del catorce de octubre de 2011, con efecto a partir del día 17 de octubre de 2011, y en virtud del artículo 37 c) de las Normas de Organización y Funcionamiento de la Universidad CEU Cardenal Herrera (Decreto 204/2010, de 03 de diciembre del Consell de la Generalitat Valenciana. DOGV de 09 de diciembre de 2010).

De otra parte, D^{ña} Juana García Tomás, Presidenta de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia (AFAV), con sede en Nicolau Primitiu, 15 B. 46014 Valencia titular del C.I.F. G-96250543, actuando en su nombre y representación, en virtud de las atribuciones que le vienen conferidas por nombramiento en Asamblea con fecha 20 de febrero de 2013.

Ambas partes intervienen en la representación y con las facultades que sus respectivos cargos les confieren para formalizar el presente Convenio de Cooperación, y

EXPONEN

1.- Que la Universidad CEU Cardenal Herrera (en adelante CEU-UCH) es una institución académica sin ánimo de lucro, promovida por la Fundación Universitaria San Pablo-CEU, en el marco de la libertad de creación de Centros Docentes amparada por la Constitución. La Ley 7/1999, de 3 de diciembre, de la Generalidad Valenciana, reconoce la Universidad CEU Cardenal Herrera como una universidad privada, en uso de las competencias atribuidas por el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana y las normas de aplicación y desarrollo del mismo. Su actividad está regulada por lo dispuesto en la Ley Orgánica 6/2001 de Universidades, de 21 de diciembre, modificada por la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, y en el Real Decreto 557/1991, de 12 de abril, sobre creación y reconocimiento de Universidades y Centros Universitarios.

2.- Que el presente convenio se acoge a lo establecido en el Real Decreto 1707/2011, de 18 de noviembre, por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios.

3.- Que AFAV y la CEU-UCH, como institución docente, son conscientes de que aunando esfuerzos y recursos pueden contribuir a la mejora y el perfeccionamiento de la formación de los estudiantes universitarios, completando su proceso de adquisición de competencias a través de la realización de prácticas formativas.

Y a tal efecto, a través del presente Convenio de Cooperación, concretan las actuaciones que se deben seguir para el cumplimiento de estos objetivos, estableciendo las siguientes

Anexo 2: Codificación de variables.

V. independiente

- gds: numérico
- hachiski: numérico
- sexo:
 - o hombre: 1
 - o mujer: 2
- edad : numérico
- estado civil:
 - o casado: 1
 - o viudo: 2
 - o soltero: 3
- nivel de estudios:
 - o analfabeto: 1
 - o básicos: 2
 - o bachiller: 3
 - o NC: 4
- enf. Neurodegenerativa:
 - o ninguna: 1
 - o Parkinson: 2
 - o Alzheimer: 3
 - o DFT: 4
 - o E. Pick: 5
 - o C. Lewy: 6
 - o DC: 7
 - o Epilepsia: 8
 - o NS: 9
- comorbilidad:
 - o enf. Resp.: 1
 - o enf. Cardiaca: 2
 - o I. Renal: 3
 - o Diabetes: 4
 - o HTA: 5
 - o Dislipemia: 6
 - o Fact. Riesgo cardiovascular (+1): 7
 - o Enf. Traumatológica: 8
 - o Otras: 9
 - o NS: 10
- Centro:
 - o Valencia: 1
 - o Algemés: 2
 - o Benifaió: 3
 - o Guadassuar: 4
- nº hijos: numérica
- cuidador principal:
 - o no tiene: 1
 - o formal: 2
 - o familiar
 - hijo: 3
 - conyuge: 4

- otros: 5

SF 36:

Numérica--- num preg./item
NC: una más

EUROQoL 5D

Por dimensión: 1, 2 o 3
Si NC/CP = 4
Escala EVA, si NC/CP = 101

MNA:

Puntuación de cada pregunta (0, 0.5, 1, 2..).
NC

INCONTINENCIA:

Sí: 1
NO: 2
+ Puntuación total normal
NC/CP = 3
No valorable (sonda vesical, pañal) =4

BAECKE:

Respuestas: mantenemos puntuación de cada pregunta (0, 1, 2..) + puntuación total
NC/CP = una más
En la codificación de tiempo libre y act. Física, si NC / CP= 0

OVIEDO

Numérica
NC/CP = 0

PITTSBURG: PUNTUACIÓN TOTAL DE CADA DIMENSIÓN

NC = una más

MMSE: PUNTUACIÓN TOTAL POR DIMENSIONES

CP =31
En fluidez, CP/NC =0

AUTOCONCEPTO: PUNTUACIÓN TOTAL

NC= 0

APGAR FAMILIAR: PUNTUACIÓN TAL CUAL (0, 1, 2)

CASO PERDIDO/ NC: 3
Del total: CP/NC = 11

ANSIEDAD GOLDBERG: Sí=1

NO= 0

NC/CP = 2

1er total ansiedad, sin NC/CP = 5
1er total depresión si NC/CP = 5
Del total subescala depresión, si NC/CP = 10
Del total subescala ansiedad, si NC/CP = 10
Del total, si NC/CP =19

SALUD GENERAL DE GOLDBERG: PUNTUACIÓN POR DIMENSIÓN

Del total por dimensión, si NC/CP= 8

Del total, si NC/CP = 29

LOT: NÚM. ITEM- RESPUESTA NUM.

NC/CP = 0

Anexo 3: Índice de Comorbilidad de Charlson —ICC—.

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)	
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6
Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =	

UNIDES

Universidad CEU Cardenal Herrera / Universidad de Valencia

Con la presente investigación pretendemos realizar una valoración del estado cognitivo de las personas atendidas en el ámbito domiciliario.

La encuesta es anónima. La utilización de los resultados tendrá un carácter aplicado y se utilizará con el fin de describir los problemas actuales en este sector y qué soluciones podemos tomar al respecto

Gracias por su colaboración.

(Según ley 1/2003 Derechos e información CV. Consentimiento Informado)

ENCUESTA

Datos Sociodemográficos

1.-Sexo

Hombre

Mujer

2.-Edad

3.-Nivel de estudios

Básicos

Diplomado / Ingeniero técnico

Licenciado / Ingeniero superior

Doctor

Otros

NS

NC

UNIDES

4.-Estado civil

Soltero/a

Casado/a

Separado/a - Divorciado/a

Viuda/o

Otros

NS

NC

5.-Número de hijos

6.-Localidad (población) de residencia _____

Otros datos

7.-Hachiski

Si

No

NS

NC

8.-GDS

1

2

3

4

5

6

7

NS

NC

Anexo 4: Consentimiento informado y cuestionarios

UNIDES

9.-Enfermedad Neurológica diagnosticada

- Ninguna
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia Fronto-Temporal
- Enfermedad de Pick
- Enfermedad de Cuerpos de Lewy
- Otras
- NS
- NC

9.-Comorbilidad

- Enfermedad respiratoria
- Enfermedad cardíaca
- Demencia renal
- Enfermedad metabólica (diabetes)
- Enfermedad traumatológica
- Otras
- NS
- NC

10.-Departamento de Salud

- 4 Valencia Clínico
- 5 Valencia Arnau de Vilanova
- 6 Valencia La Fe
- 9 Valencia Dr Peset
- Otros

11.-Cuidador Principal

- Familiar
- No familiar
- Otros

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

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 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

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

- 1 Sí
2 No

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

- 1 Sí
2 No

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

- 1 Sí
2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

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

- 1 Sí
2 No

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

- 1 Sí
2 No

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

- 1 Sí
2 No

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

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

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 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 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas 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 alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 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 cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

13.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describe su estado de salud en el día de hoy.

El mejor estado de salud imaginable

Movilidad

No tengo problemas para caminar
Tengo algunos problemas para caminar
Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

No tengo problemas con el cuidado personal
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej. trabajar, estudiar, hacer las compras domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

No tengo dolor ni malestar
Tengo moderado dolor o malestar
Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

No estoy ansioso ni deprimido
Estoy moderadamente ansioso o deprimido
Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con el estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

¡MUY BUENO, PUNTO UNA EN EL CUADRO!
Igual
Peor

Para evaluar a la gente a veces se le muestra o muestra que es su estado de salud hoy imaginario: una escala parecida a un semáforo en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Una guante que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.
Por favor, dibuje una línea desde el cuadrado donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del semáforo que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

El peor estado de salud imaginable

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

ESTADO DE SALUD HOY

El peor estado de salud imaginable

13 Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud 254

Escalas de evaluación del estado Nutricional

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Población diana: Población general geriátrica. Se trata de una escala heteroadministrada para la evaluación del estado nutricional de una persona. Si la suma de las respuestas de la primera parte –Test de cribaje– es igual o inferior a 10, es necesario completar el -test de evaluación- para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. La puntuación global del Test de evaluación resulta de la suma de todos los ítems del Test de cribaje y de los del Test de evaluación. Los puntos de corte del Test de evaluación son de 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición, y menos de 17 puntos: malnutrición.

TEST DE CRIBAJE		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0 Anorexia grave	
	1 Anorexia moderada	
	2 Sin anorexia	
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	0 Pérdida de peso > 3 kg	
	1 No lo sabe	
	2 Pérdida de peso entre 1 y 3kg	
	3 No ha habido pérdida de peso	
	0 De la cama al sillón	
C. Movilidad	1 Autonomía en el interior	
	2 Sale del domicilio	
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?	0 Sí	
	1 No	
E. Problemas neuropsicológicos	0 demencia o depresión grave	
	1 demencia o depresión moderada	
	2 sin problemas psicológicos	
F. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) ² en kg/m ²)	0 IMC < 19	
	1 19 < ó = IMC < 21	
	2 21 < ó = IMC < 23	
	3 IMC > ó = 23	
Puntuación Total (Cribaje)		

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)

- > 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- > 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

TEST DE EVALUACIÓN		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	0	No
	1	Sí
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	Sí
	1	No
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0	Sí
	1	No
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0	1 comida
	1	2 comidas
	2	3 comidas
K. ¿Consume el paciente... (Sí o no) • productos lácteos al menos una vez al día? • huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana? • carne, pescado o aves, diariamente?	0	0 ó 1 Síes
	0,5	2 Síes
	1	3 Síes
	0	No
L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	1	Sí
	0	Menos de 3 vasos
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	0,5	De 3 a 5 vasos
	1	Más de 5 vasos
	0	Necesita ayuda
N. Forma de alimentarse	1	Se alimenta solo con dificultad
	2	Se alimenta solo sin dificultad
	0	Malnutrición grave
O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)	1	No lo sabe o malnutrición moderada
	2	Sin problemas de nutrición
	0	Peor
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	0,5	No lo sabe
	1	Igual
	2	Mejor
	0	CB < 21
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0,5	21 ≤ CB ≤ 22
	1	CB > 22
	0	CP < 31
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	1	CP ≥ 31
	PUNTUACIÓN TOTAL (Global)	

Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)
 • De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
 • Menos de 17 puntos: malnutrición.

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA - HOMBRES

Población diana: Población general de hombres. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con preguntas dicotómicas. Este cuestionario es capaz de identificar la incontinencia urinaria de urgencia y por obstrucción prostática. Los puntos de corte se detallan a continuación:

- La respuesta afirmativa de las 5 preguntas (a, b, c, d, e) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria de urgencia del 30,4%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 77%.
- La respuesta afirmativa de las 3 preguntas (f, g, h) tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria por obstrucción prostática del 66,7%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 80%.

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA		
a.- Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿nota ganas de orinar?	Si	No
b.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?	Si	No
c.- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Si	No
d.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Si	No
e.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Si	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
INCONTINENCIA URINARIA POR OBSTRUCCIÓN PROSTÁTICA		
f.- Cuando acaba de orinar ¿tiene la sensación que tendría que continuar y no puede?	Si	No
g.- ¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina?	Si	No
h.- ¿Va a menudo al servicio y orina poca cantidad?	Si	No
PUNTUACIÓN TOTAL		

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA - MUJERES

Población diana: Población general de mujeres. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con preguntas dicotómicas. Este cuestionario es capaz de identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia. Los puntos de corte se detallan a continuación:

- La respuesta afirmativa de al menos 4 de las preguntas (a, b, c, d, e) tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia urinaria de esfuerzo del 77,2%
- La respuesta afirmativa de al menos 3 de las preguntas (f, g, h, i) tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia urinaria de urgencia del 57,6%.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO		
a.- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?	Si	No
b.- ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?	Si	No
c.- ¿Cuando ríe se le escapa la orina?	Si	No
d.- ¿Si estornuda se le escapa la orina?	Si	No
e.- ¿Al toser se le escapa la orina?	Si	No
Puntuación Total		
INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA		
f.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿Entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina?	Si	No
g.- Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Si	No
h.- Si tiene ganas de orinar ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Si	No
i.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Si	No
Puntuación Total		

Cuestionario de Actividad Física en Sujetos de Edad Avanzada, Baecke Modificado

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Fecha: _____ Evolución: _____

Instrucciones
 Este cuestionario está diseñado para valorar su nivel de actividad física diaria. Las preguntas que encontrará a continuación se refieren a actividades caseras, de ocio, así como actividades físicas deportivas. Es importante que a la hora de responder piense en todas las actividades que usted realiza aunque pueda sentir que no son importantes. Por lo tanto, sea con atención las tareas que se proponen en los ejemplos y, si cree que practica alguna que no figura, consídrela también. Si realiza una o más tareas, responda el máximo número en función del número de veces.
 Por favor, en la primera hoja conteste las preguntas escribiendo el número seleccionado en el cuadrado a la derecha de cada una.
 En la segunda hoja, encontrará una parte que debe ser respondida utilizando la hoja de códigos de intensidad, tanto por semana y meses al año. Fíjese bien en que el número que escriba coincida con la actividad que usted practica. Rellene todas las actividades de ocio y físicas deportivas en función de las que usted habitualmente realiza.

Actividades caseras

1. ¿Realiza usted trabajos caseros ligeros? (Por ejemplo, sacar el polvo, fregar platos, arreglar la ropa...)

0. Nunca (Menos de una vez al mes)
 1. Algunas veces (Solo cuando su pareja u otra ayuda no está disponible)
 2. Regularmente (Algunas veces distinto por su pareja u otra ayuda)
 3. Siempre (Solo o junto con su pareja)

2. ¿Realiza usted trabajos caseros pesados? (Por ejemplo, limpiar suelos, limpiar ventanas, cargar bolsas de basura...)

0. Nunca (Menos de una vez al mes)
 1. Algunas veces (Solo cuando su pareja u otra ayuda no está disponible)
 2. Regularmente (Algunas veces distinto por su pareja u otra ayuda)
 3. Siempre (Solo o junto con su pareja)

3. ¿Pasa cuántas personas arregia y limpia usted la casa? (Incluyéndose usted, escriba 0 si ha marcado «Nunca» en las preguntas 1 y 2)

0. Ninguna (Nunca o una vez al mes)
 1. 1-6 habitaciones (Algunas veces distinto por su pareja u otra ayuda)
 2. 7-9 habitaciones (Solo o junto con su pareja)
 3. 10 o más habitaciones

4. ¿Cuántas habitaciones arregia y limpia usted, incluyendo cocina, dormitorio, salón, garaje, ático, baño, etc.? (Escriba 0 si ha marcado «Nunca» en las preguntas 1 y 2)

0. Nunca (Nunca o una vez al mes)
 1. 1-6 habitaciones
 2. 7-9 habitaciones
 3. 10 o más habitaciones

5. Si arregia y limpia la casa, ¿en cuántos meses más arregia las habitaciones? (Escriba 0 si ha marcado «Nunca» en la pregunta 4)

0. Nunca (Nunca o una vez al mes)
 1. 1-6 meses (Algunas veces distinto por su pareja u otra ayuda)
 2. 7-9 meses (Solo o junto con su pareja)
 3. 10 o más meses

6. ¿Cocina usted mismo su comida o ayuda a prepararla?

0. Nunca (Nunca o una vez al mes)
 1. Algunas veces (1 o 2 veces a la semana)
 2. Regularmente (3-4 veces a la semana)
 3. Siempre (Más de 5 veces a la semana)

7. ¿Cuántos pisos o escaleras sube por día? (Un piso o escalera son 10 escalones)

0. Nunca sube escaleras
 1. 1-5 veces
 2. 6-10 veces
 3. Más de 10 veces

8. Si sale a alguna parte en su ciudad, ¿qué tipo de transporte usa?

0. Nunca sale a comprar
 1. Coche
 2. Transporte público
 3. Bicicleta
 4. Andando

9. ¿Con qué frecuencia sale a hacer la compra?

0. Nunca o menos de una vez por semana
 1. Una vez a la semana
 2. 2-4 veces a la semana
 3. Cada día

10. Si sale a comprar, ¿qué tipo de transporte usa?

0. Nunca sale a comprar
 1. Coche
 2. Transporte público
 3. Bicicleta
 4. Andando

Anexo 4: Consentimiento informado y cuestionarios

Cuestionario de Actividad Física en Sujetos de Edad Avanzada, Baecke Modificado

Actividades de tiempo libre (ocio)	Actividades físicas-deportivas	Tabla de códigos de actividades habituales
¿Unidad realiza otras actividades físicas? Actividad 1: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	¿Unidad practica algún deporte? Deporte 1: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	Código de intensidad de actividad: 0.008: Tumbado sin movimiento (en la cama, sofá...) 0.146: Sentado, sin movimiento (ver la TV, etc...) 0.297: Sentado, con movimientos de brazos y manos (comer, coser, jugar a cartas, etc...) 0.703: Sentado, con movimientos del cuerpo (paseo, montar a caballo...) 0.174: De pie, sin movimiento 0.307: De pie, con movimientos de manos o brazos (comer, beber, coser, jugar a cartas...) 0.890: De pie, con movimientos del cuerpo y con pequeños desplazamientos (trabaja, manual, ping-pong, etc... con arco, balsa...) 1.368: Caminando, con movimientos de brazos o manos (pasear, ir de compras, pasar el tiempo, bailar...) 1.890: Caminar rápido, ciclismo, natación, bicicleta, remo... correr, subir, caminar, escaleras...
Actividad 2: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	Deporte 2: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	0.008: Tumbado sin movimiento (en la cama, sofá...) 0.146: Sentado, sin movimiento (ver la TV, etc...) 0.297: Sentado, con movimientos de brazos y manos (comer, coser, jugar a cartas, etc...) 0.703: Sentado, con movimientos del cuerpo (paseo, montar a caballo...) 0.174: De pie, sin movimiento 0.307: De pie, con movimientos de manos o brazos (comer, beber, coser, jugar a cartas...) 0.890: De pie, con movimientos del cuerpo y con pequeños desplazamientos (trabaja, manual, ping-pong, etc... con arco, balsa...) 1.368: Caminando, con movimientos de brazos o manos (pasear, ir de compras, pasar el tiempo, bailar...) 1.890: Caminar rápido, ciclismo, natación, bicicleta, remo... correr, subir, caminar, escaleras...
Actividad 3: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	Deporte 3: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	0.008: Tumbado sin movimiento (en la cama, sofá...) 0.146: Sentado, sin movimiento (ver la TV, etc...) 0.297: Sentado, con movimientos de brazos y manos (comer, coser, jugar a cartas, etc...) 0.703: Sentado, con movimientos del cuerpo (paseo, montar a caballo...) 0.174: De pie, sin movimiento 0.307: De pie, con movimientos de manos o brazos (comer, beber, coser, jugar a cartas...) 0.890: De pie, con movimientos del cuerpo y con pequeños desplazamientos (trabaja, manual, ping-pong, etc... con arco, balsa...) 1.368: Caminando, con movimientos de brazos o manos (pasear, ir de compras, pasar el tiempo, bailar...) 1.890: Caminar rápido, ciclismo, natación, bicicleta, remo... correr, subir, caminar, escaleras...
Actividad 4: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	Deporte 4: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	0.008: Tumbado sin movimiento (en la cama, sofá...) 0.146: Sentado, sin movimiento (ver la TV, etc...) 0.297: Sentado, con movimientos de brazos y manos (comer, coser, jugar a cartas, etc...) 0.703: Sentado, con movimientos del cuerpo (paseo, montar a caballo...) 0.174: De pie, sin movimiento 0.307: De pie, con movimientos de manos o brazos (comer, beber, coser, jugar a cartas...) 0.890: De pie, con movimientos del cuerpo y con pequeños desplazamientos (trabaja, manual, ping-pong, etc... con arco, balsa...) 1.368: Caminando, con movimientos de brazos o manos (pasear, ir de compras, pasar el tiempo, bailar...) 1.890: Caminar rápido, ciclismo, natación, bicicleta, remo... correr, subir, caminar, escaleras...
Actividad 5: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	Deporte 5: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	0.008: Tumbado sin movimiento (en la cama, sofá...) 0.146: Sentado, sin movimiento (ver la TV, etc...) 0.297: Sentado, con movimientos de brazos y manos (comer, coser, jugar a cartas, etc...) 0.703: Sentado, con movimientos del cuerpo (paseo, montar a caballo...) 0.174: De pie, sin movimiento 0.307: De pie, con movimientos de manos o brazos (comer, beber, coser, jugar a cartas...) 0.890: De pie, con movimientos del cuerpo y con pequeños desplazamientos (trabaja, manual, ping-pong, etc... con arco, balsa...) 1.368: Caminando, con movimientos de brazos o manos (pasear, ir de compras, pasar el tiempo, bailar...) 1.890: Caminar rápido, ciclismo, natación, bicicleta, remo... correr, subir, caminar, escaleras...
Actividad 6: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	Deporte 6: Nombre: Intensidad (código): Horas por semana (código): Período del año (código):	0.008: Tumbado sin movimiento (en la cama, sofá...) 0.146: Sentado, sin movimiento (ver la TV, etc...) 0.297: Sentado, con movimientos de brazos y manos (comer, coser, jugar a cartas, etc...) 0.703: Sentado, con movimientos del cuerpo (paseo, montar a caballo...) 0.174: De pie, sin movimiento 0.307: De pie, con movimientos de manos o brazos (comer, beber, coser, jugar a cartas...) 0.890: De pie, con movimientos del cuerpo y con pequeños desplazamientos (trabaja, manual, ping-pong, etc... con arco, balsa...) 1.368: Caminando, con movimientos de brazos o manos (pasear, ir de compras, pasar el tiempo, bailar...) 1.890: Caminar rápido, ciclismo, natación, bicicleta, remo... correr, subir, caminar, escaleras...
Escala Actividades de Tiempo Libre = $\frac{0.1a + 0.2b + 0.3c + 0.4d + 0.5e + 0.6f}{6}$ = 1 (n.º de ítems respondidos).	Escala Actividades Físico-Deportivas = $\frac{0.1a + 0.2b + 0.3c + 0.4d + 0.5e + 0.6f}{6}$ = 1 (n.º de ítems respondidos).	Códigos de horas por semana: 0.5: Menos de 1 hora/semana 1.5: Entre 1-2 horas/semana 2.5: Entre 2-3 horas/semana 3.5: Entre 3-4 horas/semana 4.5: Entre 4-5 horas/semana 5.5: Entre 5-6 horas/semana 6.5: Entre 6-7 horas/semana 7.5: Entre 7-8 horas/semana 8.5: Más de 8 horas/semana Códigos de meses al año: 0.04: Menos de 1 mes/año 0.17: Entre 1-3 meses/año 0.42: Entre 4-6 meses/año 0.67: Entre 7-9 meses/año 0.92: Más de 9 meses/año

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Cuestionario de Oviedo del Sueño

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s	
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)? (Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	
Puntuación Total		

MINUTOS ZAMBAL DE TESTIGO MENTAL

Paciente
 Nº Clínica nº Fecha

ORIENTACION	PUNTOS
1) "Dígame el día .. Fecha .. Mes .. Estación .. Año .."	..... (5)
2) "Dígame el Hospital (o el lugar) Ciudad Provincia País ....."	..... (5)
MEMORIA INMEDIATA 3) "Repita estas 3 palabras: Bicicleta, cuchara, manzana" (Repétalas hasta que las apenda y anotar el número de ensayo) .....	..... (3)
ATENCIÓN Y CÁLCULO 4) "Restar 7 partiendo de 100, 5 veces consecutivas:" .....	..... (5)
"93, 86 79, 72, 65" *Alternativa: deletrear "mundo" de atrás adelante .....	.....
RECUERDO DIFERIDO 5) "¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?" .....	..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION 6) Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj .....	..... (2)
7) "Repita esta frase": "Ni días, ni noches, ni perros" .....	..... (1)
8) "Caja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (3) .....	..... (1)
9) "Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS .....	..... (1)
10) "Escriba una frase" (Con sujeto y predicado) .....	..... (1)
11) "Copie este dibujo":	..... (1)
PUNTUACION TOTAL .....	..... (30)

(*Un punto cada respuesta correcta)

FLUIDEZ VERBAL SEMÁNTICA

Nombre de **animales** en 1 minuto:



Questionario de Autoconcepto AF5

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Escoja el grado que más se ajuste a su criterio. Conteste con la máxima sinceridad.

1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales).	
2. Hago fácilmente amigos.	
3. Tengo miedo de algunas cosas.	
4. Soy muy criticado en casa.	
5. Me cuido físicamente.	
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador.	
7. Soy una persona amigable.	
8. Muchas cosas me ponen nervioso.	
9. Me siento feliz en casa.	
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.	
11. Trabajo mucho en clase.	
12. Es difícil para mí hacer amigos.	
13. Me asusto con facilidad.	
14. Mi familia está decepcionada de mí.	
15. Me considero elegante.	
16. Mis superiores (profesores) me estiman.	
17. Soy una persona alegre.	
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.	
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.	
20. Me gusta como soy físicamente.	
21. Soy un buen trabajador (estudiante).	
22. Me cuesta hablar con desconocidos.	

1/3

23. Me pongo muy nervioso cuando me pregunta el profesor (superior).
24. Mis padres me dan confianza.
25. Soy bueno haciendo deporte.
26. Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador.
27. Tengo muchos amigos.
28. Me siento nervioso.
29. Me siento querido por mis padres.
30. Soy una persona atractiva.

2/3

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado** o **heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre Fecha
Unidad/Centro Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas*. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Puntuación Total		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		
PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)		

QUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** de 28 ítems divididos en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

Subescalas	Puntuación GHQ	Puntuación CGHQ
A. Síntomas somáticos		
B. Ansiedad-Insomnio		
C. Disfunción social		
D. Depresión		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

Tabla 1. LOT-Revisado (adaptación transcultural)

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Indiferente	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Cuando no se sabe qué va a suceder, normalmente espero lo mejor.	1	2	3	4	5
2. Me resulta fácil relajarme.	1	2	3	4	5
3. Cuando algo malo puede ocurrirme, termina sucediéndome.	1	2	3	4	5
4. Siempre soy optimista sobre mi futuro.	1	2	3	4	5
5. Disfruto mucho con los amigos.	1	2	3	4	5
6. Para mí es importante mantenerme ocupado/a.	1	2	3	4	5
7. Cada vez que espero que las cosas vayan a ir como yo deseo.	1	2	3	4	5
8. No me enfado demasiado fácilmente.	1	2	3	4	5
9. Pocas veces cuento con que vayan a sucederme cosas buenas.	1	2	3	4	5
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.	1	2	3	4	5

Anexo 4: Consentimiento informado y cuestionarios