

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**Factores asociados a demencia mediante el uso de la escala rudas (Rowland Universal Dementia Assessment Scale) en la atención primaria, Piura**

**Autor:**

Palacios Huamán, Lucero Charlene

**Jurado evaluador:**

**Presidente:** Rodríguez Zanabria, Edgar Alonso

**Secretario:** Timana Curay, Denisse Carolina

**Vocal:** Céspedes Palacios, Eduardo Javier

**Asesor:**

Fernández Andrade, José Elvidio

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0446-6900>

**Piura-Perú**

**2024**

## Lucero Palacios

### INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1

[www.repositorio.usac.edu.gt](http://www.repositorio.usac.edu.gt)

Fuente de Internet

6%

2

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

5%

3

[1library.co](http://1library.co)

Fuente de Internet

3%

Excluir citas Apagado

Excluir bibliografía Apagado

Excluir coincidencias < 3%

GUBIERNO REGIONAL PIURA  
REGION DE LA SIERRA SUR - PIURA SANTA ROSA 93

Dr. José E. Fernández Andrade  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 21118 RNE 028438

## Declaración de originalidad

Yo, **José Elvidio Fernandez Andrade**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “**Factores asociados a demencia mediante el uso de la escala rudas (Rowland Universal Dementia Assessment Scale) en la atención primaria, Piura**”, autor **Lucero Charlene Palacios Huaman**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 14 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el sábado 02 de agosto del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Piura, 02 de agosto de 2024

### ASESOR

Dr. Fernandez Andrade, José Elvidio

FIRMA:

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA SANTA ROSA 9-2  
-----  
Dr. José E. Fernández Andrade  
MEDICINA INTERNA  
CMP 21819 RNE. 028438

### AUTOR

Palacios Huaman, Lucero Charlene

FIRMA:



## **DEDICATORIA**

La presente investigación está dedicada a mis padres, Mery y Edward, por su apoyo y amor incondicional en todo el proceso de mi carrera profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, por darme la fortaleza necesaria para seguir adelante y culminar mis metas.

Al Dr. José Fernandez Andrade, mi asesor, por la paciencia, el apoyo y la orientación durante la elaboración de este trabajo de investigación.

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue Determinar los factores asociados a demencia mediante el uso de la Escala RUDAS en la atención primaria.

**Materiales y Métodos:** Se realizó muestreo no probabilístico, por conveniencia tipo censal. Se recolecto información de 133 adultos mayores. La técnica usada fue la encuesta aplicada por el equipo encargado de la recolección de datos. Se diseñó una ficha de recolección de datos con 3 secciones. Para medir el trastorno de sueño se utilizó el instrumento EAI, La depresión se midió mediante el uso del cuestionario EDP-6 y La incapacidad de actividades básicas se midió con el índice de Katz.

**Resultados:** En el presente estudio transversal analítico, se evaluó los factores asociados con la demencia en adultos mayores de 65 años o más. Se encontró que la edad y el sexo femenino están asociados con la demencia. Además, se observó que el estado civil soltero y viudo, el trastorno del sueño, la dependencia física moderada y severa, la diabetes y la presencia de un familiar con demencia también están relacionados con la demencia.

**Conclusiones:** La edad avanzada, el sexo femenino, el estado civil soltero o viudo, el trastorno del sueño, la dependencia física moderada o severa, la presencia de diabetes y antecedentes familiares de demencia son factores de riesgo significativos para la demencia en adultos mayores.

**Palabras Clave:** Demencia, Alzheimer, Escala RUDAS, Índice de Barthel.

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study was to determine the factors associated with dementia through the use of the RUDAS Scale in primary care.

**Materials and Methods:** Non-probabilistic sampling was carried out, for census-type convenience. Information was collected from 133 older adults. The technique used was the survey applied by the team in charge of data collection. A data collection sheet will be designed with 3 sections. To measure sleep disorder, the EAI instrument was used, Depression was measured using the EDP-6 questionnaire, and Inability to perform basic activities was measured with the Katz index.

**Results:** In the present analytical cross-sectional study, factors associated with dementia in older adults aged 65 years or older were evaluated. Age and female sex were found to be associated with dementia. In addition, it was observed that single and widowed marital status, sleep disorder, moderate and severe physical dependence, diabetes and the presence of a family member with dementia are also related to dementia.

**Conclusions:** Advanced age, female sex, single or widowed marital status, sleep disorder, moderate or severe physical dependence, the presence of diabetes and a family history of dementia are significant risk factors for dementia in older adults.

**Keywords:** Dementia, Alzheimer, RUDAS Scale, Barthel Index.

## **PRESENTACIÓN**

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “FACTORES ASOCIADOS A DEMENCIA MEDIANTE EL USO DE LA ESCALA RUDAS (ROWLAND UNIVERSAL DEMENTIA ASSESSMENT SCALE) EN LA ATENCION PRIMARIA”, un estudio del tipo analítico transversal, que tiene el objetivo de determinar los factores asociados a demencia mediante el uso de la Escala RUDAS en la atención primaria. Con la intención de contribuir a la evidencia científica indispensable respecto a los factores asociados a demencia mediante el uso de escala RUDAS en la atención primaria, y generar cambios en el estilo de vida, como la promoción del sueño saludable, la mejora de la dieta y el ejercicio físico regular, así como el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores.

Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano a evaluación del Jurado.

# INDICE

DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	10
PRESENTACIÓN .....	10
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	11
III. HIPOTESIS.....	11
IV. OBJETIVOS.....	12
4.1 Objetivo general .....	12
4.2 Objetivos específicos.....	12
V. MATERIAL Y MÉTODO .....	12
5.1. Diseño de estudio .....	12
5.2. Población, muestra y muestreo.....	12
5.4. Operacionalización de variables .....	13
5.5. Procedimientos y técnicas .....	15
5.6. Plan de análisis de datos.....	16
VI. RESULTADOS.....	18
VII. DISCUSIÓN .....	21
VIII. CONCLUSIÓN: .....	24
IX. RECOMENDACIONES .....	25
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	26
XI. ANEXOS .....	29

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) y las demencias relacionadas representan un importante problema de salud global en los adultos mayores, con 40 a 50 millones de personas que actualmente viven con demencia. Además, dado el aumento de la longevidad global, las comunidades, los gobiernos y los sistemas de salud se enfrentan a una carga exacerbada de demencias<sup>1</sup>.

La demencia de Alzheimer (DA) es la causa más común de demencia y representa alrededor del 70% de los casos<sup>2</sup>. Es causada por el depósito de ovillos neurofibrilares y placas seniles en el cerebro.<sup>3</sup> Los síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer (EA) y otros tipos de demencia son extremadamente comunes y, a menudo, mucho más preocupantes que los síntomas cognitivos<sup>4</sup>. Uno o más de estos síntomas se observan en el 60 al 90 por ciento de los pacientes con demencia; la prevalencia aumenta con la gravedad de la enfermedad<sup>5</sup>.

El miniexamen del estado mental (MMSE) puede ayudar a evaluar la atención, la orientación, el lenguaje, la memoria y las habilidades visuoespaciales. MMSE no es diagnóstico de demencia y no puede diferenciar entre demencia y otras causas tratables de demencia<sup>6</sup>. Las alternativas al MMSE incluyen la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), el Examen Cognitivo Revisado de Addenbrooke (ACE-R), el miniexamen del estado mental modificado, Mini-Cog y la Escala Universal de Evaluación de la Demencia de Rowland (RUDAS). Se observó que el MMSE tenía una sensibilidad del 85,1 % y una especificidad del 85,5 %, mientras que la sensibilidad fue del 71,1 % y la especificidad del 95,6 % en el ámbito hospitalario mixto especializado<sup>7</sup>.

Esta situación exige estrategias de prevención dirigidas a identificar factores de riesgo en las primeras etapas de la demencia que retrasen su aparición y reduzcan los malos resultados asociados al curso clínico de la enfermedad. Para lograr esto, los cambios cognitivos que se asemejan al "envejecimiento normal" y que denotan el inicio de la demencia deben diferenciarse adecuadamente<sup>8</sup>.

La evaluación diagnóstica de primera línea suele estar a cargo de los proveedores de atención primaria que se basan en herramientas de evaluación cognitiva global y anamnesis corta para recopilar información sobre el impacto de los cambios cognitivos en las actividades de la vida diaria para determinar si se necesita una evaluación clínica adicional <sup>9, 10</sup>. Sin embargo, con mucha frecuencia, esta

información no es suficiente para identificar adecuadamente el deterioro cognitivo y/o la demencia.

Es común encontrar grandes porciones de la población de edad avanzada que experimentan un acceso limitado a los sistemas de atención médica, ya sea como resultado de la discriminación por edad u otras barreras, como el costo. Esto genera una gran preocupación ya que las necesidades médicas y de salud de este grupo de edad, particularmente en la capacidad de detectar el deterioro cognitivo y la demencia<sup>11, 12</sup>, están en gran medida insatisfechas<sup>13</sup>.

En Perú, esto se debe principalmente a la falta de instrumentos validados y estandarizados para evaluar la cognición y la funcionalidad en poblaciones marginadas, es decir, bajos niveles de educación y alfabetización, comunidades rurales, grupos indígenas o poblaciones donde existen múltiples idiomas además del español<sup>14, 15</sup>.

## II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a demencia mediante el uso de la Escala RUDAS en la atención primaria, Piura?

## III. HIPOTESIS

H<sub>0</sub>: El trastorno de sueño, incapacidad de actividades básicas, índice de Barthel, frecuencia consumo de café, antecedentes médicos personales y antecedentes médicos familiares **no son factores asociados** a demencia en la atención primaria.

H<sub>1</sub>: El trastorno de sueño, índice de Katz, índice de Barthel, frecuencia consumo de café, antecedentes médicos personales y antecedentes médicos familiares **son factores asociados** a demencia en la atención primaria.

## IV. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo general

- Determinar los factores asociados a demencia mediante el uso de la Escala RUDAS en la atención primaria, Piura.

### 4.2 Objetivos específicos

- Describir las variables estudiadas según frecuencia y porcentaje, , distribuidas por presencia de demencia según RUDAS.
- Determinar la asociación entre el trastorno de sueño y demencia en la atención primaria.
- Determinar la asociación entre la incapacidad de actividades básicas y demencia en la atención primaria.
- Determinar la asociación entre la dependencia física y demencia en la atención primaria.
- Determinar la asociación entre la frecuencia consumo de café, antecedentes médicos personales, antecedentes médicos familiares y demencia en la atención primaria.

## V. MATERIAL Y MÉTODO

### 5.1. Diseño de estudio

Se realizó un estudio del tipo analítico transversal. Por la manipulación de las variables, se considera un estudio observacional, no experimental. Por el alcance temporal, se considera como estudio prospectivo. La secuencia del estudio nos dirige a un estudio transversal. Y el análisis de los resultados nos indica que es un estudio correlacional.

### 5.2. Población, muestra y muestreo

#### Población

Se incluyeron a los pacientes atendidos en el Centro de Salud Máncora I-3 durante el periodo junio-diciembre 2022.

#### Muestra

Adultos mayores atendidos en cualquiera de los servicios del Centro de Salud Máncora I-3 durante el periodo junio-diciembre 2022.

**Muestreo:**

Se realizó muestreo no probabilístico, por conveniencia tipo censal. Se recolectó información de 133 adultos mayores.

**Unidad de análisis:** Ancianos atendidos en el centro de salud.

**Unidad de muestreo:** Fichas de recolección de datos.

**5.3 Criterios de selección****Criterios Inclusión:**

- Adultos mayores atendidos en Centro de Salud Máncora I-3 durante el periodo de recolección de datos.
- Ancianos de 65 a más años sin importar el sexo.
- Adultos mayores que se encuentren en la facultad física y mental de poder responder preguntas propuestas en el cuestionario.

**Criterios de Exclusión:**

- Ancianos con trastornos psiquiátricos, mentales o problemas físicos que impidan la comprensión de las preguntas del cuestionario.

**5.4. Operacionalización de variables**

**Dependiente:** Demencia

**Independientes:** Trastorno del sueño, incapacidad de actividades básicas, dependencia física, frecuencia consumo de café, antecedentes médicos personales, antecedente familiar de demencia.

**Intervinientes:** Edad, sexo, estado civil.

NOMBRE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	REGISTRO
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>			
<b>DEMENCIA</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>			
<b>TRASTORNO DEL SUEÑO</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>INCAPACIDAD ACTIVIDADES BÁSICAS</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Incapacidad leve o ausente <input type="checkbox"/> Incapacidad moderada

			<input type="checkbox"/> Incapacidad severa
<b>DEPENDENCIA FÍSICA</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependencia Leve <input type="checkbox"/> Dependencia Moderada <input type="checkbox"/> Dependencia Severa <input type="checkbox"/> Dependencia Total
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DE CAFÉ</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> 1 vez al mes <input type="checkbox"/> 1 vez la semana <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Diario
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>ANTECEDENTES FAMILIAR DE DEMENCIA</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

#### VARIABLES INTERVINIENTES

<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Discreta	_____ Años
<b>SEXO</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
<b>ESTADO CIVIL</b>	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>DEMENCIA</b>	Disminución general de la memoria y otras habilidades de pensamiento lo suficientemente graves como para reducir la capacidad de una persona para realizar las actividades cotidianas. <sup>16</sup>	RUDAS <sup>17</sup>
<b>TRASTORNO DEL SUEÑO</b>	Disrupción del sueño por diferentes causas. Grupo de condiciones que alteran los patrones normales de sueño. <sup>18</sup>	EAI <sup>19</sup>
<b>INCAPACIDAD ACTIVIDADES BÁSICAS</b>	Imposibilidad de realizar actividades cotidianas.	Índice de Katz <sup>17</sup>

<b>DEPENDENCIA FÍSICA</b>	Necesidad de ayuda o apoyo para ejecutar acciones que implican esfuerzo físico.	Índice de Barthel <sup>17</sup>
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DE CAFÉ</b>	Periodicidad de consumo de café.	Frecuencia de consumo de café.
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES</b>	Reporte de patología médica personal.	Patología personal referida por paciente o acompañante.
<b>ANTECEDENTES FAMILIAR DE DEMENCIA</b>	Reporte demencia familiar	Demencia en la familia
<b>EDAD</b>	Lapso de tiempo desde el nacimiento hasta un momento determinado.	Edad en años.
<b>SEXO</b>	Rasgos biológicos que definen como varón o mujer dentro de una sociedad.	Genero identificado por el paciente.
<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación jurídica en relación a la familia o Nación.	Registro de estado civil.

### **5.5. Procedimientos y técnicas**

La técnica usada fue la encuesta aplicada por el equipo encargado de la recolección de datos. Se diseñará una ficha de recolección de datos con 3 secciones. La primera sección corresponde a los datos generales (edad, sexo, estado civil, formación académica, ocupación) de los pacientes; la segunda sección, corresponde a las variables independientes (Trastorno del sueño, incapacidad de actividades básicas, dependencia física, frecuencia consumo de café, antecedentes médicos personales, antecedentes médicos familiares) y la tercera sección recolectará los datos sobre demencia.

Para medir demencia se usó el cuestionario RUDAS (“Rowland Universal Dementia Assessment Scale”). Es un test breve con puntuaciones que van de 0 a 30 puntos, indicando 30 el mejor desempeño cognitivo. Está compuesto por seis subescalas que valoran memoria reciente (8 puntos, 4 ítems de una lista de la compra recordados al cabo de 5 minutos); orientación corporal (5 puntos, 8 ítems); praxia visuoesquemática (1 ítem que consiste en copiar un cubo, 3 puntos); praxia motora (1 ítem que consiste en imitar un movimiento realizado por el examinador, 2 puntos); razonamiento abstracto (1 ítem en el que el paciente tiene que expresar cómo cruzaría una calle con tráfico sin peligro, 4 puntos); y lenguaje (1 ítem de fluencia verbal semántica nombrando animales, 8

puntos). La escala ha sido validada en España para población adulta mayor, con una sensibilidad del 89,3% y una especificidad del 100% para diagnóstico de demencia (punto de corte 22,5), área bajo la curva ROC 0,983 (IC 95%: 0,97-1,00) y tiempo de administración fue de  $7,58 \pm 2,10$  min.<sup>17</sup>

Para medir el trastorno de sueño se utilizó el instrumento EAI (Escala Atenas de Insomnio) en su versión al español. Es un instrumento de autocalificación de ocho ítems. En sus instrucciones se establecen los requisitos de frecuencia y duración de los problemas de sueño. Una puntuación de corte de seis ha demostrado ser el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para una correcta identificación de casos.<sup>19</sup>

La depresión se midió mediante el uso del cuestionario EDP-6 (Escala de Psicopatología Depresiva). Es un cuestionario breve de 6 ítems que van de 0 a 3 puntos con preguntas en relación a síntomas depresivos en las últimas 2 semanas. El punto de corte óptimo es  $>8$ , con índice de Youden de 0,5387. La sensibilidad es de 80,2% y la especificidad de 73,7%; y alfa de Cronbach de 0,7359.<sup>20</sup>

La incapacidad de actividades básicas se midió con el índice de Katz<sup>17</sup>, que es un instrumento de 6 ítems que evalúan alimentación, vestido, baño, continencia urinaria/fecal, transferencias y uso del sanitario. Cada pregunta positiva equivale a un punto, pudiendo tener de 0 a 6 puntos. Se categorizará de la incapacidad de la siguiente manera, 0-1 puntos como ausente, de 2-3 como moderada de 4-6 como severa. La dependencia física con el índice Barhel<sup>17</sup> que es un instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria puntuándolas independientemente. Se categorizará como independiente si obtiene 100 puntos; como dependencia Leve desde 60 a 99; como dependencia Moderada desde 40 a 55; como dependencia Severa desde 20 a 35 y como dependencia Total si es menor de 20. Ambos índices son ampliamente conocidos, validados al español.

#### **5.6. Plan de análisis de datos.**

Tras la elaboración completa del protocolo de investigación, se presentó el manuscrito al comité de ética de la Universidad Privada Antenor Orrego para su revisión. Se formaron equipos para la recolección de datos en el centro de salud para cubrir el tiempo de recolección adecuadamente. Las encuestas fueron vaciadas a una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2016. Se realizó la

depuración y limpieza de la base de datos. Luego se hizo el análisis estadístico mediante el programa STATA v16. Se presentaron las frecuencias y porcentajes de todas las variables. Para el cálculo de la normalidad se empleó el test de Shapiro Wilks o Kolmogorov Smirnov. Para las variables con tendencia normal se usaron media y desviación estándar y para las, no paramétricas, se usaron mediana y rango intercuartílico. Se categorizó cada variable para calcular el valor p con la asociación brindada por lo test Chi cuadrado o T Student. Finalmente se determinarán los PR crudos y ajustados. El valor p menor de 0,05 se considerará significativo. Se realizó el ajuste con las variables intervinientes sexo, edad y estado civil.

### **5.7. Aspectos éticos**

El presente estudio fue presentado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Privada Antenor Orrego, cumpliendo con los estándares de ética. Se solicitó consentimiento informado a cada participante posterior a la presentación de los objetivos del estudio y las instrucciones de llenado. Se mantuvo el anonimato de cada participante y no se brindó ningún tipo de beneficio que condicionó su participación. Los participantes fueron incluidos de manera totalmente voluntaria y sin ningún interés de por medio.

## VI. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de variables estudiadas, distribuidas por presencia de demencia según RUDAS en el Centro de Salud Máncora I-3.

	Con Demencia; N=18 (n, %)	Sin Demencia; N=115 (n, %)	Valor p <sup>α</sup>
Edad (M±DS)	81.7 ± 7.8	73.7 ± 5.4	<0.001
Masculino	6, 33%	70, 61%	0.028
Femenino	12, 67%	45, 39%	
Casado	1, 6%	92, 80%	<0.001
Soltero	2, 11%	8, 7%	
Viudo	15, 83%	15, 13%	
Trastorno de sueño	16, 89%	63, 55%	0.006
IAB* leve/ausente	1, 6%	40, 35%	0.024
IAB moderada	14, 77%	53, 46%	
IAB severa	3, 17%	22, 19%	
DF** ausente	1, 6%	50, 43%	<0.001
DF leve	2, 11%	52, 45%	
DF moderada	7, 39%	8, 7%	
DF severa	7, 39%	4, 3.5%	
DF total	1, 6%	1, 1.5%	
Café 1 vez/mes	6, 33%	12, 10%	<0.001
Café 1 vez/semana	10, 55%	26, 23%	
Café Interdiario	1, 6%	42, 37%	
Café Diario	1, 6%	35, 30%	
Hipertensión	10, 56%	45, 39%	0.188
Diabetes	9, 50%	31, 27%	0.047
Cáncer	5, 28%	5, 4%	<0.001
Familiar con Demencia	11, 61%	6, 5%	<0.001

\*IAB: Incapacidad de actividades básicas \*\*DF: Dependencia física \*\*\*Valor p con chi cuadrado.  
<sup>α</sup> Valor p determinado por Chi cuadrado <sup>β</sup> Valor P determinado por T student

La tabla 1 muestra asociación con valor p <0.05 en todas las variables estudiadas con excepción de la hipertensión arterial que tuvo un valor p de 0.188.

Tabla 2. Asociación entre edad, sexo, estado civil y demencia en la atención primaria.

	RPC* (IC95%)	P	RPa** (IC95%)	p
<b>Edad</b>	<b>1.14 (1.098-1.185)</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>1.07 (1.034-1.118)</b>	<b>&lt;0.001</b>
Masculino	Referencia		Referencia	
<b>Femenino</b>	<b>1.66 (1.061-6.700)</b>	<b>0.037</b>	<b>2.30 (1.044-5.071)</b>	<b>0.039</b>
Casado	Referencia		Referencia	
<b>Soltero</b>	<b>5.43 (1.397-21.134)</b>	<b>0.015</b>	<b>4.92 (1.364-17.800)</b>	<b>0.015</b>
<b>Viudo</b>	<b>7.14 (2.085-24.458)</b>	<b>0.002</b>	<b>5.23 (1.484-18.463)</b>	<b>0.010</b>

\*Regresión de Poisson simple con varianza robusta \*\*Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta, se generó un modelo con todas las variables presentadas

La tabla 2 determina asociación significativa entre demencia y las variables edad, el sexo femenino y el estado civil soltero y viudo. Estas variables fueron ajustadas entre ellas mismas y determinándose como factores asociados.

Tabla 3. Asociación entre el trastorno de sueño, incapacidad de actividades básicas, dependencia física básica y demencia en la atención primaria.

	RPC* (IC95%)	p	RPa** (IC95%)	p
<b>Trastorno de Sueño</b>	<b>5.46 (1.303-22.943)</b>	<b>0.529</b>	<b>2.94 (1.724-11.952)</b>	<b>0.046</b>
IAB leve/ausente	Referencia		Referencia	
IAB moderada	8.56 (1.160-63.221)	0.035	4.20 (0.532-33.255)	0.173
IAB severa	4.92 (0.536-45.128)	0.159	3.074 (0.353-26.703)	0.309
DF ausente	Referencia		Referencia	
DF leve	1.88 (0.175-20.382)	0.600	1.53 (0.158-14.884)	0.712
<b>DF moderada</b>	<b>23.8 (3.150-179.819)</b>	<b>0.002</b>	<b>13.50 (1.456-125.200)</b>	<b>0.022</b>
<b>DF severa</b>	<b>32.45 (4.39-239.552)</b>	<b>0.002</b>	<b>10.48 (1.238-88.726)</b>	<b>0.031</b>
DF total	25.5 (0.019-179.334)	0.008	5.28 (0.550 - 50.637)	0.149

\*Regresión de Poisson simple con varianza robusta \*\*Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta, se generó un modelo con edad, sexo y estado civil.

La tabla 3 determina que las dependencia física moderada y severa fueron factores asociados a demencia según el cuestionario RUDAS. Las otras categorías de dependencia física no mostraron asociación. Otras variables como trastorno de sueño, e incapacidad en actividades básicas (índice de Katz) tampoco mostraron asociación al ser ajustadas por edad, sexo y estado civil.

Tabla 4. Asociación entre la frecuencia consumo de café, antecedentes médicos personales, antecedentes familiares de demencia y demencia en la atención primaria.

	RPC* (IC95%)	p	RPa** (IC95%)	p
Café 1 vez al mes	Referencia		Referencia	
Café 1 vez a la semana	0.83 (0.358-1.934)	0.671	0.91 (0.356-2.347)	0.852
Café Inter diario	0.06 (0.008-0.543)	0.011	0.18 (0.017-1.934)	0.159
Café Diario	0.08 (0.010-0.645)	0.017	0.132 (0.015-1.145)	0.066
Hipertensión	1.77 (0.745-4.216)	0.195	1.29 (0.620-2.720)	0.488
<b>Diabetes</b>	<b>2.32 (0.994-5.437)</b>	<b>0.052</b>	<b>2.51 (1.241-5.112)</b>	<b>0.011</b>
Cáncer	4.73 (2.108-10.616)	<0.001	0.78 (0.251-2.477)	0.686
<b>Familiar con Demencia</b>	<b>10.7 (4.806-23.919)</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>3.95 (1.023-15.247)</b>	<b>0.046</b>

\*Regresión de Poisson simple con varianza robusta \*\*Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta, se generó un modelo con edad, sexo y estado civil.

La tabla 4 demostró asociación significativa entre diabetes, tener familiar con demencia y el desarrollo de demencia. Las demás variables no resultaron significativas.

## VII. DISCUSIÓN

La demencia es una enfermedad degenerativa que afecta principalmente a los adultos mayores, y su prevalencia aumenta con la edad. En el presente estudio transversal analítico, se evaluaron los factores asociados con la demencia en adultos mayores de 65 años o más. Se encontró que la edad y el sexo femenino están asociados con la demencia. Además, se observó que el estado civil soltero y viudo, el trastorno del sueño, la dependencia física moderada y severa, la diabetes y la presencia de un familiar con demencia también están relacionados con la demencia.

La edad es un factor de riesgo bien conocido para la demencia, y este estudio confirma la fuerte asociación entre la edad y la demencia en adultos mayores. Los resultados indican que, por cada año adicional de edad, el riesgo de demencia aumenta en un 7%. Esto se debe a que el envejecimiento conduce a cambios fisiológicos y biológicos que pueden afectar la salud cognitiva, reflejándose en la pérdida de funciones sensoriales y neuromusculares<sup>21, 22</sup>. Esto destaca la importancia de las medidas preventivas en la atención de la salud de los adultos mayores para evitar o retrasar el inicio de la demencia.

Además, se identificó el sexo femenino como un factor asociado. Las mujeres tenían un riesgo 2.3 veces mayor de demencia en comparación con los hombres. Esto podría deberse a factores biológicos, como el efecto protector de los estrógenos en la salud cognitiva, así como a factores sociales, como la mayor expectativa de vida y la mayor probabilidad de aislamiento social en las mujeres mayores<sup>22, 23</sup>. Los hallazgos del presente estudio sugieren que se necesitan estrategias específicas de prevención y tratamiento de la demencia para las mujeres mayores.

En cuanto al estado civil, los resultados indican que tanto los solteros como los viudos tienen un mayor riesgo de desarrollar demencia en comparación con los

casados. El riesgo de demencia en adultos mayores solteros fue 4,92 veces mayor que en los casados, mientras que, en los adultos mayores viudos, el riesgo fue 5,23 veces mayor que en los casados. Esto podría deberse a que las personas casadas tienen un mayor apoyo social y una mejor calidad de vida, lo que podría proteger contra la demencia<sup>24, 25</sup>. Los solteros y los viudos podrían estar más expuestos a factores de riesgo como la soledad, el estrés y la falta de apoyo social, lo que podría aumentar su riesgo de desarrollar demencia<sup>26</sup>. Por lo tanto, la promoción de la vida social y las relaciones sociales positivas en adultos mayores solteros o viudos podrían ser medidas importantes en la prevención de la demencia.

El trastorno del sueño también se encontró asociado con la demencia en este estudio. Los adultos mayores con trastorno de sueño desarrollan demencia 2.94 más en comparación con los adultos mayores sin trastornos del sueño. Los trastornos del sueño pueden afectar la calidad y la cantidad de sueño, lo que puede tener un impacto negativo en la función cerebral, incluyendo la consolidación de la memoria y el rendimiento cognitivo<sup>27</sup>. La falta de sueño adecuado puede aumentar la producción de beta-amiloide<sup>28</sup>, una proteína que se acumula en el cerebro y que se asocia con la demencia<sup>29, 30</sup>. Por lo tanto, el tratamiento y la prevención de los trastornos del sueño en adultos mayores podrían ser importantes medidas para prevenir o retrasar la aparición de la demencia.

La dependencia física moderada y severa se asociaron significativamente con un mayor desarrollo de demencia. En comparación con los participantes que informaron ser independientes en términos de su capacidad física, los que informaron tener una dependencia física moderada tuvieron un riesgo 13.50 veces mayor de desarrollar demencia, mientras que los que informaron tener una dependencia física severa tuvieron un riesgo 10.48 veces mayor. La dependencia física también puede contribuir al aislamiento social, la disminución de la actividad física y la falta de estimulación cognitiva<sup>13, 24</sup>, factores que se han asociado con un mayor riesgo de demencia. Esto sugiere que la discapacidad física es un factor importante en el desarrollo de la demencia en adultos mayores.

Se encontró que la diabetes también se asoció significativamente con un mayor riesgo de demencia. Los participantes que informaron tener diabetes tuvieron un riesgo 2.51 veces mayor de desarrollar demencia que los que no tenían diabetes. Lo que indica que la salud metabólica puede estar relacionada con la salud cerebral. Aunque no se sabe por completo el mecanismo de acción, está en línea con investigaciones anteriores que han encontrado una fuerte asociación entre la diabetes y la enfermedad de Alzheimer, un tipo común de demencia. Se asocia a lesiones cerebrales que afectan la sustancia blanca<sup>31, 32</sup>.

Finalmente, el antecedente de familiar con demencia también se identificó como un factor de asociado a demencia en este estudio. Se demostró que tener un familiar con demencia aumenta en 3,95 veces el riesgo de desarrollar la enfermedad en comparación con aquellos que no tienen un familiar con esta condición. Esto sugiere que la predisposición genética y/o factores ambientales compartidos pueden tener un papel en el desarrollo de la demencia. Aunque se sabe que existe un componente genético en la demencia<sup>33, 34</sup>, la mayoría de los casos son considerados como esporádicos y no tienen una predisposición genética clara<sup>35</sup>. Sin embargo, los estudios han demostrado que tener un familiar con demencia puede aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Una posible explicación para esto podría ser que los familiares comparten factores ambientales y de estilo de vida que pueden influir en el riesgo de demencia, como la exposición a la contaminación ambiental, la dieta poco saludable, el sedentarismo y otros factores de riesgo<sup>13, 35</sup>. Además, los familiares pueden tener una predisposición genética común que aumenta su susceptibilidad a la enfermedad.

Dado que tener un familiar con demencia es un factor de riesgo modificable, es importante que las personas tomen medidas para reducir su riesgo de desarrollar la enfermedad. Algunas medidas preventivas pueden incluir mantener un estilo de vida saludable, como seguir una dieta equilibrada, hacer ejercicio regularmente, no fumar, reducir el consumo de alcohol y evitar la exposición a contaminantes ambientales.

## VIII. CONCLUSIÓN:

- a. Nuestros hallazgos indican que la edad avanzada, el sexo femenino, el estado civil soltero o viudo, el trastorno del sueño, la dependencia física moderada o severa, la presencia de diabetes y antecedentes familiares de demencia son factores de riesgo significativos para la demencia en adultos mayores.
- b. Por cada año adicional de edad en los pacientes, el riesgo de demencia aumenta un 7%. Las mujeres tienen un riesgo 2.3 veces mayor de demencia en comparación con los hombres. Los solteros y viudos tienen un riesgo 4.92 y 5.23 mayor respectivamente, que los casados. Los adultos mayores con trastornos del sueño desarrollan demencia 2.94 más en comparación con los que no presentan.
- c. La variable incapacidad de actividades básicas no mostró asociación con demencia al ser ajustadas por edad, sexo y estado civil.
- d. Los adultos mayores que informaron dependencia física moderada tuvieron un riesgo 13.50 mayor de desarrollar demencia, así como aquellos que informaron dependencia física severa con un riesgo 10.48 veces mayor, en comparación con los que informaron ser independientes.
- e. Aquellos pacientes que presentan diabetes como antecedente médico personal tienen un riesgo 2.51 veces mayor de desarrollar demencia que los que no presentan. Tener un familiar con demencia aumenta 3.95 veces el riesgo de desarrollar la enfermedad. El consumo de café no tuvo asociación con demencia.

## **IX. RECOMENDACIONES**

- a. Detectar oportunamente a aquellos pacientes con factores de riesgo asociados a demencia, a través de la implementación de citas periódicas o visitas domiciliarias de adultos mayores atendidos en el primer nivel de atención implementando la escala RUDAS.
- b. Desarrollar planes de promoción y prevención en el primer nivel de atención tipo charlas que concientice sobre la demencia y sus factores de riesgo dirigidos a los adultos mayores y cuidadores, enfatizando en adultos mayores de 63 años, mujeres y solteros para fomentar estilos de vida saludables, donde se incluya actividad física, educación en alimentación y hábitos de sueño saludables, y concientización del tratamiento oportuno de patologías concomitantes.
- c. Prevenir la dependencia física, a través de programas que promuevan el ejercicio físico en los adultos mayores, como actividad aeróbica moderada, individualizándolo para cada paciente, teniéndose en cuenta los antecedentes personales y limitaciones físicas, para lograr una actividad física regular y sostenida.
- d. Proponer la creación centros de esparcimiento para adultos mayores en los que se promueva su integración en actividades recreativas o lúdicas como talleres de manualidades, musicoterapia, y rehabilitación física para aquellos que lo necesiten, esto a fin de conservar su capacidad para realizar las actividades básicas, y mantener relaciones sociales saludables.
- e. Fomentar en los médicos de primer nivel de atención, identificar oportunamente antecedentes personales y/o familiares con el fin de tener un adecuado control o prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles que se asocian a demencia.
- f. Difundir los resultados de esta tesis al área de Promoción de la Salud de DIRESA Piura para que en coordinación con el centro de salud y el municipio se pueda implementar estas recomendaciones en beneficio de la población estudiada.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* (London, England). 2018;392(10157):1553-98.
2. Reitz C, Mayeux R. Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers. *Biochem Pharmacol*. 2014 Apr 15;88(4):640-51.
3. Schachter AS, Davis KL. enfermedad de alzhéimer Diálogos Clin Neurosci. 2000 junio; 2 (2): 91-100. .
4. Cummings J, Ritter A, Rothenberg K. Advances in Management of Neuropsychiatric Syndromes in Neurodegenerative Diseases. *Current psychiatry reports*. 2019;21(8):79.
5. Press, D. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. UpToDate. Literature review current through: Jun 2022. This topic last updated: Apr 07, 2022.
6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.
7. Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res*. 2009 Jan;43(4):411-31.
8. Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015;350:h3029.
9. López Rodríguez JA. Cribado de problemas de salud mental en atención primaria. *Ene*. 2019;13:47.
10. Ramírez FB, Misol RC, Bentata LC, Alonso MdCF, Campayo JG, Franco CM, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atencion primaria*. 2018;50(Suppl 1):83.
11. Babacan-Yildiz G, Isik AT, Ur E, Aydemir E, Ertas C, Cebi M, et al. COST: Cognitive State Test, a brief screening battery for Alzheimer disease in illiterate and literate patients. *International psychogeriatrics*. 2018;25(3):403-12.

12. Paddick SM, Gray WK, McGuire J, Richardson J, Dotchin C, Walker RW. Cognitive screening tools for identification of dementia in illiterate and low-educated older adults, a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*. 2019;29(6):897-929.
13. Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G, et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *BMJ open*. 2017;7(2):e011146.
14. Maestre GE. Assessing dementia in resource-poor regions. *Current neurology and neuroscience reports*. 2018;12(5):511-9.
15. Parra MA. Overcoming barriers in cognitive assessment of Alzheimer's disease. *Dementia & neuropsychologia*. 2018;8(2):95-8.
16. Emmady, TP. Demencia. [Actualizado el 8 de mayo de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2022 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/>.
17. Coelho-Guimarães N, Garcia-Casal JA, Díaz-Mosquera S, Álvarez-Ariza M, Martínez-Abad F, Mateos-Álvarez R. [Validation of RUDAS: A screening tool for dementia in Primary Health Care settings]. *Aten Primaria*. 2021;53(5):102024.
18. Karna B, Gupta V. Trastorno del sueño. [Actualizado el 20 de noviembre de 2021]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2022 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560720/>.
19. Nenclares Portocarrero A, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud mental*. 2005;28:34-9.
20. Vega-Dienstmaier JM. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2018;81:154-64.
21. Chern A, Golub JS. Age-related Hearing Loss and Dementia. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2019;33(3):285-90.
22. Jia L, Du Y, Chu L, Zhang Z, Li F, Lyu D, et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in China: a cross-sectional study. *The Lancet Public health*. 2020;5(12):e661-e71.
23. Aranda MP, Kremer IN, Hinton L, Zissimopoulos J, Whitmer RA, Hummel CH, et al. Impact of dementia: Health disparities, population trends, care interventions,

and economic costs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2021;69(7):1774-83.

24. Burks HB, des Bordes JKA, Chadha R, Holmes HM, Rianon NJ. Quality of Life Assessment in Older Adults with Dementia: A Systematic Review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2021;50(2):103-10.

25. Weise L, Jakob E, Töpfer NF, Wilz G. Study protocol: individualized music for people with dementia - improvement of quality of life and social participation for people with dementia in institutional care. *BMC geriatrics*. 2018;18(1):313.

26. Boyd ND, Naasan G, Harrison KL, Garrett SB, D'Aguiar Rosa T, Pérez-Cerpa B, et al. Characteristics of people with dementia lost to follow-up from a dementia care center. *International journal of geriatric psychiatry*. 2022;37(1).

27. M KP, Latreille V. Sleep Disorders. *The American journal of medicine*. 2019;132(3):292-9.

28. Yaremchuk K. Sleep Disorders in the Elderly. *Clinics in geriatric medicine*. 2018;34(2):205-16.

29. Benca RM, Teodorescu M. Sleep physiology and disorders in aging and dementia. *Handbook of clinical neurology*. 2019;167:477-93.

30. Dzierzewski JM, Dautovich N, Ravyts S. Sleep and Cognition in Older Adults. *Sleep Med Clin*. 2018;13(1):93-106.

31. Biessels GJ, Despa F. Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: mechanisms and clinical implications. *Nature reviews Endocrinology*. 2018;14(10):591-604.

32. Selman A, Burns S, Reddy AP, Culberson J, Reddy PH. The Role of Obesity and Diabetes in Dementia. *International journal of molecular sciences*. 2022;23(16).

33. Root J, Merino P, Nuckols A, Johnson M, Kukar T. Lysosome dysfunction as a cause of neurodegenerative diseases: Lessons from frontotemporal dementia and amyotrophic lateral sclerosis. *Neurobiology of disease*. 2021;154:105360.

34. Shi Y, Zhang W, Yang Y, Murzin AG, Falcon B, Kotecha A, et al. Structure-based classification of tauopathies. *Nature*. 2021;598(7880):359-63.

35. Khan S, Barve KH, Kumar MS. Recent Advancements in Pathogenesis, Diagnostics and Treatment of Alzheimer's Disease. *Current neuropharmacology*. 2020;18(11):1106-25.

## XI. ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ID: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo:  Varón  Mujer

Estado Civil:  Casado  Soltero  Viudo

Formación Académica:  Analfabeta  Primaria  Secundaria  
 Técnico  Universitario

Ocupación: \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN 2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado siempre que haya ocurrido durante las últimas semanas.

##### Instrumento EAI

Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado en la última semana.

**Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).**

0. Ningún problema.
1. Ligeramente retrasado.
2. Marcadamente retrasado.
3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

**Despertares durante la noche.**

0. Ningún problema.
1. Problema menor.
2. Problema considerable.
3. Problema serio o no durmió en absoluto.

**Despertar final más temprano de lo deseado.**

0. No más temprano.

1. Un poco más temprano.
2. Marcadamente más temprano.
3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

**Duración total del dormir.**

0. Suficiente.
1. Ligeramente insuficiente.
2. Marcadamente insuficiente.
3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

**Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).**

0. Satisfactoria.
1. Ligeramente insatisfactoria.
2. Marcadamente insatisfactoria.
3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

**Sensación de bienestar durante el día.**

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

**Funcionamiento (físico y mental) durante el día.**

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

**Somnolencia durante el día.**

0. Ninguna.
1. Leve.
2. Considerable.
3. Intensa.

**Índice de Katz**

<b>1. Baño</b>	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	<input type="radio"/>
<b>2. Vestido</b>	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	<input type="radio"/>
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	<input type="radio"/>
<b>3. Uso del WC</b>	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC	<input type="radio"/>
<b>4. Movilidad</b>	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	<input type="radio"/>

	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	<input type="radio"/>
<b>5. Continencia</b>	Independiente: Control completo de micción y defecación	<input type="radio"/>
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	<input type="radio"/>
<b>6. Alimentación</b>	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	<input type="radio"/>

### Índice de Barthel

<b>Comida:</b>		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
<b>Lavado (baño)</b>		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
<b>Vestido</b>		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
<b>Arreglo</b>		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
<b>Deposición</b>		
	10	Contigente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
<b>Micción</b>		
	10	Contigente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a ( botella, sonda, orinal ... ).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas

Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulaci3n			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n	
	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

**Consumo de café:**

- 1 vez al mes     
 1 vez la semana     
 Interdiario     
 Diario

**Antecedentes médicos personales:**

- Diabetes     
 HTA     
 Otro: \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos familiares Padre/madre**

- Diabetes     
 HTA     
 Demencia

### SECCIÓN 3. VARIABLE DEPENDIENTE CUESTIONARIO RUDAS

#### MEMORIA (fijación)

1. (INSTRUCCIONES) Quiero que imagine que vamos a una tienda. Tengo aquí la lista de la compra. Quiero que recuerde las cosas que necesitamos traer de la tienda. Cuando lleguemos a la tienda, dentro de 5 minutos más o menos, le preguntaré qué tenemos que comprar. Usted debe recordarme esta lista: **café, aceite, huevos, jabón**. Por favor, repita la lista. (PIDA A LA PERSONA QUE REPITA LA LISTA 3 VECES. SI LA PERSONA NO REPITE TODAS LAS PALABRAS, REPÍTALE LA LISTA HASTA QUE LAS HAYA APRENDIDO Y PUEDA REPETIRLAS, O, HASTA UN MÁXIMO DE 5 VECES).

#### ORIENTACIÓN CORPORAL

2. Le voy a pedir que me enseñe/ indique diferentes partes del cuerpo. (Correcto = 1). UNA VEZ LA PERSONA LOGRE 5 ACIERTOS EN ESTE APARTADO, NO CONTINÜE, YA QUE LA MÁXIMA PUNTUACIÓN ES 5.

- (1) Enséñeme su pie derecho..... 1
- (2) Enséñeme su mano izquierda..... 1
- (3) Con su mano derecha toque su hombro izquierdo..... 1
- (4) Con su mano izquierda toque su oreja derecha..... 1
- (5) Señale (indique cual es) mi rodilla izquierda..... 1
- (6) Señale (indique cual es) mi codo derecho..... 1
- (7) Con su mano derecha señale (indique cual es) mi ojo izquierdo..... 1
- (8) Con su mano izquierda señale (indique cual) es mi pie izquierdo..... 1

.....

     / 5

#### PRAXIAS

3. Le voy a mostrar un movimiento / ejercicio / juego con mis manos. Quiero que me mire e imite lo que yo haga. Imíteme haciendo esto.. (UNA MANO CON EL PUÑO CERRADO, LA PALMA DE LA OTRA APOYADA SOBRE LA MESA, SE VAN ALTERNANDO LAS POSTURAS DE AMBAS MANOS). Ahora hágalo conmigo: Ahora quiero que usted siga haciendo este ejercicio a esta velocidad hasta que le diga que pare. – APROXIMADAMENTE DURANTE 10 SEGUNDOS. (HACER LA DEMOSTRACIÓN A UN RITMO MODERADO).

PUNTUAR COMO:

**Normal** = 2 (muy pocos errores, en el caso de que cometa alguno; ella misma los corrige, lo hace progresivamente mejor; mantiene bien la continuidad del movimiento; sólo muy ligeras pérdidas de sincronización entre las dos manos.

**Parcialmente adecuado** = 1 (errores notables con algún intento de corregirse; intenta mantener la continuidad de la acción; sincronización pobre).

**Fallido** = 0 (incapaz de realizar la tarea; ausencia de persistencia; no lo intenta en absoluto).

     / 2

### CONSTRUCCIÓN VISUOESPACIAL

4. Por favor, copie este dibujo, exactamente tal como lo ve (ENSEÑAR EL CUBO DE LA PARTE DE ATRÁS DE LA PÁGINA). (SI =1)

PUNTUAR SEGÚN:

- (1) ¿Ha hecho la persona un dibujo basado en un cuadrado? ..... 1
- (2) ¿Aparecen todas las líneas internas en su dibujo? ..... 1



- (3) ¿Aparecen todas las líneas externas en su dibujo? ..... 1



\_\_\_ / 3

### JUICIO

5. Usted está parado en la acera de una calle que tiene mucho tráfico. No hay paso de peatones ni semáforos. Dígame que haría para cruzar al otro lado de la calle sin peligro. (SI LA PERSONA DA UNA CONTESTACIÓN INCOMPLETA QUE NO INCLUYA LAS DOS PARTES DE LA RESPUESTA, INCÍTELE: "¿Podría hacer alguna otra cosa?")

APUNTE EXACTAMENTE LO QUE EL PACIENTE DIGA Y RODEE CON UN CÍRCULO LAS PARTES DE LA RESPUESTA QUE FUERON INCITADAS.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PUNTUACIÓN:

- ¿Indicó la persona que miraría si pasaban coches? (sí =2; sí, incitada=1; no =0) ....
- ¿Propuso la persona alguna otra medida de seguridad? (sí =2; sí, incitada =1; no =0) .... \_\_\_ / 4

Hora: \_\_\_ : \_\_\_

### MEMORIA (reciente)

1. (RECUERDO) Acabamos de llegar a la tienda. ¿Recuerda la lista de cosas que necesitamos comprar? (INCITACIÓN: SI LA PERSONA NO LOGRA RECORDAR NINGÚN ELEMENTO DE LA LISTA, DECIRLE: "El primero era café." (2 puntos por cada item que diga la persona que no le fuese recordado, usando sólo "café" como incitación.)

- .....2 Café
- .....2 Aceite
- .....2 Huevos
- .....2 Jabón

\_\_\_ / 8

**LENGUAJE**

6. Le voy a dar 1 minuto para que me diga tantos nombres diferentes de animales como pueda. Veamos cuantos animales distintos es capaz de nombrar en 1 minuto. (REPITA LAS INSTRUCCIONES SI ES NECESARIO). La puntuación máxima para este apartado es 8. Si la persona nombra 8 animales diferentes en menos de un minuto no es necesario continuar.

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. .... | 5. .... | 9. ....  |
| 2. .... | 6. .... | 10. .... |
| 3. .... | 7. .... | 11. .... |
| 4. .... | 8. .... | 12. .... |

..... / 8

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**PUNTUACIÓN TOTAL**

**/30**

