

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



Asociación entre estilos de vida y déficit cognitivo en adultos mayores de Lima Este durante el 2024

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Damaris Elena Valdez Sanchez
Luis Enrique Bonifacio García

Asesor:

Mg. Anderson Nelver Elias Soriano Moreno

Lima, 1 Julio de 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Anderson Nelver Elias Soriano Moreno, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y DÉFICIT COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LIMA ESTE DURANTE EL 2024”** de los autores Damaris Elena Valdez Sanchez y Luis Enrique Bonifacio García tiene un índice de similitud de 13 % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 3 días del mes de Julio del año 2024.



Mg. Anderson Soriano Moreno



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 02 día(s) del mes de Julio del año 2025, siendo las 18:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Dr. Chilon Troncoso Romy Francisco, el (la) secretario(a): M.C. Yauri

García Deysi Karol y los demás miembros: Mg. Newball Noriega Eddy

EUNET y el (la) asesor(a) Mg. Sofía Moreno Anderson Melva-Eliás

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: "Asociación entre estilos de vida y déficit cognitivo en adultas mayores de Lima Este durante el 2024"

de los (las) bachilleres:

a) Damaris Elena Valdez Sanchez

b) Luis Enrique Bonifacio Garcia

c) _____

conducente a la obtención del título profesional de: Médico Cirujano

(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Damaris Elena Valdez Sanchez

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

Bachiller (b): Luis Enrique Bonifacio Garcia

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

Bachiller (c): _____

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a

Secretario/a

Asesor/a

Miembro
Bachiller (b)

Miembro

Bachiller (a)

Bachiller (c)

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte de este camino. A mi familia, por su amor incondicional, por su paciencia infinita y por enseñarme con el ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia. Gracias por ser mi refugio en los días difíciles y mi alegría en los momentos de triunfo. A mis amigos más cercanos, por el apoyo silencioso y las risas que me recordaron que incluso en la rutina más dura siempre hay espacio para la felicidad. Ustedes hicieron más llevadera cada guardia, cada desvelo y cada reto. A mis maestros por compartir sus conocimientos, su tiempo y sus experiencias. Aprendí mucho más de lo que imaginaba, no solo sobre Medicina, sino también sobre empatía y compromiso.

ÍNDICE

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS	2
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS	3
AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA	4
ARTÍCULO	6
ABSTRACT	6
ABSTRACTO	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	8
METODOLOGÍA.....	9
Diseño de estudio y participantes	9
Muestra	9
Función cognitiva	9
Estilo de vida.....	9
Covariables	10
Procedimientos	10
Análisis estadístico.....	10
RESULTADOS	10
Características generales	11
Deterioro cognitivo y estilo de vida.....	11
Estilo de vida según el deterioro cognitivo	11
Asociación entre el estilo de vida y el deterioro cognitivo	12
DISCUSIÓN	12
REFERENCIAS.....	15
TABLAS	18
Tabla 1. Características generales.....	18
Tabla 2. Deterioro cognitivo y estilos de vida.....	19
Tabla 3. Estilos de vida según los resultados de las pruebas Pfeiffer y Mini-Mental	19
Tabla 4. Regresión de Poisson de la asociación entre estilos de vida y deterioro cognitivo según los resultados de las pruebas Pfeiffer y Mini-Mental	20
ANEXOS	21

ARTÍCULO

Asociación entre el estilo de vida y el deterioro cognitivo en adultos mayores: evidencia de una población urbana peruana

Lifestyle and Cognitive Impairment in Older Adults: A Cross-Sectional Study in East Lima, 2024

ABSTRACT

Background: Cognitive impairment in older adults is a public health concern influenced by modifiable factors such as lifestyle, poor diet, physical inactivity, stress, and chronic conditions. This study aimed to determine the association between lifestyle habits and cognitive impairment in older adults.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 126 older adults receiving care at a public hospital in East Lima, Peru. Cognitive function was assessed using the Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire and the Mini-Mental State Examination (MMSE), while lifestyle was measured using the FANTASTIC Lifestyle Questionnaire. Adjusted prevalence ratios (aPRs) were estimated using Poisson regression models with robust variance to evaluate associations between lifestyle and cognitive impairment.

Results: A total of 36.5% of participants presented some degree of cognitive impairment according to the Pfeiffer Questionnaire, while 46.8% showed cognitive impairment or dementia based on the MMSE. Regarding lifestyle, 58.7% were categorized as “Good job / Congratulations” and 25.4% as “Adequate.” In the adjusted analysis, having an adequate lifestyle was associated with a lower prevalence of cognitive impairment according to the Pfeiffer Questionnaire (aPR: 0.49; 95% CI: 0.30–0.81) and the MMSE (0.36; 0.20–0.63). The association was even stronger among those in the “Good job / Congratulations” category for the Pfeiffer (0.45; 0.30–0.67) and for the MMSE (0.30; 0.19–0.48).

Conclusion: Healthy lifestyle behaviors were significantly associated with a lower prevalence of cognitive impairment in older adults.

Keywords: Cognition Disorders; Dementia; Healthy Lifestyle; Older adults

RESUMEN

Introducción: El deterioro cognitivo en los adultos mayores es un problema de salud pública influido por factores modificables como el estilo de vida, la mala alimentación, la inactividad física, el estrés y las enfermedades crónicas. Este estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre los hábitos de estilo de vida y el deterioro cognitivo en adultos mayores.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en 126 adultos mayores que recibían atención en un hospital público del Este de Lima, Perú. La función cognitiva se evaluó mediante el Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire y el Mini-Mental State Examination (MMSE), mientras que el estilo de vida se midió con el Cuestionario de Estilo de Vida FANTASTIC. Se estimaron razones de prevalencia ajustadas (aPR) utilizando modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para evaluar las asociaciones entre el estilo de vida y el deterioro cognitivo.

Resultados: El 36.5 % de los participantes presentó algún grado de deterioro cognitivo según el Cuestionario de Pfeiffer, mientras que el 46.8 % mostró deterioro cognitivo o demencia según el MMSE. Respecto al estilo de vida, el 58.7 % se clasificó en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones” y el 25.4 % como “Adecuado”. En el análisis ajustado, tener un estilo de vida adecuado se asoció con una menor prevalencia de deterioro cognitivo según el Cuestionario de Pfeiffer (aPR: 0.49; IC 95 %: 0.30–0.81) y el MMSE (0.36; 0.20–0.63). La asociación fue aún más fuerte entre quienes se encontraban en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones” para el Pfeiffer (0.45; 0.30–0.67) y para el MMSE (0.30; 0.19–0.48).

Conclusión: Los comportamientos de estilo de vida saludable se asociaron significativamente con una menor prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores

Palabras clave: Trastornos cognitivos; Demencia; Estilo de vida saludable; Adultos mayores

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo se considera la etapa prodrómica de la demencia y puede progresar a diferentes niveles de gravedad. En la etapa leve, las personas experimentan dificultades para realizar tareas complejas, aunque conservan cierto grado de autonomía. En la etapa moderada, se observa un deterioro más pronunciado de la memoria, el lenguaje y el juicio, lo que conlleva una mayor dependencia. Finalmente, en la etapa grave, las personas pierden toda autonomía y requieren asistencia continua para las actividades diarias (1).

La prevalencia del deterioro cognitivo es un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que entre el 5 % y el 8 % de la población general de 60 años o más está afectada en un momento dado (2). Con el envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida, se proyecta que la carga mundial de deterioro cognitivo y demencia aumente considerablemente. Para el año 2050, más de 150 millones de personas podrían verse afectadas, en comparación con los 57 millones reportados en 2019 (3)(4). En Perú, un estudio realizado en 2018 informó una prevalencia del 17 % entre los adultos mayores (5).

El deterioro cognitivo se ha asociado con varios factores de riesgo modificables, como la hipertensión, el tabaquismo, la mala alimentación y el aislamiento social. Las enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también son contribuyentes importantes (6,7). Además, características sociodemográficas como el sexo, el estado civil y el nivel educativo pueden influir en el deterioro cognitivo a través de sus efectos en la reserva cognitiva y el acceso a la estimulación intelectual. La infección por COVID-19 también se ha identificado como un factor que puede exacerbar el deterioro cognitivo en los adultos mayores (8). Por el contrario, factores protectores como no haber fumado nunca, abstenerse del alcohol, realizar actividad física regular, mantener el compromiso cognitivo y contar con sólidas conexiones sociales se han relacionado con una progresión más lenta del deterioro cognitivo (9,10). Un estudio realizado en población adulta peruana encontró que los hábitos de vida saludables explicaban una proporción significativa del rendimiento cognitivo y ayudaban a mitigar los efectos de factores de riesgo no modificables (11).

Aunque la mayoría de las formas de demencia siguen siendo incurables y las opciones de tratamiento son limitadas, se han identificado varios factores de riesgo potencialmente modificables. Estudiar estos factores es esencial para diseñar estrategias efectivas que prevengan o retrasen el deterioro cognitivo. Sin embargo, la evidencia sobre el impacto de los hábitos de estilo de vida sigue siendo escasa en América Latina. La mayoría de los estudios existentes se han realizado en contextos socioculturales distintos, lo que limita la generalización de sus hallazgos. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre los hábitos de estilo de vida y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Este de Lima en 2024.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio y participantes

Este estudio transversal se realizó en 2024 en una muestra de 126 adultos mayores que acudían a un hospital público en el Este de Lima, Perú, un distrito caracterizado por un nivel socioeconómico predominantemente bajo y medio-bajo. Los participantes eran elegibles si tenían 60 años o más, residían en el Este de Lima y otorgaban su consentimiento informado para participar en el estudio.

Muestra

El tamaño de la muestra se calculó utilizando el software Epidat v4.2, considerando una población de 11,530 adultos mayores, una prevalencia esperada de deterioro cognitivo del 17 %, un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. Esto resultó en una muestra final de 126 participantes. Se empleó un muestreo por conveniencia, seleccionando a los participantes durante las consultas ambulatorias en el servicio de medicina general, ya que el equipo de investigación no tenía acceso a la información personal de los pacientes para realizar una selección aleatoria.

Función cognitiva

La variable dependiente de este estudio fue la función cognitiva, evaluada mediante dos instrumentos ampliamente validados: el Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer y el Mini-Mental State Examination (MMSE). El SPMSQ ha sido adaptado y validado al español para la identificación del déficit cognitivo en pacientes mayores de 65 años. El cuestionario ha demostrado una alta fiabilidad, con coeficientes inter e intraobservador de 0.738 y 0.925, respectivamente, y una validez convergente de 0.74. Consta de 10 preguntas diseñadas para detectar el deterioro cognitivo mediante la evaluación de la orientación, la memoria y la capacidad de cálculo, categorizando el rendimiento como normal, leve, moderado o grave. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos y se interpretan en cuatro categorías: de 0 a 2 errores indica función cognitiva normal; de 3 a 4 errores sugiere deterioro cognitivo leve; de 5 a 7 errores refleja deterioro cognitivo moderado; y 8 o más errores corresponde a deterioro cognitivo grave (12).

El MMSE ha sido adaptado y validado al español mediante un estudio realizado en la población NEDICES. Este cuestionario demostró una excelente fiabilidad interobservador, con un coeficiente de correlación intraclase de 0.99, y una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.87. Su validez mostró una sensibilidad del 96.15 % y una especificidad del 54.62 %. Consta de 30 preguntas divididas en seis categorías diferentes que evalúan la orientación temporal y espacial, la memoria, la atención, el lenguaje y las habilidades visoespaciales, lo que permite una evaluación más detallada del estado cognitivo. Las puntuaciones se clasifican e interpretan en tres categorías: una

puntuación ≥ 25 se considera normal, de 21 a 24 sugiere deterioro cognitivo, y de 1 a 20 se considera indicativa de demencia (13).

Estilo de vida

La variable independiente, el estilo de vida, se midió mediante el Cuestionario de Estilo de Vida FANTASTIC, una herramienta validada en Perú. Este cuestionario demostró una buena confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.788, lo que indica una consistencia interna significativa. Consta de 25 preguntas cerradas y evalúa diez categorías relacionadas con el estilo de vida, que abarcan aspectos físicos, psicológicos y sociales, proporcionando así una evaluación integral del estilo de vida de los participantes. Cada sección incluye tres opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 2, con un puntaje total que varía de 0 a 120 puntos. Los resultados se clasifican e interpretan en cinco categorías: de 0 a 46 puntos corresponde a la "Zona de peligro"; de 47 a 72 puntos indica "Algo bajo"; de 73 a 84 puntos se considera "Adecuado"; de 85 a 102 puntos refleja "Buen trabajo"; y de 103 a 120 puntos indica "Felicitaciones" (14–16).

Covariables

Las variables adicionales incluyeron la edad; estado civil (con pareja/sin pareja); nivel educativo (primaria, secundaria, universidad, posgrado); antecedente de infección por COVID-19 en los últimos siete meses; presencia de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma, cardiopatía, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica); y estado de control de la enfermedad (bien, moderadamente o mal controlada).

Procedimientos

Se obtuvo la aprobación ética del Comité de Ética de la Universidad Peruana Unión (2022-CE-FCS-UPeU-050/2023) y el estudio fue autorizado por la administración del hospital. Los participantes fueron abordados en las salas de espera de las consultas externas entre septiembre y diciembre de 2024. La recolección de datos se realizó de manera presencial por el equipo de investigación, utilizando un cuestionario estructurado administrado a través de la plataforma Google Forms. Todos los participantes aceptaron voluntariamente participar y firmaron un formulario de consentimiento informado antes de la encuesta. Posteriormente, se llevó a cabo la evaluación cognitiva y del estilo de vida en el siguiente orden: el Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer), el Mini-Mental State Examination (MMSE) y, finalmente, el Cuestionario de Estilo de Vida FANTASTICO.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo, las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables numéricas se reportaron como medias y desviaciones estándar (DE). Para comparar las categorías de estilo de vida según los niveles de deterioro cognitivo, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para variables continuas y la prueba exacta de Fisher

para variables categóricas. Las razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, con intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %), se estimaron mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta. Para estos análisis, los desenlaces de deterioro cognitivo se dicotomizaron. Se realizaron ajustes por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se consideró un nivel de significancia de $p < 0.05$. Todos los análisis se realizaron utilizando RStudio, versión 4.

RESULTADOS

Características generales

Durante el período de estudio, se reclutó a 126 adultos mayores entre septiembre y diciembre de 2024. Los participantes tenían una edad media de 69.2 ± 7.9 años, con una distribución equitativa por sexo. En cuanto al estado civil, el 54.0 % no convivía con pareja. Respecto al nivel educativo, la mayoría había completado estudios primarios (23.0 %) o secundarios (19.0 %), mientras que menos del 10 % había alcanzado educación superior. En relación con el estado de salud, el 13.5 % informó haber tenido COVID-19 en los siete meses previos, aunque la mayoría (90.5 %) no requirió hospitalización. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus (34.9 %) e hipertensión arterial (23.8 %). Además, el 67.5 % de los participantes reportó un buen control de su enfermedad crónica (Tabla 1).

Deterioro cognitivo y estilo de vida

En cuanto a la función cognitiva, el 36.5 % de los participantes presentó algún grado de deterioro cognitivo según el Cuestionario de Pfeiffer: 27.0 % con deterioro leve y 9.5 % con deterioro moderado o grave. La puntuación media del Pfeiffer fue de 1.9 ± 1.9 puntos. Según el MMSE, el 46.8 % presentó deterioro cognitivo o demencia: 24.6 % clasificado como deterioro cognitivo y 22.2 % como demencia, con una puntuación media de 23.8 ± 4.7 puntos. En términos de estilo de vida, la puntuación media fue de 86.0 (DE: 16.7). La mayoría de los participantes (58.7 %) se ubicó en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones”, el 25.4 % en la categoría “Adecuado” y el 15.9 % en la categoría “Zona de peligro / Algo bajo” (Tabla 2).

Estilo de vida según el deterioro cognitivo

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la función cognitiva y las categorías de estilo de vida ($p < 0.001$). Según la prueba de Pfeiffer, los participantes con función cognitiva normal presentaron la mayor puntuación media de estilo de vida (91.7 ± 10.3), en comparación con aquellos con deterioro leve (75.5 ± 21.9) y moderado/grave (78.0 ± 17.9). Entre quienes estaban en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones”, el 75.7 % tenía función cognitiva normal, mientras que solo el 5.4 % presentaba deterioro moderado/grave. En contraste, dentro de la categoría “Zona de peligro / Algo bajo”, el 70.0 % de los participantes tenía deterioro cognitivo leve y el 20.0 % deterioro moderado/grave (Tabla 3).

De forma similar, el Mini-Mental State Examination mostró un gradiente en las puntuaciones de estilo de vida: 92.3 ± 10.8 en participantes con cognición normal, 85.4 ± 12.3 en aquellos con deterioro cognitivo, y 71.6 ± 22.7 en quienes tenían demencia. Entre los participantes en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones”, el 63.5 % tenía cognición normal, mientras que solo el 12.2 % presentaba demencia. Por el contrario, el 70.0 % de los participantes en el grupo “Zona de peligro / Algo bajo” tenía demencia (Tabla 3).

Asociación entre el estilo de vida y el deterioro cognitivo

En comparación con los participantes en la categoría “Zona de peligro / Algo bajo”, aquellos con un estilo de vida “Adecuado” mostraron una prevalencia significativamente menor de deterioro cognitivo según la prueba de Pfeiffer (RP ajustada: 0.49; IC 95 %: 0.30–0.81; $p = 0.005$), lo que representa una reducción del 51 % en la prevalencia. Los participantes en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones” mostraron una reducción del 55 % (RP ajustada: 0.45; IC 95 %: 0.30–0.67; $p < 0.001$) en comparación con el grupo de referencia (Tabla 4).

Hallazgos similares se observaron con el Mini-Mental State Examination. Los participantes con un estilo de vida “Adecuado” presentaron una prevalencia 64 % menor de deterioro cognitivo o demencia (RP ajustada: 0.36; IC 95 %: 0.20–0.63; $p < 0.001$), y aquellos en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones” tuvieron una prevalencia 70 % menor (RP ajustada: 0.30; IC 95 %: 0.19–0.48; $p < 0.001$), en comparación con el grupo de referencia. Todos los modelos fueron ajustados por edad, sexo, estado civil, nivel educativo e hipertensión arterial (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Este estudio evaluó la asociación entre el deterioro cognitivo y el estilo de vida en 126 adultos mayores del Este de Lima en 2024. La prevalencia de deterioro cognitivo osciló entre 36.5 % (Pfeiffer) y 46.8 % (MMSE), mientras que la prevalencia de demencia según el MMSE fue de 22.2 %. En cuanto al estilo de vida, el 58.7 % de los participantes se clasificó en la categoría “Buen trabajo / Felicitaciones”. Se observó una asociación significativa entre estilos de vida más saludables y una menor prevalencia de deterioro cognitivo, consistente en ambas evaluaciones cognitivas.

La prevalencia observada de deterioro cognitivo (hasta 46.8 %) y de demencia (22.2 %) fue mayor que la reportada en estudios previos, incluido un estudio peruano de 2018 que estimó una prevalencia del 17 % (5) y el rango del 5–8 % citado en los informes de la OMS de 2020 (2). Estas diferencias pueden explicarse en parte por la inclusión en nuestra muestra de personas de 60 años o más, mientras que otros estudios se centraron en poblaciones de 75 años o más. Además, nuestro estudio se realizó en un entorno urbano de bajos ingresos, donde determinantes sociales y estructurales, como el acceso limitado a la educación, la atención sanitaria y la estimulación cognitiva, pueden contribuir

a un mayor riesgo de deterioro cognitivo. El uso de dos herramientas de tamizaje validadas también puede haber incrementado la sensibilidad para detectar etapas tempranas del deterioro. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el contexto socioeconómico, el rango de edad y la consistencia metodológica al comparar estimaciones de prevalencia entre estudios.

En el presente estudio se identificó una prevalencia del 58.7 % de estilos de vida saludables, cifra superior al 32 % reportado en un estudio realizado en Guatemala en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados (17) y al 15.4 % observado en una población rural de España evaluada a través de farmacias comunitarias (18). Estas diferencias pueden explicarse por variaciones en las características de la población, el contexto socioeconómico y los instrumentos utilizados para medir el estilo de vida. Los estudios citados emplearon muestras pequeñas y herramientas que evaluaban componentes específicos del estilo de vida —como nutrición, consumo de sustancias o factores psicosociales— de forma aislada. En contraste, nuestro estudio utilizó el Cuestionario de Estilo de Vida FANTASTIC, un instrumento amplio y multidimensional que captura patrones generales de comportamiento relacionado con la salud. Aunque su carácter integral facilita una evaluación global, también podría clasificar a una mayor proporción de individuos como poseedores de un estilo de vida saludable en comparación con herramientas más detalladas o específicas por dominio. Estas diferencias resaltan la necesidad de considerar tanto el alcance como la especificidad de los instrumentos de medición al comparar hallazgos entre estudios.

Se encontró que un estilo de vida más saludable estaba significativamente asociado con niveles más bajos de deterioro cognitivo, hallazgo consistente con estudios previos, incluidos un estudio de cohorte prospectivo realizado en China en 2023 (9), un estudio longitudinal en Vietnam en 2014 (20) y un estudio llevado a cabo en Corea del Sur en 2009 (19). Varios mecanismos podrían explicar esta asociación: en primer lugar, la reducción de la inflamación sistémica mediante una dieta equilibrada y la actividad física regular, que ayudan a disminuir los niveles de proteína C reactiva y citocinas proinflamatorias; en segundo lugar, el mantenimiento de un flujo sanguíneo cerebral adecuado apoyado por la salud cardiovascular; y en tercer lugar, la mejora de la neuroplasticidad y la neurogénesis estimuladas por la actividad física y el compromiso cognitivo, que promueven la liberación de factores neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (brain-derived neurotrophic factor) (20–22).

Estos hallazgos sugieren que promover estilos de vida saludables podría ser una estrategia efectiva y aplicable globalmente para prevenir el deterioro cognitivo. Es interesante destacar que la asociación observada también podría reflejar las consecuencias funcionales del propio deterioro cognitivo, ya que las personas con deterioro establecido suelen enfrentar barreras para mantener conductas saludables. Esta perspectiva dual refuerza la relevancia de la intervención temprana: ya sea como medida preventiva o como parte de estrategias de

cuidado adaptadas a las limitaciones cognitivas, apoyar prácticas de estilo de vida saludable sigue siendo fundamental. Las intervenciones dirigidas a mejorar la alimentación, aumentar la actividad física y gestionar el estrés pueden contribuir significativamente a reducir el riesgo o mitigar la progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores. Se necesitan más estudios para clarificar los mecanismos implicados y guiar una implementación efectiva en contextos diversos.

Una de las principales limitaciones de este estudio es su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo. Aunque se observó una asociación, no se puede excluir la posibilidad de causalidad inversa. Es muy probable que los adultos mayores con deterioro cognitivo establecido enfrenten mayores dificultades para mantener un estilo de vida saludable debido a limitaciones funcionales o cognitivas. Además, la ausencia de evaluaciones clínicas más completas, como evaluaciones neurológicas o neuropsicológicas, puede haber limitado la precisión en la clasificación del deterioro cognitivo basada únicamente en herramientas de tamizaje. El uso de un muestreo por conveniencia y el contexto hospitalario también pueden limitar la generalización de los hallazgos. Como fortaleza, este estudio ofrece datos actualizados sobre el deterioro cognitivo en una población urbana de bajos ingresos y respalda el diseño de estrategias de prevención dirigidas. Más que restar valor a los resultados, estas limitaciones subrayan la urgencia de desarrollar intervenciones adaptables para grupos con vulnerabilidad cognitiva.

En conclusión, este estudio aporta evidencia de una asociación entre prácticas de estilo de vida saludable y una menor prevalencia de deterioro cognitivo entre adultos mayores del Este de Lima. Aunque el diseño transversal limita la inferencia causal, los hallazgos subrayan la importancia crítica de desarrollar e implementar estrategias preventivas que promuevan conductas saludables. Tales esfuerzos podrían ser clave para preservar la función cognitiva y mejorar la calidad de vida en poblaciones envejecidas, especialmente en entornos con recursos limitados.

REFERENCIAS

1. Chen P, Ratcliff G, Belle SH, Cauley JA, DeKosky ST, Ganguli M. Patrones de deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer presintomática: un estudio comunitario prospectivo. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de septiembre de 2001;58(9):853-8.
2. Luck T, Lupp M, Briel S, Matschinger H, König HH, Bleich S, et al. Deterioro cognitivo leve: incidencia y factores de riesgo: resultados del estudio longitudinal de Leipzig en ancianos. *J Am Geriatr Soc*. Octubre de 2010;58(10):1903-10.
3. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al. Estimación de la prevalencia global de la demencia en 2019 y prevalencia prevista para 2050: un análisis para el Estudio de la Carga Global de Enfermedades 2019. *Salud pública de Lancet*. 1 de febrero de 2022;7(2):e105-25.
4. Nations U. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos [Internet]. Naciones Unidas; 2019 [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210586405>
5. Luna-Solís Y, Murga HV. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Neuropsiquiatr*. 6 de abril de 2018;81(1):9-9.
6. Alanko V, Udeh-Momoh C, Kivipelto M, Sandebring-Matton A. Mecanismos subyacentes a las estrategias no farmacológicas de prevención de la demencia: una perspectiva traslacional. *J Prev Alzheimers Dis*. 2022;1-9.
7. A. GM, Degen C, Schröder J, E. PT. DIABETES MELLITUS Y SU ASOCIACIÓN CON DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de marzo de 2016;27(2):266-70.
8. Mimenza-Alvarado AJ, Ambrosio-Palma A, Aguilar-Navarro SG. Función cognitiva en adultos mayores mexicanos a 6 meses de recuperarse de la infección por SARS-CoV-2. *Rev Esp Geriatria Gerontol* [Internet]. 1 de septiembre de 2024 [citado 9 de marzo de 2025];59(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-cognitive-function-in-mexican-older-S0211139X24000131>
9. Jia J, Zhao T, Liu Z, Liang Y, Li F, Li Y, et al. Asociación entre un estilo de vida saludable y el deterioro de la memoria en adultos mayores: estudio de cohorte prospectivo de 10 años, basado en la población. *BMJ*. 25 de enero de 2023; e072691.
10. Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Petermann-Rocha F, Troncoso-Pantoja C, Villagrán M, Lanuza-Rilling F, et al. Factores asociados al deterioro

cognitivo en personas mayores en Chile. Rev Médica Chile. agosto de 2019;147(8):1013-23.

11. Chino B, Zegarra-Valdivia J, de Frutos-Lucas J, Paredes-Manrique C, Custodio N. Impacto de las características sociodemográficas y el estilo de vida en el rendimiento cognitivo de adultos peruanos. J Alzheimers Dis. 90(2):599-608.

12. Martínez de la Iglesia J, DueñasHerrerob R, Carmen Onís Vilchesa M, Aguado Tabernéa C, Albert Colomerc C, Luque Luquec R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia deDeterioro cognitivo en personas mayores y 65 años. Clínica Médica. 1 de enero de 2001;117(4):129-34.

13. Tapias Merino E. Validación del mini mental state exam-37 en el diagnóstico de demencia [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2012 [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=195423>

14. Kason Y, Ylanko VJ. Evaluación del estilo de vida FANTASTIC: Parte 5 Medición del estilo de vida en la práctica familiar.Can Fam Médico. noviembre de 1984;30:2379-83.

15. Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento «Fantástico» para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev Salud Pública. abril de 2012;14(2):226-37.

dieciséis. López M, Sueldo Y, Gutiérrez Villafuerte C, Angulo Bazán Y. Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir Estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el Programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (Essalud). Rev Perú Med Integrativa. 16 de agosto de 2016;1:17-26.

17. Estrada Orellana AM, Casado Urizar DM. Deterioro cognitivo y estilo de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Rev Académica Soc Conoc Cunzac. 15 de julio de 2024;4(2):62-75.

18. Martínez L, García C, Moreno L. Estudio de los factores de riesgo de deterioro cognitivo en el medio rural: metodología y pilotaje desde la farmacia comunitaria. Granja Comunitarios [Internet]. 28 de marzo de 2023 [citado 9 de marzo de 2025];prepub(1). Disponible en: <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/estudio-factores-riesgo-deterioro-cognitivo-medio-rural-metodologia-pilotaje-desde>

19. Vidyanti AN, Rahmawati F, Rahman RH, Prodjohardjono A, Gofir A. Intervenciones en el estilo de vida para la reducción del riesgo de demencia: una revisión sobre el papel de la actividad física y la dieta en los países occidentales y asiáticos.J Anterior Enfermedad de Alzheimer. 1 de febrero de 2025;12(2):100028.

20. Lee Y, Kim J, Back JH. Influencia de múltiples hábitos de vida en la función cognitiva de las personas mayores que viven en la comunidad. *Prev Med.* 1 de enero de 2009;48(1):86-90.
21. Holland C, Dravec N, Owens L, Benedetto A, Dias I, Gow A, et al. Comprensión de los factores exógenos y los mecanismos biológicos de la fragilidad cognitiva: Una revisión multidisciplinaria. *Ageing Res Rev.* 1 de noviembre de 2024;101:102461.
22. Halma M, Marik P, Gazda S, Tuszynski J. Medicina del estilo de vida para un envejecimiento cognitivo saludable: Una revisión narrativa. *Brain Behav Immun Integr.* 1 de julio de 2024;7:100077.

TABLAS

Tabla 1. Características generales

Características	N = 1261
Edad	69,2 (7,9)
Sexo	
Masculino	63 (50,0%)
Femenino	63 (50,0%)
Estado civil	
Sin pareja	68 (54,0%)
Con pareja	58 (46,0%)
Nivel educativo	
Educación primaria o menos	63 (50,0%)
Educación secundaria	31 (24,6%)
Educación superior	32 (25,4%)
¿Hospitalizado debido a COVID-19?	
No	114 (90,5%)
Sí, en el hospital general.	10 (7,9%)
Sí, en cuidados intensivos.	2 (1,6%)
Diabetes mellitus	
No	82 (65,1%)
Sí	44 (34,9%)
Hipertensión arterial	
No	96 (76,2%)
Sí	30 (23,8%)
¿Está controlada su enfermedad?	
Bien controlado	85 (67,5%)
Moderadamente controlado	32 (25,4%)
Mal controlado	9 (7,1%)

¹Media (DE); n (%)

Tabla 2. Deterioro cognitivo y estilos de vida

Características	N = 1261
Puntuación de Pfeiffer	1.9 (1.9)
Deterioro cognitivo según Pfeiffer	
Normal	80 (63,5%)
Deterioro cognitivo o demencia	46 (36,5%)
Puntuación minimental	23.8 (4.7)
Deterioro cognitivo según Mini-Mental	
Normal	67 (53,2%)
Deterioro cognitivo o demencia	59 (46,8%)
Puntuación de estilo de vida	86.0 (16.7)
Categorías de estilo de vida	
Zona de peligro / Algo baja	20 (15,9%)
Adecuado	32 (25,4%)
Buen trabajo / Felicitaciones	74 (58,7%)

¹Media (DE); n (%)

Tabla 3. Estilos de vida según los resultados de las pruebas Pfeiffer y Mini-Mental

Características	Normal ¹	Deterioro cognitivo o demencia ¹	valor p ²
Resultados de la prueba de Pfeiffer	N = 80	N = 46	
Puntuación de estilo de vida	91.7 (10.3)	76,2 (20,8)	<0,001
Categorías de estilo de vida			<0,001
Zona de peligro / Algo baja	2 (10,0%)	18 (90,0%)	
Adecuado	22 (68,8%)	10 (31,2%)	
Buen trabajo / Felicitaciones	56 (75,7%)	18 (24,3%)	
Resultados de la prueba Mini-Mental	N = 67	N = 59	
Puntuación de estilo de vida	92.3 (10.8)	78.8 (19.1)	<0,001
Categorías de estilo de vida			<0,001
Zona de peligro / Algo baja	2 (10,0%)	18 (90,0%)	
Adecuado	18 (56,2%)	14 (43,8%)	
Buen trabajo / Felicitaciones	47 (63,5%)	27 (36,5%)	

¹Media (DE); n (%)

²Prueba de Kruskal-Wallis; prueba exacta de Fisher

Tabla 4. Regresión de Poisson de la asociación entre estilos de vida y deterioro cognitivo según los resultados de las pruebas Pfeiffer y Mini-Mental

Característica	Regresión simple			Regresión ajustada*		
	RP	IC 95%	Valor p	RP	IC 95%	Valor p
Resultados de la prueba de Pfeiffer						
Categorías de estilo de vida						
Zona de peligro / Algo baja	1.00			1.00		
Adecuado	0.49	0,32 – 0,74	0.001	0.49	0,30 – 0,81	0.005
Buen trabajo / Felicitaciones	0.41	0,29 – 0,57	<0,001	0.45	0,30 – 0,67	<0,001
Resultados de la prueba Mini-Mental						
Categorías de estilo de vida						
Zona de peligro / Algo baja	1.00			1.00		
Adecuado	0.35	0,20 – 0,59	<0,001	0.36	0,20 – 0,63	<0,001
Buen trabajo / Felicitaciones	0,27	0,18 – 0,41	<0,001	0.30	0,19 – 0,48	<0,001

*Ajustado por edad en años, sexo, estado civil, nivel de educación e hipertensión

ANEXOS

EVIDENCIA DE SUMISIÓN DEL ARTÍCULO

AJGP Submission Recibido

American Journal of Geriatric Psychiatry -am@editorialmanager.com- 19:01 (hace 0 minutos) ☆ 🔍 ↶ ⋮

🗣️ Traducir al español ✕

Jul 02 2025 08:00PM

RE: AMGP-25-335, entitled "Association Between Lifestyle and Cognitive Impairment in Older Adults: Evidence from a Peruvian Urban Population"

Dear Soriano-Moreno,

My colleagues on the editorial board of the American Journal of Geriatric Psychiatry join me in thanking you for submitting your manuscript.

We are sorry to tell you that, following internal review by the editorial board, we have decided not to send the article out for peer review. Because of the large number of high-quality manuscripts now submitted to AJGP, we can review only 50% of the articles submitted to us and of these publish approximately 20-25%. Our decision not to peer-review your manuscript represents a judgment that it does not adequately meet the needs of our readers.

Thank you for the privilege of seeing your work. We hope that you will again consider AJGP in the future.

Sincerely,

Charles F. Reynolds III MD
Editor-in-Chief
American Journal of Geriatric Psychiatry

FAQ: How can I reset a forgotten password? <https://service.elsevier.com/faq/answerdetails?id=24452&source=aboutelsevier&w=editorial+manager/>

For further assistance, please visit our customer service site: <https://service.elsevier.com/faq/home/support&source=aboutelsevier/>. Here you can search for solutions on a range of topics, find

RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL PERFIL DE PROYECTO DE TESIS EN FORMATO ARTÍCULO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

RESOLUCIÓN N° 127-M-2025 / UPEU-FCS-CF

Lima, fecha 02 de julio de 2025

VISTO:

El expediente del bachiller **DAMARIS ELENA VALDEZ SANCHEZ** identificado con código universitario N° 201811051, de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la declaratoria de expedito para la sustentación de la Tesis en formato artículo;

Que el Comité Dictaminador ha emitido su dictamen aprobando el informe de tesis titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y DÉFICIT COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LIMA ESTE DURANTE EL 2024**, presentado por el bachiller **DAMARIS ELENA VALDEZ SANCHEZ** reuniendo de esta manera las condiciones previas para la declaratoria de expedito para la sustentación;

Estando en lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 24 de junio de 2025 y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

1. Declarar expedito al bachiller **DAMARIS ELENA VALDEZ SANCHEZ** que sustente el informe final de la investigación titulada: **ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y DÉFICIT COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LIMA ESTE DURANTE EL 2024** conducente al Título Profesional de **Médico Cirujano** el 01 de Julio del 2025 a las 18:00 horas en la modalidad virtual u online sincrónica.
1. Designar el Jurado de Sustentación, encargado de gestionar la sustentación respectiva, el mismo que queda constituido por los siguientes miembros:

Presidente: Dr. Chilon Troncos Ronny Francisco

Secretario: M^c. Deysi Karol Yauri Garcia

Vocal: M^c. Newball Notiega Edda Eymet

Aesor: M^c. Sotiano Moreno Anderson Nelvir Elias

Regístrese, comuníquese y archívese



Dr. Albertina Fernandez Molocho

SECRETARIA



M^c. María Elena Valencia Orilla

SECRETARIA ACADEMICA

RESOLUCIÓN N° 128-M-2025 /UPU-FCS-CF

Lima, fecha 02 de julio de 2025

VISTO:

El expediente del bachiller **LUIS ENRIQUE BONIFACIO GARCIA** identificado con código universitario N° 201811056, de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la declaratoria de expedito para la sustentación de la Tesis en formato artículo;

Que el Comité Dictaminador ha emitido su dictamen aprobando el informe de tesis titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y DÉFICIT COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LIMA ESTE DURANTE EL 2024**, presentado por el bachiller **LUIS ENRIQUE BONIFACIO GARCIA** reuniendo de esta manera las condiciones previas para la declaratoria de expedito para la sustentación;

Estando en lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 24 de junio de 2025 y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

1. Declarar expedito al bachiller **LUIS ENRIQUE BONIFACIO GARCIA**, que sustente el informe final de la investigación titulada: **ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y DÉFICIT COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LIMA ESTE DURANTE EL 2024** conducente al Título Profesional de **Médico Cirujano** el 01 de Julio del 2025 a las 18:00 horas en la modalidad virtual u online sincrónica.
2. Designar el Jurado de Sustentación, encargado de gestionar la sustentación respectiva, el mismo que queda constituido por los siguientes miembros:

Presidente: Dr. Chilon Troncos Ronny Francisco

Secretario: M^c. Deysi Karol Yauri Garcia

Vocal: Mg. Newball Noriega Edita Evnel

Aesor: Mg. Soriano Moreno Anderson Néver Elias

Regístrese, comuníquese y archívese



Dr. Albertina Fernandez Molocho

Albertina Fernandez Molocho



M^c. Valeria Heredia
SECRETARIA ACADEMICA

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Código de muestreo
2. Edad: _____
3. Sexo: 1. Masculino () 2. Femenino ()
4. Estado marital: 1. Con pareja () 3. Sin pareja ()
5. Grado de instrucción:
 1. Primaria completa () 2. Primaria incompleta () 3. Secundaria completa () 4. Secundaria incompleta () 5. Universidad completa () 6. Universidad incompleta () 7. Superior técnica completa () 8. Superior técnica incompleta () 9. Posgrado ()
6. ¿Tuvo infección por Covid -19 en los últimos 7 meses?: 1. Si () 2. No ()
7. ¿Se hospitalizó por Covid-19?
 1. No () 2. Si, en hosp general () 3. Si, en cuidados intermedios ()
 3. Si, en UCI ()
8. Antecedente de enfermedad crónica
 1. DM2 () 2. Hipertensión 3. Asma () 4. Cardiopatía () 5. Hipotiroidismo () 6. ERC () 7. Cáncer () 8. EPOC () 9. Otro ()
9. ¿Está controlada su enfermedad?
 1. Bien controlado () 2. Moderadamente controlado () 3. Mal controlado ()

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

N°	PREGUNTAS	ERRORES
1	¿Qué fecha es hoy? (Día, mes y año)	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Dónde estamos ahora? (Descripción o nombre)	
4	¿Cuál es su número de teléfono? /¿Cuál es su dirección?	
5	¿Cuántos años tiene?	
6	¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	
7	¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
10	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0	

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975)				
ORIENTACIÓN				
¿En qué año estamos?	0 - 1		Orientación temporal (Máx. 5)	
¿En qué estación?	0 - 1			
¿En qué día (fecha)?	0 - 1			
¿En qué mes?	0 - 1			
¿En qué día de la semana?	0 - 1			
Orientación espacial (Máx. 5)				
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0 - 1		Orientación espacial (Máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0 - 1			
¿En qué pueblo (Ciudad) estamos?	0 - 1			
¿En qué provincia estamos?	0 - 1			
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0 - 1			
FIJACIÓN				
Repita estas 3 palabras: Soles - Caballo - Manzana.	0 - 3		Fijación recuerdo inmediato (Máx. 3)	
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO				
a. Restar desde 100 de 7 en 7 b. Deletree la palabra «MUNDO» al revés	0 - 5		Atención - Cálculo (Máx. 5)	
MEMORIA				
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0 - 3		Recuerdo diferido (Máx. 3)	
LENGUAJE				
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0 - 1			
Repetirlo con el reloj	0 - 1			
Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros»	0 - 1			
Coja este papel con la mano derecha, dóblalo y póngalo encima de la mesa	0 - 3			

Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	0 - 1		Lenguaje (Máx. 9)	
Escriba una frase	0 - 1			
Copie este dibujo	0 - 1			
Puntuación total (Máx. 30 puntos)				

CUESTIONARIO FANTÁSTICO

FAMILIA Y AMIGOS	¿Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para usted?	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Nunca
	Yo doy y recibo cariño	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Nunca
ACTIVIDAD FÍSICA	Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida. Yo participo	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Nunca
	Yo realizo actividad física o deporte de 30 min. Cada vez	<input type="checkbox"/> 3 o más veces por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> No hago nada
	Yo camino al menos 30 min diariamente	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
NUTRICIÓN	A menudo consumes mucha azúcar, sal o comida chatarra	<input type="checkbox"/> Ninguna de estas <input type="checkbox"/> Alguna de estas <input type="checkbox"/> Todas estas
	Estoy pasada de mi peso ideal	<input type="checkbox"/> 0 - 4 kilos o más <input type="checkbox"/> 5 - 8 kilos de más <input type="checkbox"/> Más de 8 kilos
	Mi alimentación es balanceada	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
TABACO	Yo fumo cigarros	<input type="checkbox"/> No los últimos 5 años <input type="checkbox"/> No el último año a veces <input type="checkbox"/> Si, este año más
	Generalmente fumo ___ cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 0 - 10 <input type="checkbox"/> Más de 10

ALCOHOL	Mi número promedio de tragos por semana es	<input type="checkbox"/> 0 - 7 tragos <input type="checkbox"/> 8 - 12 tragos <input type="checkbox"/> Más de 12 tragos
	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> A menudo
	Manejo el auto después de beber alcohol	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Solo rara vez <input type="checkbox"/> A menudo
	Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta básica	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> A menudo
	Uso excepcionalmente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> A menudo
	Bebo café, té o bebida que tiene cafeína	<input type="checkbox"/> Menos de 3 al día <input type="checkbox"/> De 3 a 6 al día <input type="checkbox"/> Más de 6 al día
SUEÑO	Duermo bien y me siento descansado/a	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
	Yo me relajo y disfruto mi tiempo	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
TIPO DE PERSONALIDAD	Parece que ando más acelerado	<input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo
	Me siento enojado o agresivo	<input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo
	Yo me siento contento con mis actividades	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
INTROSPECCIÓN	Yo soy un pensador positivo y optimista	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
	Yo me siento tenso o apretado	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
	Yo me siento deprimido o triste	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A Veces <input type="checkbox"/> Casi nunca

CONTROL DE SALUD	Me realizo controles de salud de forma periódica	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
	Converso con mi familia o amigos temas de sexualidad	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre
OTRAS CONDUCTAS	Uso cinturón de seguridad	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi nunca
	Como peatón, pasajero del transporte público o automovilista soy respetuoso con las órdenes del tránsito.	<input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Naturaleza	Escala de Medición	Valores Posibles
Estilo de vida	Modo típico de vida o manera de vivir característico de un individuo o grupo	Mediante el cuestionario Fantástico	Cualitativa	Nominal	0-46 puntos: zona de peligro 47 - 72 puntos: Algo bajo, podrías mejorar 73 - 84 Adecuado, aunque también representa riesgos 85 - 102 Buena trabajo influencia adecuada para la salud 103 - 120 Felicitaciones influencia óptima para la salud
Función cognitiva	Proceso intelectual o mental mediante el cual un	Mediante 2 cuestionarios: 1. SPMSQ-Short Portable	Cualitativa	Nominal	SPMSQ Puntuación máxima 10 puntos

	organismo adquiere conocimiento.	Mental State Questionnaire de Pfeiffer 2. MMSE - Mini-Mental State Examination			0 a 2 = se considera normal, 3 a 4 = deterioro cognitivo leve 5 a 7 = deterioro cognitivo moderado 8 a más errores = deterioro cognitivo severo. MMSE Puntuación máxima: 30 puntos 25 >= se considera normal 21 - 24 = deterioro cognitivo 1 - 20 = demencia.
Covid-19: Antigüedad	Tiempo en años/ meses/ días que transcurrieron desde la primera infección por el virus de sars cov 2	Pregunta directa (¿Tuvo infección por Covid -19 en los últimos 7 meses?)	cualitativa	ordinal	Si No
Covid-19 : Tipo de hospitalización	Los servicios de Hospitalización son áreas diseñadas para prestar cuidados básicos y especializados, de manera integral y con altos estándares de calidad,	Pregunta directa	Cualitativa	Nominal	No Si, en hospital general Si, en cuidados intermedios Si, en UCI
Enfermedades crónicas	Enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son	Mediante pregunta directa de opción múltiple	Cualitativa	Nominal	Hipertensión DM2 EPOC Asma Cardiopatía Hipotiroidismo ERC Cáncer Otro

	causadas por alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.				
Control de la enfermedad		Pregunta directa	Cualitativa	Nominal	Bien controlado Moderadamente controlado Mal controlado
Sexo	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, FENOTIPO y GENOTIPO, que diferencian al organismo MASCULINO del FEMENINO.	Mediante pregunta directa	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Personas clasificadas por la edad, desde el nacimiento (RECIÉN NACIDO) hasta los octogenarios y más viejos (ANCIANO DE 80 O MÁS AÑOS).	Mediante pregunta directa	Cuantitativa	Discontinua	A partir de 60 años
Estado marital	Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc..	Mediante pregunta directa	Cualitativa	Nominal	Con pareja Sin pareja
Grado de instrucción	El Nivel de Instrucción de	Mediante pregunta directa	Cualitativa	Nominal	Primaria incompleta

	<p>una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.</p>			<p>Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad incompleta Universidad completa Superior técnica completa Superior técnica incompleta Posgrado</p>
--	--	--	--	--