

1122631-147

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "MIGUEL TREJO OCHOA"

COLIMA, COLIMA.

IDENTIFICACION DE LOS TRASTORNOS
COGNOSCITIVOS EN EL ANCIANO QUE
ACUDE AL SERVICIO DE ATENCION A
PENSIONISTAS DE LA CLINICA HOSPITAL
"MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.
EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE
1996.



TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Jahel Guadalupe Valadéz Chávez

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**IDENTIFICACION DE LOS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS
EN EL ANCIANO QUE ACUDE AL SERVICIO DE ATENCION
A PENSIONISTAS DE LA CLINICA HOSPITAL " MIGUEL
TREJO OCHOA" COLIMA, COL. EN EL PERIODO DE ENERO
A JUNIO DE 1996.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**


DRA. JAHUEL GUADALUPE VALADEZ CHAVEZ

AUTORIZACIONES :

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.**

**DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

Jahel epe Valadez Chavez
DRA. JAHIEL GUADALUPE VALADEZ CHAVEZ

IDENTIFICACION DE LOS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS
EN EL ANCIANO QUE ACUDE AL SERVICIO DE ATENCION
A PENSIONISTAS DE LA CLINICA HOSPITAL "MIGUEL
TREJO OCHOA" COLIMA, COL. EN EL PERIODO DE ENERO
A JUNIO DE 1996.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
EN COLIMA, COLIMA.

Guadalupe Ortega Gomez
DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ.

ASESOR DE TESIS
Oscar Uribarren Berrueta
DR. OSCAR URIBARREN BERRUETA.

Hector Gabriel Arteaga Aceves
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE

Hector Gabriel Arteaga Aceves
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

COLIMA, COLIMA. AGOSTO 1997

**IDENTIFICACION DE LOS
TRASTORNOS COGNOSCITIVOS EN
EL ANCIANO QUE ACUDE AL
SERVICIO DE ATENCION A
PENSIONISTA, DE LA CLINICA
HOSPITAL "MIGUEL TREJO OCHOA"
COLIMA, COL. EN EL PERIODO DE
ENERO A JUNIO DE 1996.**

**CLINICA HOSPITAL
DR. MIGUEL TREJO OCHOA
ISSSTE.
COLIMA, COLIMA, MEXICO**

DRA. JAHIEL GPE. VALADEZ CHAVEZ

INDICE GENERAL

TITULO	1
INDICE GENERAL	2
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICION	13
OBJETIVOS	14
METODOLOGIA	
TIPO DE ESTUDIO	15
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	15
TIPO DE MUESTRO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION	16
INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES DE MEDICION	17
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	19
CONSIDERACIONES ETICAS	21
RESULTADOS	22
TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS	22
DESCRIPCION DE RESULTADOS	22
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
ENCONTRADOS	35
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	45

MARCO TEORICO

En nuestra sociedad, envejecer, constituye una etapa crítica para la mayoría de los individuos de uno y otro sexo; no existiendo la debida preparación, para las distintas etapas de la vida, como la madurez, la madurez avanzada, la presentilidad y la senilidad ya que éstas poseen diferentes objetivos y satisfacciones, pudiendo afirmar, que aquel que envejece sin una orientación técnica, asistencia Médica y colaboración social, llega a una vejez con enfermedades, desengaños e incapacidades (1,2).

Gerontología (del griego, gero = viejo o anciano), es la ciencia biológica que se ocupa del envejecimiento y por consiguiente estudia los fenómenos vitales, tanto en sus aspectos fisiológicos normales, patológicos, psicológicos, sociales y económicos que tienen lugar en las etapas de la vida (3).

De la Gerontología se desprenden varias ramas: la que está más relacionada con nuestro trabajo es la --- Geriatría.

Geriatría, es la rama de la Gerontología y de la Medicina, relacionada con todos los aspectos de la salud y el cuidado de las personas ancianas y en proceso de envejecimiento (4,5,6).

El diccionario enciclopédico University de términos Médicos, define a la Geriatría, como la rama de la Medicina que se ocupa de las enfermedades de los ancianos (7).

La senilidad es un proceso biofisiológico, constituido por una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se inicia mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo (8).

Hay dos teorías que tratan de explicar éste proceso:

La primer teoría, es la que asegura que el envejecimiento se inicia, cuando el organismo ha madurado, considerando ésto a los 20 años (8,10)

La segunda teoría, opina que el proceso de envejecimiento, está presente desde que el ser humano nace o ---antes (8,10).

La vida del ser humano se divide en etapas, que se presentan iniciando con el ciclo vital, que en su punto de vista, la vida es una sucesión de etapas diferentes, desde el nacimiento - momento O-, hasta la muerte -momento X-.

Las etapas en que se divide el ciclo vital, siguen un criterio cronológico, por eso reciben el nombre de estrato de edades.

Edad intermedia: abarca, de los 45 años a los 65 y también se denomina, presenil, primer envejecimiento o crítica. En esta etapa aparecen los primeros signos de envejecimiento.

Vejez: es una etapa de la vida o estrato de edad cronológica que según la OMS se inicia a los 60 años.

Senilidad o vejez declarada: esta etapa se inicia - alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas - asistenciales a nivel Médico y Social.

La etapa llamada vejez, termina con la muerte. De acuerdo a la esperanza de vida, que es el número promedio de años que una persona puede vivir (10).

La expresión tercera edad, recientemente llamada *adulto mayor*, designa a las personas que han sobrepasado la edad normal del retiro, a veces se usa para referirse a las personas mayores de 60 años (10).

La transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, es un fenómeno distintivo de este siglo. En México la esperanza de vida se ha modificado, para el año 2000 la posibilidad de vivir, en el hombre, será de 68 años y en la mujer hasta 72. Los ancianos forman ahora alrededor del 12% de nuestra población y para el año 2000, se estima en más de 7 millones, el número de adultos mayores.

En Canadá, se estima que para el año 2021, los mayores de 65 años, representarán el 16.5%.

En EEUU, cerca del 8% de los ancianos necesitan servicios especiales de cuidados en el hogar (11,12,10, 13,14).

Jubilación: la edad de 65 años, ha sido la tradicional para la jubilación. Algunas personas se retirarán antes y otras seguirán trabajando hasta que cumplan los 70 años.

La jubilación se ha considerado como una recompensa para el individuo por haber trabajado intensamente durante toda su vida.

La persona se ha ganado el derecho de no trabajar y ahora puede relajarse y "disfrutar de ello" (7).

Debido principalmente a los adelantos que ha tenido la medicina desde principios de siglo y contribuyendo con una elevación del nivel de vida y salud, de la población en general, dando como resultado encontrar día con día , a individuos con edades superiores de los 60 años de edad que para la OMS se consideran senectos o ancianos.

Christopher A. Ross y Marshal F. Folstein habla que el deterioro cognoscitivo generalizado en la población geriátrica, tiene una prevalencia de aproximadamente un 15 a un 20% en pacientes de 65 años de edad - o mayores, además es reportado que un 25 % de todos los pacientes internados por causas médicas padecen un trastorno cognoscitivo y que a menudo pasa inadvertido, (14).

Trastornos cognoscitivos en el anciano:

El trastorno cognoscitivo, comprende el deterioro en número de las funciones como , orientación, sensación, - memoria, razonamiento lógico y lenguaje ''' (15, 16).

El daño cognoscitivo se vuelve más común con la edad , con rango que varía de un 10 a un 19 % en edades de 75 a 85 años y un 20 a 47% por arriba de 85 años (17).

Una vez que se identifica el daño cognoscitivo, es necesario establecer el diagnóstico específico con objeto de adecuar el manejo de acuerdo al mismo (17).

Por lo tanto la evaluación inicial de todo paciente de edad debe incluir invariablemente pruebas para detectar alteraciones de las funciones cognoscitivas.

Un reporte de la sociedad de medicina interna recomienda que la evaluación del estado mental y físico, se realice a partir de los 60 años de edad hasta los 85, a través de tres tipos de pruebas (18,19,20).

1.- Un cuestionario acerca del estado mental para evaluar disfunciones cerebrales en el anciano MSE (21,16), desarrollada por Pfeiffers.

2.- Una prueba desarrollada por Knopman y RYberg (DWR).

3.- El mini examen del estado mental de Folstein (3MS) , (19,22,23).

Esta prueba consiste en una serie de preguntas simples que evalúan cuantitativamente la orientación, el registro de nueva información, la atención y la capacidad de cálculo, la memoria reciente, el lenguaje y la praxia, incluyendo la nominación, la repetición, la comprensión de la lectura, la escritura y la copia de un dibujo.

Orientación es la capacidad de ubicarse en tiempo, espacio y persona.

Atención, es la capacidad para mantener la concentración, orientada hacia una tarea en forma adecuada.

El estado de alerta es necesario para fijar la atención, pero estar despierto no significa necesariamente que la atención se encuentre intacta.

La habilidad para mantener la atención por periodos prolongados se puede evaluar leyendo series de letras al azar, que el paciente debe señalar, deletreando la palabra lápiz al revés.

Los ancianos pueden realizar con precisión tareas sencillas (15), sin embargo en trabajo más complicados que implican dividir la atención, muestran deficiencias que dependen de la edad.

Esto tiene implicaciones prácticas para quienes ocupan posiciones ejecutivas o de dirección, que a veces interpretan éstos cambios naturales como signos de senilidad .

Memoria. La memoria es un proceso complicado que comprende diferentes etapas. La información sensorial percibida a través de vista, olfato, oído, y tacto, se capta y se registra .

Cuando la persona presta atención conciente, la información se transfiere a la memoria inmediata o de corto plazo, el siguiente paso es almacenar la información de forma permanente, lo que ocurre en la memoria de largo plazo o remota y la etapa final es la recuperación de la información almacenada.

La memoria reciente, es un término relativamente confuso en comparación con los otros dos y en realidad se refiere al conocimiento de datos recién percibidos, por ejemplo, los sucesos del día. La deficiencia para aprender cosas nuevas es un buen indicador de la pérdida de la capacidad cognoscitiva, por lo tanto, la valoración de la memoria debe enfocarse a ésta etapa (24,25,38).

Lenguaje. Los ancianos normales, olvidan el nombre de objetos e individuos ésta función no solo es de la memoria, las personas amnésicas con daños graves, son capaces de nombrar objetos.

La incapacidad para nombrar objetos es independiente de la capacidad para descubrir su uso o función, ésta se puede valorar confrontando a la persona con objetos de uso común (reloj, pluma, anillo, partes del cuerpo).

Habilidad manual constructiva. El anciano conserva la habilidad para dibujar figuras sencillas, uni o bidimensionales, que se le describen verbalmente o que copian de algún modelo. Las alteraciones para la habilidad para el dibujo constructivo, son una forma sencilla de evaluar las primeras manifestaciones de enfermedad cortical (23).

En un grupo de ancianos Death, J. Col. realizaron una prueba comparativa entre el dibujo de reloj y el mini exámen del estado mental en admisiones hospitalarias siendo mas confiable el uso del exámen mini mental (26)

En Canada se realizó un estudio valorando el uso de servicios de salud domiciliaria en 210 personas ancianas con daño cognoscitivo moderado reportando alto riesgo para institucionalizarse beneficiandose de los cuidados dados por sevicios de salud en casa (27).

En un estudio de Gaugulli y M. Seaberg con 298 - ancianos en una comunidad rural reporta que un 18.1% presentan un deterioro cognoscitivo de moderado a grave siendo solo 6.6% de 167 independientes (38).

Folstein M.F. y Cols. demuestran la utilidad del uso como método práctico para evaluar el estado cognoscitivo (15).

Homen K y Cols. presentán un estudio con pacientes seniles y con trastornos cognoscitivos con disminución de las capacidades para realizar actividades de la vida diaria(9).

Graham Worrall, y Nancy Moulton en su estudio- Función Cognoscitiva, mencionan que los resultados -- obtenidos para evaluar una función cognoscitiva varían mucho debido a tres motivos.

1.- Todos los estudios que son empleados para la evaluación de un trastorno cognoscitivo presentan la calificación mínima y máxima que se puede obtener para que un paciente sea diagnosticado con trastorno cognoscitivo.

2.- Muchos de los estudios , después de seguir ésta calificación mínima y máxima presentan su propia forma de calificar.

3.- Cada prueba desarrolla su propio sistema de diagnóstico.

La prueba de Folstein, sostiene un puntaje máximo de 30 puntos. Un puntaje de 23 o menos, en ausencia de retardo mental o analfabetismo, sugiere un deterioro cognoscitivo que justifica una evaluación ulterior (12,13,15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El adulto mayor presenta necesidades de atención tanto en el plano social, como en el de la salud, lo que obliga a ofrecer múltiples opciones que deben estar interrelacionadas entre sí y formar parte del sistema de atención al resto de la población, con base en una cobertura amplia con servicios eficientes que impacten en su calidad de vida , en condiciones de equidad con otros grupos etáreos.

Para contribuir a la mejora de la calidad de vida del grupo de adultos mayores y con base a que es posible añadir vida a los años por vivir, es necesario identificar los factores de riesgo y las principales causas de daño a la salud, que permita definir los problemas principales .

La presente investigación reconoce como problema una base teórica respaldada por evidencias científicas, que permita identificar, que existen trastornos cognoscitivos en la población pensionista que acude a la consulta en nuestra Clínica Hospital. Siendo importante conocer el patrón conductual cognoscitivo que presentan estos derechohabientes pensionistas de más de 60 años de edad , que acuden a la Clínica Hospital "Miguel Trejo Ochoa"

JUSTIFICACION

Debido a que en el adulto mayor se presenta cambios cognoscitivos reportados ampliamente en la literatura mundial, se considera que es importante conocer y establecer antecedente en las personas mayores de 60 años de edad derechohabiente de ésta clínica y que acuden regularmente a consulta.

Hasta el momento se desconoce cuales son éstos cambios, por no contar con una evaluación inicial que determine su condición cognoscitiva . Sus evaluaciones posteriores determinarán así , el grado de deterioro que se van presentando.

Se realizará principalmente, aplicando en cada uno de éstos pacientes la prueba minimental de Folstein.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de trastornos cognoscitivos que presentan los derechohabientes pensionistas mayores de 60 años de edad que acuden a consulta externa.

Establecer los parámetros necesarios para demostrar el deterioro cognoscitivo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Encontrar cual es el porcentaje de pacientes que presentan un trastorno cognoscitivo en su evaluación inicial.

2.- Establecer en el expediente del derechohabiente de más de 60 años de edad una evaluación de su estado mental. Identificando su trastorno cognoscitivo

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio de tipo:

- Descriptivo
- prospectivo
- transversal
- observacional

POBLACION , LUGAR Y TIEMPO

Pacientes pensionistas, mayores de 60 años de edad de ambos sexos , de cualquier estado civil, que acuda a consulta externa, en el turno matutino, al consultorio No. 7 que se encarga de la atención al pensionado, en la Clínica Hospital "Miguel Trejo Ochoa", ubicada en la esquina de -- las calles Ignacio Sandoval y Antonio Caso, Colonia Jardines de Circunvalación, en Colima, Col. CP 28010. Durante el periodo comprendido del primero de enero al treinta de junio de mil novecientos noventa y seis.

MUESTRA

Tipo de muestra:

Muestreo sistemático durante 6 meses.

Tamaño de la muestra:

Siendo una población de 726 derechohabientes pensionistas , solo 313 pueden participar en el proyecto, por ser mayores de 60 años ; de estos últimos no todos acuden , por contar con otro sistema de salud, por lo que se aplica el cuestionario durante seis meses , resultando únicamente 74 derechohabientes.

Programa estadístico utilizado:

Epi Info Versión 5.01 , Octubre 1990. Proporcionado por el Centers for Disease Control Epidemiology Program Office Atlanta Georgia. Ward Health Organization Global Program on AIDS. Geneva , Switzerland.

Criterios de inclusión.

- Mayores de 60 años de edad
- Ambos sexos.
- Que acudan regularmente a consulta a la Clínica Miguel Trejo Ochoa.
- Paciente que se encuentre en la lista diaria de consulta al quinto o múltiplo.
- Que acepte participar en el estudio
- Pensionistas.
- Sin secuelas de accidente vascular cerebral.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes con secuelas de accidente cerebralvascular
- Trastornos de lenguaje o audición.
- Trastornos psiquiátricos.
- No derechohabientes.

Criterios de eliminación.

- Expediente no activo.
- Hoja de encuesta incompleta.
- Cambio de consultorio.
- Pacientes que causaron baja en la Clínica.

Información a recolectar (variables de medición).

Del presente trabajo, la información que obten---
dremos a través del cuestionario serán los siguientes-
datos:

Edad.-independiente,continua, razón.
mayores de 60 años

Sexo.-Nominal.
ambos sexos.

Orientación.-dependiente, discreta,ordinal.

Es la capacidad de ubicarse en tiempo, espacio y
persona,su valor es de 10 puntos.

Se le pide responder a diez preguntas que con
sisten en, cual es el año, estación, fecha, día, mes, es
tado, país, pueblo, hospital, piso. Con un valor del -
punto por pregunta disminuyendo un punto en caso de
no contestar correctamente la pregunta

Fijación .- dependiente , discreta , ordinal.

Es la capacidad para mantener la concentración
orientada hacia una tarea en forma adecuada.

Nombrar tres objetos (un segundo para decir ca
da uno). A continuación indicar al paciente que repita
los tres después de que se hayan nombrado . Conceder
un punto por cada respuesta correcta.

Atención y cálculo.-

dependiente, discreta, ordinal.

Es la habilidad para mantener la atención por periodos prolongado, se puede evaluar leyendo serie de letras al azar que el paciente debe señalar deletreando la palabra lápiz al revés. O serie de siete (empezando con cien contar hacia atrás de siete en siete). Un punto por cada respuesta correcta.

Interrumpir después de cinco respuestas correctas

Puntos máximos 5

Memoria.-

dependiente, discreta, ordinal.

Se refiere a la deficiencia para aprender cosas nuevas. Se evalúa preguntando por los objetos aprendidos descritos anteriormente. Un punto por cada respuesta correcta.

Puntos máximos 3 puntos.

Lenguaje.-

dependiente, discreta, ordinal.

La incapacidad para nombrar objetos es independiente de la capacidad para describir su uso o función y ésta se puede valorar confrontando a la persona con objetos de uso común.

Reconocer y nombrar un lápiz y un reloj (2 puntos).

Repetir lo siguiente No o Si (1 punto).

Seguir una instrucción en tres etapas "tome un papel con la mano derecha, doblarlo por la mitad y colocarlo en el piso (3 puntos).

Cierre los ojos (1 punto).
Escribir una frase(1 punto).
Copiar un diseño (1 punto)
Puntos máximos 9 puntos.
Disminuir un punto por acción o respuesta incorrecta.
Puntuación total 30 puntos.

Método o procedimiento para captar la información.

La información se recabó de un cuestionario previamente elaborado (prueba minimental de Folstein),el cuál incluye las variables ya mencionadas, además de los diagnósticos médicos emitidos previamente en un periodo aproximado de 6 meses, a la elaboración del cuestionario

El cuestionario fué aplicado en el consultorio No. 7 de la Clínica Hospital "Miguel Trejo Ochoa" por la investigadora responsable en el turno matutino.

Los cuestionarios fueron analizados semanalmente y se obtuvieron los resultados en un periodo aproximado de 6 meses , para su publicación posterior .

El estudio se realizó a todo paciente pensionado de más de 60 años de edad que acudió regularmente a consulta de primer nivel de la Clínica Hospital " Miguel Trejo Ochoa" .

Los participantes eran los que se encontraban en la lista diaria de consulta al quinto número o múltiplo que reunieran los criterios de inclusión después de haber aceptado participar en el estudio, teniendo una duración de 15 minutos extras, realizándose 12 a 13 entrevistas por mes. Se aplicó cuestionario individual.

La información fué dejada con una copia en cada uno de los expedientes de los pacientes teniendo la finalidad de ir dejando una base para subsecuentes estudios y evaluación posterior.

Se conservó una copia de cada uno de las encuestas para la elaboración de éste estudio.

La información recolectada (cuestionario de la Prueba Minimental de Folstein), fué integrada en un cuadro sinóptico y es calificada en la forma siguiente:

- Orientación: 10 *puntos por pregunta*
- Fijación : 3 *puntos*
- Atención y cálculo: 5 *puntos*
- Memoria: 3 *puntos*
- Lenguaje: 9 *puntos*
- Habilidad manual constructiva.

La información recolectada se presentará por medios de tablas y gráficas.

ASPECTOS ETICOS

Se considera que los problemas éticos serán mínimos, por dos motivos.

- 1.- Las entrevistas serán realizadas únicamente por una sola persona**
- 2.- La mayoría de las preguntas están enfocadas a aspectos comunes, que poco tienen que ver con la vida íntima de las personas encuestadas.**

RESULTADOS.

EDAD

Media		69.20
Desviac. estandar		5.83
Min	60	
Max	80	
Moda	62	

SEXO

SEXO	Freq	Porcent	Acum.
F	39	52.7%	52.7%
M	35	47.3%	100.0%
Total	74	100.0%	

Examen Mini-Mental
CALIFICACION TOTAL DE PUNTOS
Población pensionista de más de 60 años de edad
de la Clínica Hospital "Miguel Trejo Ochoa"
Colima, Col.
1996

Total	Frecuencia	Porcentaje	Acumulativa
19	1	1.4	1.4
22	2	2.7	4.1
23	6	8.1	12.2
24	9	12.2	24.3
25	18	24.3	48.6
26	14	18.9	67.6
27	7	9.5	77
28	8	10.8	87.8
29	6	8.1	95.9
30	3	4.1	100
Total	74	100	

Puntos máximos a obtener = 30 puntos

Puntaje= por abajo de 23 = a deterioro cognoscitivo

En el grupo estudiado el deterioro cognoscitivo se presenta en un 12.2%

**Predominancia de trastornos cognoscitivos
en relación a sexo.**

**Población Pensionista de más de 60 años de edad
de la Clínica Hospital Miguel Trejo Ochoa
Colima, Col.
1996**

TOTAL	SEXO		Total
	F	M	
19	0	1	1
22	2	0	2
23	1	5	6
24	2	7	9
25	10	8	18
26	9	5	14
27	3	4	7
28	6	2	8
29	4	2	6
30	2	1	3
Total	39	35	74

SEXO	Obs	Total	Media	Varianza	Des Esst
F	39	1024	26.256	3.985	1.996
M	35	884	25.257	4.608	2.147
Diferencia			0.999		

estadist F valor-p
4.304 0.03914

Kruskal-Wallis H (equivalente a Chi cuadr.) = 4.553
Grados de libertad = 1
valor p = 0.032863

En los resultados obtenidos se observo que de los 74 pacientes el trastorno cognoscitivo en relacion con el sexo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino

**Predominio de trastorno cognoscitivo
en relación a Edad
Población Pensionista de más de 60 años de edad
de la Clínica Hospital Miguel Trejo Ochoa
Colima, Col
1996**

EDAD	Puntaje										Total
	19	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
60	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
61	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
62	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	6
63	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
64	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	5
65	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	4
66	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	5
67	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	5
68	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	4
69	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	4
70	0	0	0	0	1	3	0	1	0	0	5
71	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
72	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
73	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
74	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
75	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	5
76	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3
77	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
78	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
79	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
80	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Total	1	2	6	9	18	14	7	8	6	3	74

Total	Obs	total	Media	Varianza	Des Est
19	1	68	68	0	0
22	2	157	78.5	4.5	2.121
23	6	448	74.667	31.867	5.645
24	9	677	75.222	15.444	3.93
25	18	1266	70.333	27.176	5.213
26	14	946	67.571	13.956	3.736
27	7	466	66.571	32.619	5.711
28	8	510	63.75	11.643	3.412
29	6	390	65	11.6	3.406
30	3	193	64.333	4.333	2.082

Estadist F	Valor-P
6.713	0.000013

uskal-Wallis H (equivalente a Chi cuadr.) = 34.019
 Grados de Libertad = 9
 Valor P = 0.000089

El trastorno cognoscitivo en relación con la edad se presenta a partir de los 70 años de edad con una edad promedio de 74.6 años

**Predominio de trastorno cognoscitivo
en relación a Memoria
Población pensionista de más de 60 años de edad
de la Clínica Hospital Miguel Trejo Ochoa
Colima, Col
1996**

Edad	MEMORIA			total
	1	2	3	
60	0	1	2	3
61	0	2	1	3
62	0	3	3	6
63	0	1	1	2
64	0	3	2	5
65	1	1	2	4
66	0	2	3	5
67	0	3	2	5
68	0	2	2	4
69	0	4	0	4
70	0	3	2	5
71	0	2	0	2
72	0	1	0	1
73	0	4	0	4
74	0	2	1	3
75	0	4	1	5
76	2	1	0	3
77	0	2	0	2
78	0	2	1	3
79	0	2	0	2
80	0	2	1	3
Total	3	47	24	74

memoria	Obs	Total	Media	Varianza	Des. Est
1	3	217	72.333	40.333	6.351
2	47	3301	70.234	32.661	5.715
3	24	1603	66.792	29.389	5.421

estadística F valor-p
3.44 0.036392

Kruskal-Wallis H (equivalente a Chi cuadr.) = 6.725

Grados de libertad = 2

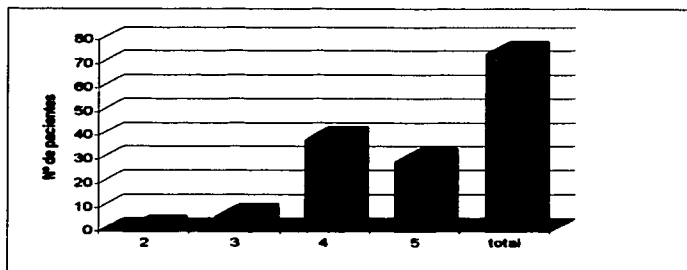
Valor P = 0.034646

El trastorno cognoscitivo en relación a memoria se presenta por arriba de los 70 años de edad con un promedio de 70.2 años.

EXAMEN MINI-MENTAL Orientación Espacio

De la población de más de 60 años de la clínica
Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"

1996



9.5% presenta trastorno cognoscitivo

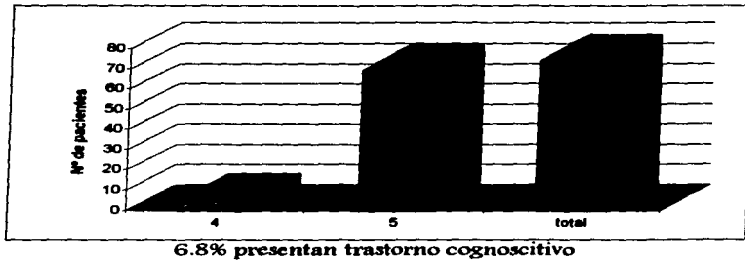
Fuente: Examen mini-mental

5 puntos máximo = menos puntos más trastorno cognoscitivo

ORIENTACION 1	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULATIVA
2	1	1.4%	1.4%
3	6	8.1%	9.5%
4	38	51.4%	60.8%
5	29	39.2	100%
TOTAL	74	100%	

EXAMEN MINI-MENTAL Orientación Tiempo

De la población de más de 60 años de la clínica
Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
1996



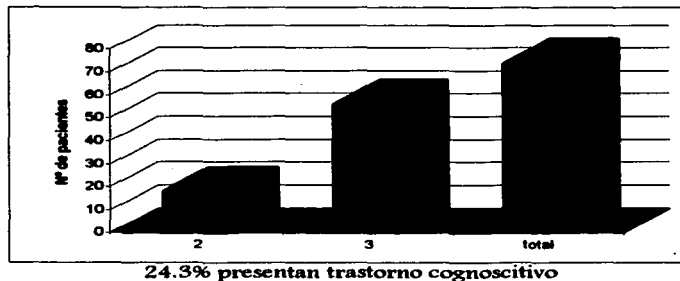
Fuente: Examen mini-mental

5 puntos máximo = menos puntos más trastorno cognoscitivo

ORIENTACION 2	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULATIVA
4	5	6.8%	6.8%
5	69	93.2%	100%
TOTAL	74	100%	

EXAMEN MINI-MENTAL Fijación

De la población de más de 60 años de la clínica
Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
1996

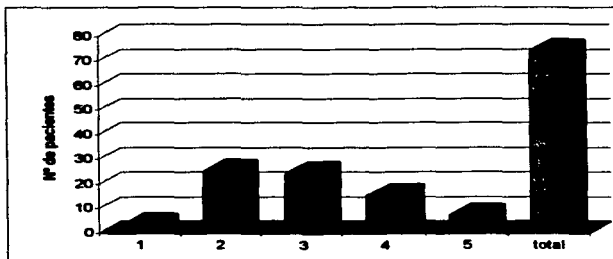


Fuente: Examen mini-mental
5 puntos máximo = menos puntos más trastorno cognoscitivo

FIJACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULATIVA
2	18	24.3%	24.3%
3	56	75.7%	100%
TOTAL	74	100%	

EXAMEN MINI-MENTAL Atención y Cálculo

De la población de más de 60 años de la clínica
Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
1996



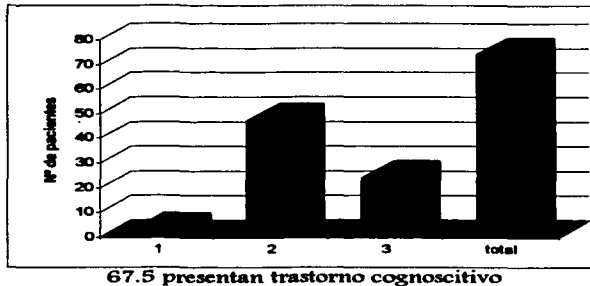
70.3% presentan trastorno cognoscitivo

Fuente: Examen mini-mental
5 puntos máximo = menos puntos más trastorno cognoscitivo

ATENCIÓN Y CÁLCULO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULATIVA
1	3	4.1%	4.1%
2	25	33.8%	37.8%
3	24	32.4%	70.3%
4	15	20.3%	90.5%
5	7	9.5%	100%
TOTAL	74	100%	

EXAMEN MINI-MENTAL Memoria

De la población de más de 60 años de la clínica
Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
1996



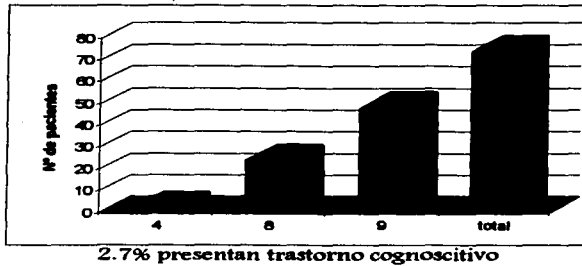
Fuente: Examen mini-mental

3 puntos máximo = menos puntos más trastorno cognoscitivo

MEMORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULATIVA
1	3	4.05%	4.05%
2	47	63.51%	67.56%
3	24	32.44%	100%
TOTAL	74	100%	

EXAMEN MINI-MENTAL Lenguaje

De la población de más de 60 años de la clínica
Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
1996



Fuente: Examen mini-mental
9 puntos máximo = menos puntos más trastorno cognoscitivo

LENGUAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULATIVO
4	2	2.7%	2.7
8	24	32.4%	35.1%
9	48	64.9%	100%
TOTAL	74	100%	

PRESENTACION DE RESULTADOS

ANALISIS DE RESULTADOS

Se encontró que el trastorno cognoscitivo en el grupo estudiado se presentó en un 12.2%, siendo éste menor a lo reportado previamente que es de un 15 a 20%, pudiendo deberse ésta diferencia al tamaño de la muestra.

El sexo en el grupo estudiado fué similar, resultando de los 74 pacientes estudiados , 39 femeninos que representa el 52.8%, y 35 masculinos siendo el 47.2%. Teniendo un predominio de trastorno cognoscitivo en el sexo masculino con un valor estadístico significativo.

El rango de edad fué de 60 a 80 años con un promedio de 69.2% años . Encontrándose que a edad mayor de 70 años se presenta mayor porcentaje de trastorno cognoscitivo.

El trastorno cognoscitivo en relación a orientación, fijación y lenguaje, no tuvo un valor estadístico significativo , por los pocos cambios que se presentaron en éstas áreas.

En relación a atención y cálculo es una área con trastorno cognoscitivo con valor estadístico significativo presentándose con mayor frecuencia por arriba de los 70 años de edad , siendo ésta la pérdida de la habilidad para mantener la atención en una determinada actividad por periodos prolongados, presentándose como una manifestación temprana de deterioro cognoscitivo .

En relación a memoria es también una de las áreas con valor estadístico significativo, encontrando se presenta desde los 60 años de edad con mayor prevalencia por arriba de los 70 años . Siendo la memoria reciente la afectada, encontrándose la memoria pasada o memoria de evocación, no afectada.

CONCLUSION

La identificación de los trastornos cognoscitivos de la población adscrita al consultorio No. 7 encargado de la atención al pensionista de la Clínica Hospital "Miguel Trejo Ochoa" nos reporta datos que posiblemente no sean uniformes a la literatura mundial debido a las características de que en México, el individuo trabajador se pensiona con los años de servicio que en la mujer es a los 28 años y en el hombre de 30 años, independientemente de su edad. También es que el paciente en ocasiones cuenta para su atención médica con otro sistema de salud.

De los resultados obtenidos se encontró que el deterioro cognoscitivo se presentó en un 12.2 %, siendo éste menor, a lo reportado previamente que es de un 15 a 20%, por las características de no tener una cobertura total de los pacientes y por las características de su jubilación.

De los resultados obtenidos, es de interés conocer el hecho de que las áreas de mayor deterioro de trastorno cognoscitivo son primero la de atención y cálculo y segundo la de memoria reciente. Presentándose con mayor frecuencia por arriba de los 70 años de edad y siendo más frecuente en el sexo masculino.

Muchos factores influyen en la posición de los ancianos en la sociedad actual; los cambios de valores , el individualismo creciente, la devaluación de sus conocimientos y experiencias , las modificaciones en la estructura familiar, la modernización de la industria que favorece el acceso de los más jóvenes que han sido educados en los avances científicos y tecnológicos más recientes , socavan el "status" de la gente mayor, sus conocimientos, sus experiencias y apego a las tradiciones, parecen fuera de moda e irrelevantes ante el progreso técnico, lo que contribuye a su marginación.

Los problemas del adulto mayor podrán encontrar una solución real si hay respeto a su dignidad y sus derechos, si se reconoce y promueve su contribución cultural, social, familiar y económica, para integrarlo a la comunidad y eliminar la discriminación y segregación, a menudo involuntaria, incluyendo en su lugar la solidaridad y el apoyo mutuo intergeneracional. El anciano debe ser un símbolo de experiencia y sabiduría , como ser humano , debe lograr la realización personal de acuerdo con sus creencias y aspiraciones, se le debe permitir ser un participante activo en la formulación y la realización de planes y programas que contribuyan al bienestar de la población y en particular de aquellos que la afectan.

Para contribuir a la mejora de la calidad de vida del grupo de adultos mayores y con base en que es posible añadir vida a los años por vivir, es necesario identificar los factores de riesgo y las principales causas de daño a la salud en éste grupo de edad, que permita definir los problemas principales y con base en éstas necesidades, elaborar los programas para la capacitación y desarrollo del personal de salud para que adquiera los conocimientos y destrezas indispensables y brindar con una actitud solidaria, atención integral a la salud del adulto mayor, propiciar un envejecimiento activo y lograr el desarrollo de vidas plenas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Varios autores: Glosario Internacional de Gerontología Social, 1985.
- 2.- Katz, IR y Cols: Falla para prosperar en la ancianidad: exploración de los conceptos y delineación de componentes psiquiátricos . J. Geriatric Psychiatry.
- 3.- Aramoni, A : Viaje al espacio Interior . Colección " Testimonio. México: Editorial Offset, 1984.
- 4.- Kane R. L. y Cols: Essential of Clinical Geriatrics. " U. S. A. : McGraw Hill, Inc. , 1984.
- 5.- Perlado F: Geriatria . Barcelona, España : Editorial Científica Médica, 1980.
- 6.- Lawrence Z. Feigenbaum. MD: Medicina Geriatrica y pacientes de edad avanzada. Diagnóstico Clínico y Tratamiento 1989. Ed Manual Moderno, Cap2, pag. 17-27.
- 7.- Parmelle, Pa y Cols: Quejas dolorosas y estatus cognoscitivos entre residentes de instituciones de ancianos. J. Am. Geriat. Soc, 1993 May: 41 (5) : 517-22.
- 8.- Pietro de Nicola : GERIATRIA. Ed Manual Moderno 1985.
- 9.- Bieliauskas, LA: Cambios cognoscitivos y psicopatológicos en enfermedad degenerativa en la ancianidad. 1993.

- 10.- Danner, C. Ancienidad empeorada cognoscitivamente. Uso de hallazgos de investigación para mejorar cuidados de enfermería. J. Gerontol. Nurs. 1993 Abril 19 (4): 5-11
- 11.- Gaugulli, M; Seaberg, E: Daño cognoscitivo y el uso de los servicios de salud en una población rural anciana: Proyecto Movies. J Am Geriatric Soc. 1993.
- 12.- Groom, DD: Cuidado del anciano. Un modelo de diagnóstico para el otoño para preparar. J. Geronto. Nurs. 1993 June, 19 (6) : 12-6.
- 13.- Dellasega, C. y Cols: Uso de servicios de salud en el hogar por personas con daño cognoscitivo. J. Nurs. Adm. 1994. Jun: 24(6): 20-5.
- 14.- Hitch, S Terpaia cognoscitiva como una herramienta en cuidados para la personas ancianas confusas. J. Clin. Nurs. 1994 Jan:3(1): 49-5
- 15.- Katz y Cols: Indice de Katz de actividades de la vida diaria. JAMA 1963:185:94
- 16.- Liston, E. H.: Delirio en el anciano. Psychiatr. Clin. -- North Am., 5:49-66, 1982.
- 17.- Laurie M. Kenneth R: Cuidados preventivos para la ancianidad, Can. Fam. Physicians 1992 Oct.: 28: 2371-79.
- 18.-Sweet, RA: Fiabilidad y aplicabilidad de escalas de evaluación en trastornos del movimiento en la ancianidad.

- 19.- Gerson, LW y Cols : Fallo de caso para daño cognoscitivo en el departamento de urgencias de pacientes ancianos. Ann. Emerg. Med. 1994. Abr: 23(4): 813-7.
- 20.-Nichols, ME. y Cols: Relación de la edad con cambios en el exámen Neurológico en sexagenarios, octagenarios y centenarios. J. Geriatr. Psychiatry Neurol. 1994 Ja-Mar: 7(1): 1-7
- 21.- Brown, JW y Cols: Pruebas de demencia en la ancianidad. J. Nerv. Ment. Dis. 1993 Nov: 181(11): 695-8.
- 22.- Bertolucci, PH: El mini exámen del estado mental, en una población general: impacto del estatus educativo. Arq. Neuropsiquiatr. 1994. March 52(1): 1-7.
- 23.- Death, J. Cols: Comparación entre la prueba de dibujo de reloj y el mini exámen del estado mental , como pruebas de investigación en admisión hospitalaria aguda de ancianos. Postgrad - Med - J. 1993 Nov: 181 (11): 695-70
24. -Flicker, C. y Cols: Estudio longitudinal de la función cognoscitiva en personas ancianas con quejas subjetivas de la memoria. J. Am Geriatric. Sec. 1993.
- 25.- Huppert, FA y Cols: Presunto daño en la memoria, como un indicador temprano de demencia. J. Clin. Exp. Neuropsychol. 1993 Sep: 15(5): 805-21.
- 26.- Willis Robert: Cambios Seniles Normales de la "" Capacidad intelectual, y Enfermedades mentales: Geriatría 1990.

- 27.- Pierre, P. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-111-R) Primera edición Española. Masson, S. A. Barcelona 1988 (American Psychiatric Association).
- 28.- Kastenbaum, R : Vejes Años de Plenitud. Colección La Psicología y Tú. México: Harla, S. A. de CV., 1980.
- 29.-Salive, ME y Cols: incapacidad y daño cognoscitivo, son factores de riesgo para mortalidad relacionada con neumonía en adultos viejos. Public. Health. Rep. 1993, May- June: 108 (3) : 414-22.
- 30.- Mangione, CM y Cols: Correlaciones de puntaje de funciones cognoscitivas en pacientes externos ancianos S. J. A M Geriatr. Soc. 1993 May 41 (5) 491-7.
- 31.- Homen K. y Cols: Capacidad de actividades de la vida diaria (ADL) entre personas ancianas con daño cognoscitivas. Scand. J. Prim. Health Care.1993 March: 11 (1) 56-60.
- 32.- Phillips, CD y Cols: Efectos del daño cognoscitivo sobre la confiabilidad de valoraciones geriátricas en lugares con cuidados de enfermería. J. Am. Geriatric. Soc. 1993 Feb: 41 (2) : 136-42.
- 33.-Burns, T. y Cols: Prueba de desempeño cognoscitivo: una nueva aproximación a la valoración funcional en la enfermedad de Alzheimer. J. Geriatric. Psychiatry. Neurol. 1994 Jan- March: 7(1): 46-54.

- 34.- Worrall, G y Cols : **Función cognoscitiva entre los ancianos , comparación entre clientes de cuidados en el hogar y ancianos independientes .Can. Fam. Physician. 1994: 40: 61-4.**
- 35.- Jacqmin, H. y Cols: **Componentes del agua que se bebe y riesgos de daño cognoscitivo en la ancianidad .Am.J. Epidemiol 1994 Jan 1: 139(1): 48-57.**
- 36.- Perls. TT y Cols: **Relaciones entre edad, género y desempeño cognoscitivo para evaluar el estado cognoscitivo para el médico . J. Psychiatr. Res. , 12: 189-198, 1975.**
- 37.-Folstein, M. F. y Cols. **"Mini Mental State". Un método práctico para evaluar el estado cognoscitivo para el médico J. Psycvhiatr. Res., 12:189-198, 1975.**
- 38.- Van - der. Linden - M. **La función memoria en ' personas ancianas.Rev Med-Liege,, 1993 Sep 1:48(9): 481-99.**

"Mini-mental state" (John Hopkins Hospital)

Paciente
 Fecha :
 Examinador :

Puntuación máxima.	Puntuación	
5	()	<i>Orientación</i>
5	()	En que año, estación, fecha, día, mes estamos? Donde estamos? Estado, país, ciudad, hospital, piso.
3	()	<i>Fijación</i> Nombrar tres objetos a intervalos de un segundo. Preguntar al paciente por los objetos. Adjudicar un punto por cada respuesta correcta. Despues, repetirlos hasta que los aprenda. No. de repeticiones ()
5	()	<i>Atención y calculo</i> " Serie de los sietes ". Un punto por cada respuesta correcta; parar después de cinco respuestas. De forma alternativa, deletrear al revés la palabra "lápiz".
3	()	<i>Memoria</i> Preguntar por los objetos aprendidos anteriormente. Un punto por cada respuesta correcta.
9	()	<i>Lenguaje</i> Nombrar un lápiz y un reloj (2 puntos) Repetir lo siguiente "La casa es de color verde" (1 punto) Obedecer una orden con tres instrucciones: "Coja un papel con su mano izquierda, dóblelo por la mitad y tírelo al suelo" (3 puntos). Leer y obedecer la siguiente instrucción: Cierre los ojos (1 punto) Escribir una frase (1 punto) Copia de la figura (1 punto)
Puntuación total		Valorar el nivel de conciencia mediante una marca en esta línea
		<hr/> vigilia somnolencia estupor coma

Comentarios

Fuente: (Folstein, M.F., Folstein S.E. y McHugh, P.R. "Mini-mental State". A practical method of grading the cognitive state of patiens for the clinician. J. Psychiatr. Res., 12:189-198, 1975.)