

11241

18  
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



EVALUACION DEL ESTADO COGNITIVO Y DEPRESION DE EL  
PACIENTE PSICOGERIATRICO CRONICAMENTE  
INSTITUCIONALIZADO.

# TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

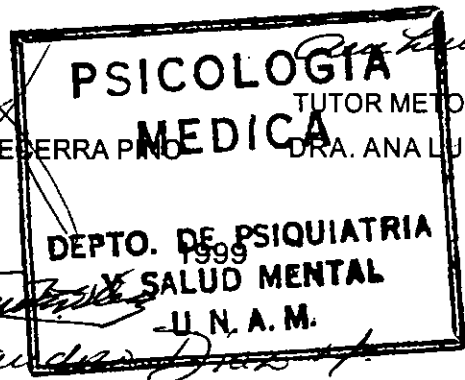
PRESENTA

DR. SERGIO ORDAZ CASTILLO

TUTOR TEORICO  
DRA. MARGARITA BERRERA PINO

TUTOR METODOLOGICO  
DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ

Vo. Bo.



276378

*Dra. Alejandra Diaz*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Es un don Divino  
Vivir la experiencia  
De servir  
Como medio  
Para aliviar el sufrimiento

Dr. Manuel Ordaz Cervantes

A mis Padres, a mis hermanos, a mi esposa, a mis hijos , a mis asesoras y a todas aquellas gentes que hicieron posible que se coronara este esfuerzo por lograr un eslabón más en mi formación; por el apoyo incondicional , su aliento y la invitación a seguir en este camino de trabajo en la salud mental , a todos gracias .

<b>INDICE</b>	
Introducción.....	pagina 1
Consideraciones Epidemiológicas Y Tendencias Hacia Un Crecimiento De La Población De Mas De 60 Años .....	pagina 4
Discapacidad .....	pagina 6
Envejecimiento .....	pagina 6
Plasticidad Cerebral .....	pagina 14
La Depresión En La Senectud .....	pagina 15
Deterioro Cognoscitivo .....	pagina 19
Criterios Diagnóstico del Deterioro Cognoscitivo Consenso FUNSALUD .....	pagina 20
Criterios Diagnósticos Provisionales Del Declinar Cognoscitivo Asociado A La Edad De La International Psychogeriatric Association .....	pagina 20
Estudios Sobre Prevalencia De Demencia .....	pagina 21
El Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno Y La Apertura De La Unidad De Psicogeriatría .....	pagina 28
Metodología .....	pagina 30
Planteamiento Del Problema .....	pagina 30
Objetivo .....	pagina 30
Objetivos Específicos .....	pagina 30

Hipótesis .....	pagina 31
Variables .....	pagina 31
Sujetos .....	pagina 31
Muestra .....	pagina 31
Tipo De Estudio .....	pagina 31
Instrumento De Medición .....	pagina 32
Examen Mental Breve De Folstein (EMB) .....	pagina 32
Escala De Depresión Geriátrica (EDG) De Yesavage .....	pagina 33
Evaluación De La Memoria De Objetos De Fuld (OME) .....	pagina 34
Escala De Dependencia Psicogeriátrica .....	pagina 36
Análisis Estadístico .....	pagina 36
Discusión Y Conclusiones .....	pagina 48
Bibliografía .....	pagina 52
Anexos .....	pagina 57

<b>TABLAS</b>	
Tabla 1 Demencias : Prevalencia	pagina 21
Tabla 2 Estudios Sobre La Prevalencia De La Demencia	pagina 23
Tabla 3 Distribución Por Grupos De Edad	pagina 36
Tabla 4 Distribución Por Diagnostico	pagina 37
Tabla 5 Distribución Por Estado Civil	pagina 38
Tabla 6 Distribución Por Nivel Socioeconómico	pagina 38
Tabla 7 Distribución Por Escolaridad	pagina 39
Tabla 8 Distribución Por Lugar De Nacimiento	pagina 39
Tabla 9 Distribución Por Categorías Conducta	pagina 40
Tabla 10 Distribución Por Categorías Higiene	pagina 41
Tabla 11 Distribución Por Categorías Discurso	pagina 41
Tabla 12 Distribución Por Categorías Vista	pagina 41
Tabla 13 Distribución Por Categorías Audición	pagina 42
Tabla 14 Distribución Por Categorías Vestido	pagina 42
Tabla 15 Distribución Por Categorías Movilidad	pagina 42
Tabla 16 Distribución Por Categorías Escala De Depresión Geriátrica	pagina 43

Tabla 17 Distribución Por Categorías De Acuerdo A La Evaluación De La Memoria De Objetos	pagina 44
Tabla 18 Distribución Por Categorías De Calificación Total Del Examen Mental Breve De Folstein (EMB)	pagina 44
Tabla 19 Distribución Por Calificación En La Subescala De Orientación	pagina 45
Tabla 20 Distribución Por Calificación En La Subescala De Registro De Memoria	pagina 45
Tabla 21 Distribución Por Calificación En La Subescala De Atención Y Cálculo	pagina 46
Tabla 22 Distribución Por Calificación En La Subescala De Memoria De Evocación	pagina 46
Tabla 23 Distribución Por Calificación En La Subescala De Lenguaje Nombrar	pagina 47
Tabla 24 Distribución Por Calificación En La Subescala De Lenguaje Comprender	pagina 47



GRAFICAS	
GRAFICA ( 1 ) Histograma para la variable orientación .....	Pagina 40
GRAFICA ( 2 ) Histograma : Escala de Depresión Geriátrica .....	pagina 43
GRAFICA 3 Histograma : Escala del examen mental breve de Folstein .....	pagina 49
GRAFICA 4 Histograma : Escala de memoria de objetos .....	pagina 49

# Evaluación Del Estado Cognoscitivo Y Depresión De El Paciente Psicogeriátrico Crónicamente Institucionalizado .

## INTRODUCCIÓN.

La experiencia de trabajo con el paciente geriátrico en una unidad psiquiátrica donde el tiempo promedio de internamiento es de por lo menos 20 años, nos lleva a preguntarnos que podemos hacer para propiciar una mejor socialización y calidad de vida.

La mayoría de los seres humanos nacen, viven y mueren en un contexto familiar nuclear y en la vivienda que sirve de nicho para eso que se llama hogar. A lo largo de la vida existen pocos individuos que hayan de ser institucionalizados y tengan que salir de su contexto familiar ; cuando esto ocurre se vive como algo transitorio algo que pasará una vez que pasen las razones (casi siempre reversibles ) que han llevado al individuo fuera de su hogar . (1) En los pacientes de la población del presente estudio este regreso a casa no fue posible por diversas razones como aquí mencionamos a) la hospitalización prolongada o larga estancia, originalmente se plantea que el ingreso cumpla con diferentes funciones: como son el de convalecencia, rehabilitación y las terapéuticas en procesos de evolución lenta o crónica. Lo que en un inicio se plantea como una hospitalización con un promedio de estancia de 15 a 20 días, indicado por un facultativo (urgencias o consulta externa) que a raíz de un problema clínico evidenciado en el paciente, formula una propuesta de ingreso dirigida al diagnóstico y/o tratamiento, todo lo cual se desvirtúa por diferentes razones; entre las principales está el desconocimiento de los familiares de los procesos de hospitalización y de la enfermedad misma. b) el hospitalismo que se define como una situación de prolongación de la hospitalización promovida por el paciente, por lo general mediante la extensión de sus quejas físicas o psicopatológicas, de las que reciben supuestos beneficios; (2 ) c) el proceso de cronificación de la enfermedad, debido a el poco o nulo apego al tratamiento farmacológico, que en sí es conocido que muchos de estos fármacos interaccionan entre sí, que potencian o antagonizan sus efectos o presentan efectos indeseables por la farmacodinamia y farmacocinética que determinan un incremento en las vidas medias de diferentes fármacos así como provocando alteraciones del animo, del patrón de sueño o en la conducta al dormir .

Es así como se va acentuado su déficit global que va de la mano con el proceso de envejecimiento y la comorbilidad relacionada con las enfermedades crónico-degenerativas. Hay las alteraciones de los sistemas fisiológicos que controlan el sueño, se producen cambios del Electroencefalograma durante el sueño: el tiempo total de vigilia, las veces que despierta por la noche y la fragmentación del sueño se incrementan con la edad, la mayor proporción de vigilia y despertares nocturnos generan consecuentemente fragmentación del sueño que resulta en el incremento del nivel de somnolencia nocturna (3) los duelos producidos por la muerte de seres queridos o por otras pérdidas, las enfermedades metabólicas e infecciosas y los efectos secundarios de algunos tratamientos son causas de comorbilidad. Así como enfermedades invalidantes de larga evolución como sería el accidente vascular cerebral.

Dentro de los factores sociales podemos mencionar que en el proceso de internamiento de largo plazo confluyen una serie de elementos adversos como son: la insuficiencia de la seguridad social y las limitaciones de los sistemas de salud, debido que al envejecer la población se incrementa el número y costo de las incapacidades lo que provoca que el sistema de seguridad social se vea rebasado por un déficit de presupuesto y se tengan que reorientar las políticas económicas; ya que se ve reducida la base de población económicamente activa y aumenta el número de pensionados. Dando como resultado que el costo de las enfermedades en la vejez suelen recaer sobre la familia. No se trata únicamente de costos materiales, sino también de estrés psicosocial y socioeconómico que repercute en la calidad de vida de las personas envejecidas y su entorno familiar.

En el ámbito familiar, otro factor es el deficiente o nulo soporte familiar, que provoca que el proceso de deterioro psicosocial y cognoscitivo se incremente, teniendo como resultado que el sujeto va perdiendo la noción corporal de él mismo y aunado a esto el deterioro paralelo de la psicomotricidad y funcionalidad.

Ante la dificultad de la familia por atender al anciano que inicialmente es hospitalizado por un periodo breve, se acentúan los problemas psicosociales asociados y ambientales que son definidos en el Manual de diagnóstico y estadística (D.S.M. IV) en el Diagnóstico Multiaxial eje IV de la siguiente manera:

Problemas relativos al grupo primario de apoyo  
Problemas relativos al ambiente social  
Problemas relativos a la enseñanza  
Problemas laborales  
Problemas de vivienda  
Problemas económicos  
Problemas de acceso a los servicios de asistencia  
Problemas de interacción o con el sistema legal o con el crimen  
Otros problemas psicosociales y ambientales (4)

Además de los factores psicosociales ya mencionados, y por el aparente bienestar que expresa el paciente al sentirse atendido en el medio hospitalario, propician que el internamiento se vaya prolongando hasta ser definitivo y en ocasiones de total abandono.

Un detalle a resaltar es que las necesidades de atención personal en la vejez son socialmente asignadas a mujeres jóvenes y solteras o en general a las mujeres y en su defecto al hijo menor quien es asumido en la familia con el papel de responsable del bienestar de quien queda como sobreviviente en la familia, con las consecuentes desventajas para su desarrollo social y personal.  
(5)

## CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS Y TENDENCIAS HACIA UN CRECIMIENTO DE LA POBLACION DE MAS DE 60 AÑOS

México experimenta un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada. Lo que es atribuido a las transiciones demográfica y epidemiológica .

El envejecimiento de la población viene de la acción combinada de dos connotadas transiciones con fuerte relación entre sí: una es la transición demográfica y otra es la transición epidemiológica. Definidas brevemente, la transición demográfica se refiere a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad. (6) La transición epidemiológica se refleja en el cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes. (7)

Este fenómeno se debe a los progresos médicos y sociales, que han elevado la esperanza de vida en occidente desde los 47 años de 1900 hasta los 75-77 años de 1990. Se espera que la población anciana se incremente aún más en las próximas décadas, especialmente los mayores de 85 años. En los hospitales se han desarrollado unidades y servicios geriátricos, y se han establecido clínicas geriátricas para pacientes ambulatorios. (7, 8)

Se proyecta que las cifras de 1990, de 3.1 millones de personas con edades de 65 y más correspondiendo al 3.7% de la población, sean de 15.2 millones y 11.7% para 2030. Entre las demandas crecientes que acarrea este proceso sobresalen las de salud, centradas en las enfermedades crónico degenerativas y discapacitantes.

La información existente señala que las condiciones de enfermedad y discapacidad \*. Tienen incidencias mayores a partir de los 75 años de edad, y que son más tempranas e importantes en la población femenina. La tasa de mortalidad por causas muestra que en los adultos mayores también se experimenta el desplazamiento desde las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles.

Estos desplazamientos se han observado en las décadas recientes y continúan ocurriendo actualmente. Su grado de avance depende de la situación social y económica, con lo cual el cambio resulta tan variante como lo son las condiciones dentro de la nación. En todo caso, el proceso del envejecimiento avanza en su relación con la enfermedad y discapacidad, y se hace notar que se requiere la adaptación del sistema de salud a las nuevas circunstancias donde la morbilidad y la comorbilidad cobran la mayor importancia; que deben modificarse los modelos de atención clínica y hospitalaria, y que se requiere del apoyo familiar para la atención. (6)

La salud en la vejez es el reflejo de las condiciones de toda una vida, que van desde factores como la genética, pasan por condicionantes socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida. De tal manera que , las características sociales, económicas, familiares y de salud en la vejez están en gran parte determinadas décadas antes por la historia familiar, socioeconómica y cultural del individuo.

El proceso patológico que lleva a condiciones de morbilidad crónica, a incapacidades y a la muerte es muy común que se haya generado en edades tempranas y no se haya manifestado sino hasta la vejez (9).

Cuando se comparan los ritmos de crecimiento de los distintos rangos de edades se constata que en México, al igual que en la mayoría de las experiencias demográficas del mundo, el sector de la población envejecida es el que tiene las mayores tasas de crecimiento. (6)

Dada la importancia actual y futura del fenómeno de envejecimiento de la población, la atención sanitaria a las personas mayores va a constituir uno de los retos más importantes en las próximas décadas. El envejecimiento conlleva un deterioro fisiológico asociado frecuentemente a patologías crónicas y multisistémicas, alteraciones psicológicas y discapacidades (10 )

El rendimiento cognoscitivo muestra un decremento paulatino a lo largo de todo el proceso de envejecimiento. Pero la edad no es el único determinante de la salud en la vejez y no pueden identificarse envejecimiento y enfermedad. Una persona mayor no es un enfermo (11)

**\*Discapacidad:** toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano como sería la dificultad para deambular, la afasia o la dificultad manipulativa OMS Organización Mundial de la Salud

## ENVEJECIMIENTO

Dentro de la concepción holística el envejecimiento humano es visto como un fenómeno ecológico que refleja que las influencias de la genética, el ambiente físico y social, así como la organización de la conducta individual, dejando atrás la concepción de envejecimiento meramente cronológico. (12)

El proceso de envejecimiento, es un conjunto de modificaciones que se producen gradualmente en un organismo. Tales cambios varían considerablemente, en el tiempo y gravedad de los acontecimientos, según las distintas especies y de un organismo a otro.

En el hombre, estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de algunas células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos, y la disminución general del tono corporal es decir un declive gradual de todos los sistemas corporales.

Cada persona tiene una predisposición genética que determina la vulnerabilidad de sus sistemas corporales y un sistema puede resultar vulnerable por efecto de factores ambientales o de un mal hábito voluntario (por Ej. , la exposición excesiva a los rayos ultravioleta, fumar o consumir alcohol) además no todos los sistemas orgánicos se deterioran a la vez. (13)

**\*Discapacidad:** toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano como sería la dificultad para deambular, la afasia o la dificultad manipulativa OMS Organización Mundial de la Salud

## ENVEJECIMIENTO

Dentro de la concepción holística el envejecimiento humano es visto como un fenómeno ecológico que refleja que las influencias de la genética, el ambiente físico y social, así como la organización de la conducta individual, dejando atrás la concepción de envejecimiento meramente cronológico . (12)

El proceso de envejecimiento, es un conjunto de modificaciones que se producen gradualmente en un organismo. Tales cambios varían considerablemente, en el tiempo y gravedad de los acontecimientos, según las distintas especies y de un organismo a otro.

En el hombre, estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de algunas células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos, y la disminución general del tono corporal es decir un declive gradual de todos los sistemas corporales.

Cada persona tiene una predisposición genética que determina la vulnerabilidad de sus sistemas corporales y un sistema puede resultar vulnerable por efecto de factores ambientales o de un mal hábito voluntario (por Ej. , la exposición excesiva a los rayos ultravioleta, fumar o consumir alcohol) además no todos los sistemas orgánicos se deterioran a la vez . (13)



## Teorías sobre el envejecimiento.

El envejecimiento de las personas se debe al envejecimiento celular; Uno de los conceptos genéticos más importantes, la llamada teoría del error, supone que las alteraciones se deben a la acumulación de errores genéticos aleatorios, o a pequeños errores en la transmisión de información genética. Estos daños o errores reducen o impiden el funcionamiento adecuado de las células.

En los estudios celulares, la teoría del envejecimiento más conocida está basada en el llamado efecto Hayflick, que recibió el nombre del microbiólogo americano Leonard Hayflick (14). Éste observó en un cultivo celular, que ciertas células humanas experimentaban sólo un número limitado de divisiones celulares antes de morir. Este hallazgo sugiere que el envejecimiento está programado en el interior de las células, y podría explicar las diferencias que existen en la duración de la vida de las distintas especies animales, así como la longevidad desigual de los distintos sexos en las mismas especies. Por ejemplo, en la especie humana, las mujeres habitualmente viven una media de ocho años más que los varones. Teoría del abuso y desuso recientemente se ha sugerido que la producción de radicales libres secundario a los procesos metabólicos normales, realizan un daño a nivel molecular que andando el tiempo, el daño afectaría directamente al DNA mitocondrial. (14) Teoría de la acumulación de productos de deshecho, se basa en la presencia de lipofuscina en otras sustancias, que se acumula en muchas clases de células de animales y humanos envejecidos, Teoría del entrecruzamiento molecular algunas proteínas que incluyen a la colágena empiezan a tener entrecruzamientos (crosslinking), lo que alteraría los procesos metabólicos Teoría de los radicales libres han sido implicados en la formación de entrecruzamientos y pueden ocasionar daño al DNA así como formación de placas neuríticas teorías sistémicas se centran en los sistemas orgánicos y sus interrelaciones. Por ejemplo, una de las áreas más investigadas en la actualidad es el sistema inmunológico y neuroendocrino, observándose que la eficacia de los ajustes homeostáticos disminuye con los años y conduce a la falla de los mecanismos adaptativos, envejecimiento y muerte. (15)

Teorías Moleculares Se ha propuesto que la habilidad de las células para decodificar tripletes y codones está alterada en el envejecimiento (teoría de la restricción del codon) (16)

Actualmente, la mayoría de los expertos consideran que el envejecimiento no es el resultado de un mecanismo aislado sino que comprende un conjunto de fenómenos que actúan en correlación. Debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales. Además, en lugar de limitarse exclusivamente a la etapa de la vejez, su estudio se está extendiendo a todo el periodo vital.

El conocimiento adquirido a través de los estudios sociológicos y del comportamiento, está contribuyendo a disipar algunos de los mitos establecidos acerca del carácter inevitable e irreversible del proceso del envejecimiento.

Un ejemplo es la creencia de que la inteligencia alcanza su nivel máximo en la adolescencia, deteriorándose a partir de entonces; otro es el que se refiere al inicio del descenso irreversible de la actividad sexual en la mitad de la vida, sin embargo actualmente sabemos que ésta se mantiene incluso durante los últimos años.

También se ha comprobado que los problemas nutricionales derivados de la disminución de los sentidos del gusto y el olfato, son fácilmente resueltos con simples cambios en la condimentación de los alimentos; además, están siendo perfeccionados los medios técnicos que permitan aliviar los problemas visuales y auditivos que la mayoría de los ancianos presenta .

Otra problemática que se presenta en los ancianos es que el nivel de ingresos y el bienestar económico se ve disminuido . Dado que la mayoría de las personas mayores ya no trabajan, necesitan disponer de algún tipo de ayuda económica. Las sociedades industrializadas conceden, por lo general, sistemas de pensiones y servicios de seguros médicos.

A pesar de ello, muchas personas mayores (en su mayor parte mujeres y miembros de grupos étnicos y de otras minorías con una seguridad económica casi siempre precaria) viven prácticamente en el nivel de pobreza.

Tanto los adultos mayores como sus hijos expresan una fuerte preferencia por una forma de vida independiente, aunque la mayor parte de las primeras viven próximas a alguno de sus hijos. Las relaciones sociales pueden estar dificultadas por factores como limitaciones de salud, fallecimiento de miembros de la familia y amigos, pérdida de compañeros de trabajo y falta de un medio de transporte adecuado al alcance de su bolsillo.

En cambio muchas personas mayores invierten todo el tiempo y la energía posible en estar con amigos y familiares y muchos encuentran nueva compañía en centros para el adulto mayor.

La actitud hacia las personas mayores a quienes se les suelen aplicar los estereotipos de débiles y dependientes de las generaciones más jóvenes para tomar sus decisiones, a menudo tienen un gran nivel de moralidad, satisfacción de la vida y autoestima.

Robert N. Butler acuñó el término "ageism" "traducido como "viejismo" (17) que se refiere a la discriminación hacia la gente mayor y los estereotipos negativos sobre la vejez que tienen el adulto joven y el adolescente. Antiguamente, los adultos mayores gozaban de gran respeto (como todavía ocurre en países como México, China y Japón entre otros), por cuestiones educativas o morales y también por aspectos económicos, ya que eran ellos los propietarios de bienes que podían ser heredados. En algunas sociedades gozaban de poder político (consejos de ancianos) y decidían incluso la actuación de los miembros del grupo familiar o tribal. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades modernas los jóvenes son independientes y sus actitudes ante la vida no dependen tanto de sus familiares o allegados más mayores.

Las sociedades modernas tienen la obligación de garantizar a los ancianos que tengan cubiertas sus necesidades básicas y que dispongan de los recursos suficientes para seguir viviendo de forma útil y satisfactoria dentro de la comunidad. Afortunadamente en México por el tipo organización familiar el viejo todavía conserva un lugar de estima en la familia en la mayoría de los casos.

En la relación medico-paciente interviene la contratransferencia, los médicos pueden experimentar temor ante su propio envejecimiento o pueden haber tenido conflictos con el envejecimiento o la muerte de sus padres o abuelos (18) lo que dificulta en muchas ocasiones el trabajo con el anciano .

Los tejidos del cuerpo envejecen a velocidades distintas en diferentes órganos, especies e individuos. La velocidad depende en cierta medida del ambiente, la nutrición, la infección, el trauma, o el abuso de ciertas funciones; . Como es obvio, existen enormes variaciones en el envejecimiento de tejidos específicos según los individuos o familias, así como también la especie.

La involución fisiológica, tal como la de la córnea y el conducto uveal, que causa pérdida de la visión cercana (presbiopía), puede estar asociada a cambios histológicos mínimos. Por el contrario, la atrofia de la corteza cerebral puede verse a simple vista, sin que se acompañe de alteraciones en la función del cerebro.

Los principales cambios biológicos asociados al envejecimiento son:

1) a nivel celular, cambios en la estructura del DNA y RNA, degeneración de los organelos, degeneración neuronal en el sistema nervioso, sobre todo en las circunvoluciones precentrales del temporal superior e inferior; alteración en los receptores localizadores y sensitivos, descenso del anabolismo y catabolismo de las sustancias transmisoras celulares, aumento del colágeno y la elastina intracelulares.

2) En el sistema inmunológico: deterioro de la respuesta de las células T a los antígenos, aumento de la función de los cuerpos autoinmunes, aumenta la susceptibilidad a la infección y a la neoplasia, no hay cambios en los leucocitos; reducción de los linfocitos T, aumento de la sedimentación (no específica) de los eritrocitos.

3) En el sistema osteomuscular se presenta disminución de la altura a causa del acortamiento de la columna vertebral (hombres y mujeres pierden 5 cms. Entre los 60 y 70 años, reducción de la masa y fuerza muscular, se hunde la caja torácica, aumento de la grasa corporal, alargamiento de nariz y orejas, pérdida de matriz ósea, que produce osteoporosis, degeneración de las zonas de unión, que pueden producir osteoartritis, riesgo de fractura de cadera entre un 10 y 25 % hacia los 90 años, los hombres ganan peso hasta los 60 años,

luego lo pierden las mujeres hasta los 70, en los tegumentos: el pelo se encanece, como resultado del descenso en la producción de la melanina en los folículos pilosos, arrugamiento generalizado de la piel, menor actividad de las glándulas sudoríparas, disminución de la melanina, pérdida de grasa subcutánea ralentización del crecimiento de las uñas.

4) Del sistema genitourinario y reproductor descenso del índice de filtración glomerular y del flujo renal sanguíneo, pérdida de firmeza en la erección, disminuye el chorro eyaculatorio, disminución de la lubricación vaginal, crecimiento de la próstata, incontinencia urinaria.

5) En los sentidos el engrosamiento de la córnea, reducción de la visión periférica, incapacidad de acomodación (presbiopía), pérdida de en la audición de sonidos de alta frecuencia (presbiacusia), amarillamiento de la córnea, reducción de agudeza en gusto, olfato y tacto, disminución en la adaptación luz-oscuridad.

6) En el cerebro: pérdida de peso de la masa cerebral, alrededor de un 17% en ambos sexos hacia los 80 años, ensanchamientos de los surcos, circunvoluciones más pequeñas atrofia de las circunvoluciones, los ventrículos se agrandan, aumenta la permeabilidad sangre-cerebro, desciende el flujo sanguíneo en el cerebro y la oxigenación.

7) En el sistema cardiovascular hay aumento de talla y del peso del corazón (contiene pigmentos de lipofuscina, derivados de los lípidos) se mantiene la función cardíaca si no hay enfermedad coronaria.

8) En el sistema gastrointestinal hay riesgo de gastritis atrófica, hernia de hiato, diverticulosis, descenso del riesgo sanguíneo intestinal y hepático, reducción del flujo salival alteración en la absorción en el tracto gastrointestinal, con el riesgo del síndrome de mala absorción y avitaminosis, estreñimiento.

9) En el sistema endocrino, disminución en el nivel de estrógenos en las mujeres, disminución de andrógenos adrenales, disminuye la producción de testosterona en los hombres, aumento en las hormonas estimuladoras del folículo (FSH) y de la luteinizante (LH) en las mujeres posmenopáusicas, reducción de triyodotironina (T3); se mantiene normal la tiroxina (T4) y la hormona estimulante del tiroides (TSH), disminuye el resultado de análisis de tolerancia a la glucosa.

10 ) En el sistema respiratorio, se presenta una disminución de la capacidad respiratoria, disminución en el reflejo de la tos, decrece la actividad de los cilios epiteliales bronquiales.

11 ) El envejecimiento del Sistema Nervioso Central, el cerebro senescente sin patología vascular conserva sensibilidad al  $\text{CO}^2$  y mantiene la regulación del lecho vascular, el consumo de  $\text{O}^2$  no decrece significativamente pero la extracción de glucosa si disminuye ( hasta un 20 % ) con un aumento en la concentración de cuerpos cetónicos, afecta de manera directa al metabolismo de los neurotransmisores, las catecolaminas son sobretodo afectadas a nivel del sistema dopaminérgico, que explica los cambios de postura casi parkinsonicos que acompañan al envejecimiento (19) . Los metabolitos de la acetilcolina y de la serotonina son también inactivados , la desmielinización de las fibras nerviosas envejecidas induce la lentitud de la conducción motriz y sensorial, fenómeno que afecta marcadamente a los hombres (20)

La memoria en el envejecimiento normal, los problemas de percepción sensorial y la falta de atención y concentración son factores que intervienen sustancialmente en la buena memoria y hacen que parezca que ésta sea la que está fallando, durante el envejecimiento se preservan el vocabulario, que incluso puede desarrollarse, la fonología ( pronunciación ) la sintaxis (construcción de frases) el lenguaje escrito, en la organización visual: no tienen problemas para designar objetos conocidos o para localizar lugares en el mapa y se debilitan con la edad los sentidos, especialmente la vista y el oído; por lo tanto, también la percepción, la sensibilidad cenestésica y táctil , la rapidez de reacción, la rapidez en el aprendizaje, la eficacia en las estrategias de organización semántica, las aptitudes visoconstructivas, la atención múltiple o dividida ( atender varias tareas al mismo tiempo) con mayor vulnerabilidad ante las interferencias, la retención de nombres, el procesamiento y la codificación de la memoria secundaria.

Factores que interfieren en la memoria ( además de las patologías orgánicas ) depresión, ansiedad, estrés, aislamiento ( ausencia de estímulos sensoriales y afectivos) falta de confianza en sí , uso de psicofármacos , alcohol, tabaquismo y drogas. Condiciones para el buen funcionamiento de la memoria : integridad del sistema nervioso, buen estado físico, buena calidad del poder de atención, posibilidades cognoscitivas de organización y juicio, entorno adecuado, rico en estímulos y afecto, motivación, influye en gran medida en la adquisición anterior ( no se reconoce más lo que lo que ya ha sido conocido y no se memoriza sino en funciones de referentes ya establecidos ) .(21)

En una persona los inicios de la senectud son variables individuales y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales De hecho, es en la vejez donde tienen mayor repercusión las manifestaciones y consecuencias de la morbilidad y sobre la calidad de vida.

*Debemos reconocer que en la vejez se trata de condiciones que no impactan tanto por su letalidad, sino por sus consecuencias a largo plazo en cuanto a sufrimiento, costo y desgaste, situación que no tiene solución inmediata sino persistencia en el tiempo (22)*

El grupo 65-74, indica edades avanzadas pero aún con gran oportunidad para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud. Su inicio en los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación; asimismo, existen encuestas que indican altos porcentajes de población de esas edades con buen estado de salud. (23)

## PLASTICIDAD CEREBRAL

Hace años, se defendían hipótesis acerca de los centros nerviosos como entidades anatomofuncionales casi autónomas, capaces de regular un desempeño funcional determinado. Lo mismo ocurría con las concepciones sobre el funcionamiento del SNC organizados en niveles según un principio de subordinación basado en la transferencia lineal y jerarquizada.

En la actualidad, este enfoque localizacionista también parece ir dejando paso a planteamientos más holistas en los que se considera al cerebro un conjunto de sistemas funcionales complejos, geográficamente dispersos, en interacción mutua y recíproca constante, que permite un procesamiento distribuido y en paralelo, con una gran plasticidad adaptativa y donde es difícil hacer una distinción tajante, ni siquiera entre los que son sensitivos y motores

Precisamente, la capacidad de las poblaciones neuronales para asociarse en macroestados o estructuras disipativas -patrones de autoorganización espaciotemporal-, modificándose y compitiendo entre sí dentro de una dinámica no lineal, se ha señalado como base para la plasticidad en el procesamiento y almacenamiento de la información en el SNC, Según esta idea, la información no estaría archivada de forma estática en determinada parte del cerebro sino en las marañas de conexiones entre las neuronas

Esta plasticidad, impide hablar de estructura y función como dos conceptos excluyentes aplicadas al SNC Las células nerviosas no se pueden multiplicar, pero pueden crear conexiones y potenciar aquellas más utilizadas. Efectivamente, las neuronas tienden a reaccionar a estímulos repetidos con cambios funcionales y anatómicos como la potenciación electrofisiológica y el brote de dendritas. Esto conduce a una facilitación progresiva de aquellas rutas del SNC que son usadas con mayor intensidad y frecuencia.

Ya Luria en 1973 sostenía que las zonas cerebrales lesionadas podían ser compensadas por las zonas sanas y mostró que el ejercicio de las funciones puede favorecer el establecimiento de nuevas conexiones neuronales en las zonas dañadas. Stein (1983) cita numerosas investigaciones en mamíferos adultos que demostraron la regeneración de neuronas lesionadas por brote colateral de fibras nerviosas intactas .(21)



Los efectos fisiológicos de la plasticidad permiten que un organismo se adapte al entorno mediante el aprendizaje de nuevas actividades y conductas, los mecanismos hasta ahora conocidos de la plasticidad cerebral indican que se requieren varios elementos estructurales que permitan que ésta se lleve a cabo, los cuales incluyen la existencia de neuronas y circuitos neuronales específicos , expresión anormal de proteínas sinápticas y altos niveles de factores tróficos, así como la presencia de estructuras sinápticas en crecimiento que son quizás las más importantes. Información previa acerca de la densidad sináptica en los cerebros con Alzheimer sugieren que existe una pérdida considerable de las proteínas sinápticas, en especial en la sinaptofisina (Terry et al. ,1991; Scheff et al. 1993; De Kosky et al. 1996 ) (24) Por tanto, la plasticidad neuronal es un mediador de primer orden entre lo estructural y lo funcional, o en otro plano, entre lo biológico y lo psicosocial, al permitir que los estímulos y situaciones ambientales repetidas se condensan gradualmente en circuitos neuronales privilegiados, representando unidades funcionales de la psyche.

## LA DEPRESION EN LA SENECTUD

La depresión es uno de los tres problemas prioritarios en el área de la salud mental , seguido de las demencias y el consumo de alcohol y medicamentos(25) A pesar de la disparidad en los resultados de los estudios epidemiológicos (26) , la depresión puede ser un problema psicopatológico que afecta a la población geriátrica y su prevalencia oscila entre el 0.6 % al 29. 7 %. Algunas de estas discrepancias pueden ser debidas a:

- 1) Las escalas o lista de síntomas permiten obtener un número de síntomas depresivos significativos muy superiores a la prevalencia de Depresión Mayor (27 )
- 2) Las dificultades para diferenciar los síntomas depresivos de un trastorno depresivo y tanto más cuando se trata de personas con enfermedades físicas.
- 3) Las dificultades en diagnosticar depresión en pacientes con demencia.

Los efectos fisiológicos de la plasticidad permiten que un organismo se adapte al entorno mediante el aprendizaje de nuevas actividades y conductas, los mecanismos hasta ahora conocidos de la plasticidad cerebral indican que se requieren varios elementos estructurales que permitan que ésta se lleve a cabo, los cuales incluyen la existencia de neuronas y circuitos neuronales específicos, expresión anormal de proteínas sinápticas y altos niveles de factores tróficos, así como la presencia de estructuras sinápticas en crecimiento que son quizás las más importantes. Información previa acerca de la densidad sináptica en los cerebros con Alzheimer sugieren que existe una pérdida considerable de las proteínas sinápticas, en especial en la sinaptofisina (Terry et al. ,1991; Scheff et al. 1993; De Kosky et al. 1996 ) (24) Por tanto, la plasticidad neuronal es un mediador de primer orden entre lo estructural y lo funcional, o en otro plano, entre lo biológico y lo psicosocial, al permitir que los estímulos y situaciones ambientales repetidas se condensan gradualmente en circuitos neuronales privilegiados, representando unidades funcionales de la psyche.

## LA DEPRESION EN LA SENECTUD

La depresión es uno de los tres problemas prioritarios en el área de la salud mental, seguido de las demencias y el consumo de alcohol y medicamentos(25) A pesar de la disparidad en los resultados de los estudios epidemiológicos (26), la depresión puede ser un problema psicopatológico que afecta a la población geriátrica y su prevalencia oscila entre el 0.6 % al 29.7 %. Algunas de estas discrepancias pueden ser debidas a:

- 1) Las escalas o lista de síntomas permiten obtener un número de síntomas depresivos significativos muy superiores a la prevalencia de Depresión Mayor (27)
- 2) Las dificultades para diferenciar los síntomas depresivos de un trastorno depresivo y tanto más cuando se trata de personas con enfermedades físicas.
- 3) Las dificultades en diagnosticar depresión en pacientes con demencia.

- 4) La elevada frecuencia (20 %) de un diagnóstico dual, depresión y demencia puede ser un factor de sesgo para calcular la prevalencia real de depresión sobre el total de una muestra geriátrica

Un factor único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez . La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requieren ser estudiada desde un punto de vista psicosocial, (28) algunos factores de riesgo para depresión geriátrica son :

Nivel socioeconómico bajo, viudez, acontecimientos vitales estresantes, deterioro cognoscitivo y vivir sólo, junto con insatisfacción de la vida, sentimiento de soledad, tabaquismo, sexo femenino y duelo, además de antecedentes psiquiátricos familiares.

Otro son la polifarmacia que ocasiona numerosos efectos secundarios e interacciones farmacológicas y efectos sobre el estado de ánimo. Dentro de los factores de la personalidad y psicosociales podemos mencionar que la carencia durante toda la vida de capacidad de llegar a la intimidad y relacionarse puede ser importante. Dentro de la psicodinámia el grado de adaptación dependerá de los mecanismos de defensa adquiridos a lo largo de la vida adulta, como son: la represión, la anticipación a la realidad, el altruismo y el humor. Particularmente en los hombres, la ausencia de una relación estrecha es el factor más importante de vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión. Por otra parte, la depresión es un factor de riesgo moderado para desarrollar demencias degenerativas .

Las depresiones geriátricas se tienden a clasificar en las de inicio precoz e inicio tardío. Las primeras son las que el primer episodio depresivo tiene lugar antes de los 60 años y con posterioridad a esta edad las de inicio tardío. Factores genéticos, clínicos, estructurales del cerebro, neuropsicológicos y evolutivos, diferencian los dos tipos de depresiones y se tiende a relacionar las depresiones de inicio tardío con patologías de tipo cerebrovascular. Los accidentes vasculares cerebrales se asocian con una alta incidencia de depresión mayor 20-24% es mas frecuente en aquellas personas con lesiones más extensas y con incapacidad funcional grave.

La depresión no causa solo morbilidad, sino también mortalidad y la prevención del suicidio es un objetivo del psicogeriatra y del equipo multidisciplinario, las tasa de suicidio se incrementan rápidamente en varones con el aumento de la edad, la situación del anciano viviendo solo, que haya enviudado recientemente y que probablemente este abusando de alcohol tiene un gran riesgo suicida.

Un estado crónico de depresión es observado a menudo en los ancianos, este tipo es similar a la distimia, este trastorno lentamente progresivo puede no ser reconocido como una enfermedad en los ancianos y es generalmente atribuida al propio envejecimiento, la depresión puede ser secundaria a enfermedades físicas, incluida la demencia.

Las tasas de prevalencia e incidencia de la depresión en los ancianos difieren dependiendo de la población estudiada en la comunidad de acuerdo los estudios del ECA (Epidemiologic Catchment Area) es del 1% para la depresión mayor.

Algunos autores cuestionan los resultados del estudio ECA por la metodología utilizada. Así por ejemplo, la utilización de la Diagnostic Interview Schedule (DIS) provoca una infravaloración del diagnóstico de depresión y una supervaloración del de demencia. (29) Se ha especulado, también, que la elevada prevalencia de fobias en el ECA pueda ser a expensas de diagnósticos de ansiedad y depresión (30)

Por otra parte, hay que señalar el bajo acuerdo entre los entrevistadores del DIS y el juicio de psiquiatras en el diagnóstico de depresión (31).

Algunos autores hacen referencia a las dificultades del DIS para distinguir entre causas orgánicas y psiquiátricas de los síntomas somáticos de la depresión, con la distorsión consiguiente sobre los resultados epidemiológicos. Otros autores, sin embargo, no corroboran estas dificultades (32).

Por último, las ventajas de utilizar la misma entrevista tanto para sujetos adultos como para sujetos de edad avanzada, con la pretensión de conseguir homogeneidad diagnóstica, pueden quedar contrarrestadas por las respuestas diferentes según la edad del entrevistado. *Probablemente sean más válidas las entrevistas confeccionadas específicamente para personas de edad avanzada.*

En Gran Bretaña la prevalencia de trastornos depresivos mayores resulta del 2-4 %, una serie de estudios ha encontrado prevalencia de trastorno depresivo mayor en el 20% de los pacientes hospitalizados y con más del 40% en los pacientes asilados en las instituciones residenciales o de asistencia social, con algún signo o síntoma de depresión.

En gran parte los ancianos que viven en la comunidad se muestran más resistentes a la patología afectiva, en cambio los que viven en residencias o sanatorios están seleccionados con una alta morbilidad física y mayor vulnerabilidad psíquica.

Los criterios CAMDEX para el diagnóstico de Probable Demencia son los mismos que para el diagnóstico de Trastorno Depresivo además de una puntuación por debajo del punto de corte para demencia en el CAMCOG (batería neuropsicológica incluida en el CAMDEX). Se da por supuesto, con estos criterios diagnósticos, que estas alteraciones cognitivas son debidas a la depresión aunque son conocidos otros factores que también influyen en los resultados de las pruebas neuropsicológicas.

*La edad, escolarización, raza, sexo y lugar donde se suministra, influyen en los resultados globales del MMSE.*

En el MEC también influye la edad, años de escolarización y sexo. La edad, educación, enfermedad orgánica y déficits sensoriales inciden en la puntuación global del CAMCOG (33).

Así pues, es muy probable que la prevalencia de Probable Demencia, según criterios CAMDEX, esté supervalorada a expensas de la del Trastorno Depresivo.

## **DETERIORO COGNOSCITIVO**

Es necesario, aunque muy difícil, establecer una línea divisoria clara entre el anciano sano y el que tiene un leve Deterioro Cognoscitivo, así como entre éste y el que padece una Demencia. No hay un consenso general respecto al concepto de Deterioro Cognoscitivo en el envejecimiento. (34) aunque en diferentes países se han realizado consensos para definir el síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales.

En Gran Bretaña la prevalencia de trastornos depresivos mayores resultado del 2-4 %, una serie de estudios ha encontrado prevalencia de trastorno depresivo mayor en el 20% de los pacientes hospitalizados y con mas del 40% en los pacientes asilados en las instituciones residenciales o de asistencia social, con algún signo o síntoma de depresión.

En gran parte los ancianos que viven en la comunidad se muestran más resistentes a la patología afectiva, en cambio los que viven en residencias o sanatorios están seleccionados con una alta morbilidad física y mayor vulnerabilidad psíquica.

Los criterios CAMDEX para el diagnóstico de Probable Demencia son los mismos que para el diagnóstico de Trastorno Depresivo además de una puntuación por debajo del punto de corte para demencia en el CAMCOG (batería neuropsicológica incluida en el CAMDEX). Se da por supuesto, con estos criterios diagnósticos, que estas alteraciones cognitivas son debidas a la depresión aunque son conocidos otros factores que también influyen en los resultados de las pruebas neuropsicológicas.

*La edad, escolarización, raza, sexo y lugar donde se suministra, influyen en los resultados globales del MMSE.*

En el MEC también influye la edad, años de escolarización y sexo. La edad, educación, enfermedad orgánica y déficits sensoriales inciden en la puntuación global del CAMCOG (33).

Así pues, es muy probable que la prevalencia de Probable Demencia, según criterios CAMDEX, esté supervalorada a expensas de la del Trastorno Depresivo.

## **DETERIORO COGNOSCITIVO**

Es necesario, aunque muy difícil, establecer una línea divisoria clara entre el anciano sano y el que tiene un leve Deterioro Cognoscitivo, así como entre éste y el que padece una Demencia. No hay un consenso general respecto al concepto de Deterioro Cognoscitivo en el envejecimiento. (34) aunque en diferentes países se han realizado consensos para definir el síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales.

El Deterioro Cognoscitivo es la disminución del rendimiento de varias funciones mentales (comprensión, atención, memoria, lenguaje, calculo, abstracción en el pensamiento, habilidades, capacidad de reconocimiento de estímulos) lo que provoca alteraciones funcionales en la personalidad y conducta lo que repercute en el ambiente sociofamiliar y/o laboral del paciente no se trata de una enfermedad concreta sino de un síndrome llamado demencia .

El envejecimiento se asocia a la pérdida de rendimiento cognoscitivo en áreas que incluyen la fluidez intelectual, los procesos de atención, la capacidad visuoespacial y ciertas formas de razonamiento abstracto y de resolución de problemas (35) .

El recuerdo rápido de información específica, por ejemplo los nombres de personas, está disminuido en los ancianos. Sin embargo, está intacta la memoria de reconocimiento, como es la capacidad para identificar información de manera precisa cuando se presenta en la modalidad de elección múltiple.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DETERIORO COGNOSCITIVO**

Aunque el Deterioro Cognoscitivo se puede definir sobre los criterios diagnósticos antes expuestos, resulta difícil establecer nítidamente la separación entre normalidad y Deterioro Cognoscitivo, existiendo varios criterios que han conseguido un cierto consenso para diagnosticar la Demencia. Estos son (36 )

En México el grupo de consenso lo definió como :

Deterioro intelectual : es una amplia clasificación psicopatológica que indica una declinación del funcionamiento cerebral, particularmente de las capacidades para procesar ( pensamiento abstracto) y recordar ( memoria) Es un término operativo, empleado en este documento para permitir un enfoque sindromático del problema del deterioro cerebral

El Deterioro Cognoscitivo es la disminución del rendimiento de varias funciones mentales (comprensión, atención, memoria, lenguaje, calculo, abstracción en el pensamiento, habilidades, capacidad de reconocimiento de estímulos) lo que provoca alteraciones funcionales en la personalidad y conducta lo que repercute en el ambiente sociofamiliar y/o laboral del paciente no se trata de una enfermedad concreta sino de un síndrome llamado demencia .

El envejecimiento se asocia a la pérdida de rendimiento cognoscitivo en áreas que incluyen la fluidez intelectual, los procesos de atención, la capacidad visuoespacial y ciertas formas de razonamiento abstracto y de resolución de problemas (35) .

El recuerdo rápido de información específica, por ejemplo los nombres de personas, está disminuido en los ancianos. Sin embargo, está intacta la memoria de reconocimiento, como es la capacidad para identificar información de manera precisa cuando se presenta en la modalidad de elección múltiple.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DETERIORO COGNOSCITIVO**

Aunque el Deterioro Cognoscitivo se puede definir sobre los criterios diagnósticos antes expuestos, resulta difícil establecer nítidamente la separación entre normalidad y Deterioro Cognoscitivo, existiendo varios criterios que han conseguido un cierto consenso para diagnosticar la Demencia. Estos son (36 )

En México el grupo de consenso lo definió como :

Deterioro intelectual : es una amplia clasificación psicopatológica que indica una declinación del funcionamiento cerebral, particularmente de las capacidades para procesar ( pensamiento abstracto) y recordar ( memoria) Es un término operativo, empleado en este documento para permitir un enfoque sindromático del problema del deterioro cerebral



Demencia : La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria; laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas, a saber : el lenguaje , las praxias, las gnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y / o en el estado emocional (37)

Y la Asociación Internacional de Psicogeriatría lo definió así :

### **Criterios diagnósticos provisionales del declinar cognoscitivo asociado a la edad de la International Psychogeriatric Association (38)**

- 1) Demostración de Deterioro Cognoscitivo afirmado por el enfermo o el informante.
- 2) Inicio gradual y duración mínima de 6 meses.
- 3) Trastorno de memoria, aprendizaje, atención, concentración o del pensamiento (abstracción, solución de problemas) o del lenguaje (comprensión, encuentro de palabras) o de la función visuoespacial.

## **ESTUDIOS SOBRE PREVALENCIA DE DEMENCIA**

Se dispone de datos de prevalencia de la Demencia en casi todo el mundo, aunque todavía están en marcha muchos trabajos. Algunos de estos trabajos proporcionan datos epidemiológicos del tipo de demencia, mientras que el resto se refieren al síndrome de Demencia (39, 40 )

Henderson analizó los datos de diversos estudios y llegó a las siguientes conclusiones

- *La prevalencia de la Demencia se duplica cada vez que se incrementa la edad en 5,1 años, desde los 60 a los 90 años, no estando claro lo que sucede en la senilidad extrema*
- *Casi no hay diferencia entre sexos*
- *Algunas observaciones apuntan la posibilidad de que existan verdaderas diferencias de prevalencia entre distintas comunidades*

Demencia : La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria; laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas, a saber : el lenguaje , las praxias, las gnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y / o en el estado emocional (37)

Y la Asociación Internacional de Psicogeriatría lo definió así :

### **Criterios diagnósticos provisionales del declinar cognoscitivo asociado a la edad de la International Psychogeriatric Association (38)**

- 1) Demostración de Deterioro Cognoscitivo afirmado por el enfermo o el informante.
- 2) Inicio gradual y duración mínima de 6 meses.
- 3) Trastorno de memoria, aprendizaje, atención, concentración o del pensamiento (abstracción, solución de problemas) o del lenguaje (comprensión, encuentro de palabras) o de la función visuoespacial.

## **ESTUDIOS SOBRE PREVALENCIA DE DEMENCIA**

Se dispone de datos de prevalencia de la Demencia en casi todo el mundo, aunque todavía están en marcha muchos trabajos. Algunos de estos trabajos proporcionan datos epidemiológicos del tipo de demencia, mientras que el resto se refieren al síndrome de Demencia (39, 40 )

Henderson analizó los datos de diversos estudios y llegó a las siguientes conclusiones

- *La prevalencia de la Demencia se duplica cada vez que se incrementa la edad en 5,1 años, desde los 60 a los 90 años, no estando claro lo que sucede en la senilidad extrema*
- *Casi no hay diferencia entre sexos*
- *Algunas observaciones apuntan la posibilidad de que existan verdaderas diferencias de prevalencia entre distintas comunidades*

**TABLA (1) DEMENCIAS : Prevalencia**

AUTORES	FECHA	PAÍS	RANGO EDAD	N	% PREVALENCIA
Kay et al.	1970	Inglaterra	65 +	758	8,8
Helgarson	1973	Islandia	74-76	2462	11,9
Gruer	1975	Escocia	65 +	762	8,3
Bollerup	1975	Dinamarca	70	619	5,0
Broe et al.	1976	Escocia	65 +	808	8,1
Gilmore	1977	Escocia	65 +	300	9,3
Stenberg y Gavrilova	1978	URSS	60 +	1020	24,6
Bergman et al.	1979	Inglaterra	65 +	800	3,1
Persson	1980	Suecia	70	392	4,3
Campbell et al.	1983	Nueva Zelanda	65 +	559	7,7
Gurland et al.	1983	Inglaterra	65 +	396	2,5
Cooper & Sosna	1983	Alemania Federal	65 +	519	11,4
Weyerer	1983	Alemania Federal	65 +	295	7,5
Gurland et al.	1983	Estados Unidos	65 +	445	5,8
Nilsson	1983	Suecia	70	404	5,2
Maule et al.	1984	Escocia	62-90	487	8,6
Shinfuku et al.	1984	Japón	65 +	9218	4,5
Weissman	1985	Estados Unidos	65 +	2588	16,1
Shibayama et al.	1986	Japón	65 +	3106	5,8
Clarke et al.	1986	Inglaterra	75 +	1203	4,5
Copeland et al.	1987	Inglaterra	65 +	1070	5,2
Copeland et al.	1987	Nueva York	65 +	445	8,3
Copeland et al.	1987	Londres	65 +	396	4,3

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEMENCIA Instrumentos de detección y medida de implicaciones de los datos epidemiológicos. Antonio Lobo, Pedro Saz, José Luis Día, Concepción de la Cámara, Sonia Carreras, Pascual Laguardia, Guillermo Marcos. Revista de Gerontología. Número Monográfico Abril, 1995.

**TABLA (2) Estudios sobre la prevalencia de la demencia<sup>(a)</sup>**

Autor(es)	País	Tamaño de la muestra	Edad del grupo (años)	Prevalencia (%)	Trastorno	Código o de gravedad <sup>(b)</sup>	Metodología de estudio
Bachman et al. (1990)	EEUU	2117	75 +	6,0 Hombres 11,0 Mujeres	EA	2	Pruebas MMSE y neuro psicológicas
Ben-Arie et al. (1983)	Sudáfrica	150	65 +	8,6	Demencia	1	PSE, MMSE y antecedentes psiquiátricos previos
Bland et al. (1988)	Canadá	358	65 +	3,3	Trastorno cognoscitivo	1	MMSE
Bond (1987)	Escocia	4298	65 +	7,0	Trastornos crónicos progresivos de las funciones cerebrales	1	Pautas de valoración psiquiátrica y opinión médica
Chen (1987)	China	8740	60 +	1,1	Demencia senil y multiinfarto y síndrome cerebral orgánico	2	Pruebas psicológicas de despistaje, PSE, escala de valoración del comportamiento del Clayton
Clarke et al. (1986)	Inglaterra	1203	75 +	4,5	Trastorno cognoscitivo	2	Pautas de valoración de Clifton

Cooper y Bichel (1989)	Alemania	519	55 +	6,0	Demencia	2	Entrevista psiquiátrica clínica, escala cognoscitiva, CIE-9
Copeland (1981)	Inglaterra	396	65 +	2,3	Demencia progresiva	2	GMS/CARE
Copeland et al. (1987)	Inglaterra	1070	65 +	5,2	Trastorno orgánico, demencia probable	2	GMS/AGEC AT
Engedal et al. (1988)	Noruega	334	75 +	3,8 6,7	Demencia grave Demencia moderada		MMSE y GMS (en la versión de Camberra)
Evans et al. (1989)	EEUU	467	65 +	10,3	EA probable	2	Pruebas neuropsicológicas, evaluación psiquiátrica; criterios diagnósticos : NINCDS/ADR-DAS y DSM-III
Folstein et al. (1991)	EEUU	923	65 +	4,5	EA, demencia multiinfarto y demencia mixta	2	GHQ, MMSE, DIS, examen neurológico

Li et al. (1989)	China	1090	60 +	1,3	Demencia degenerativa primaria, demencia multiinfarto y otras demencias	1	MMSE/GMS empleando criterios modificados de DSM-III
Li et al. (1991)	China	739	63 +	1,6	Demencia degenerativa primaria, demencia multiinfarto y otras demencias	1	MMSE/GMS empleando criterios modificados de DSM-III
Lindesay et al. (1989)	Inglaterra	890	65 +	4,6	Trastorno cognoscitivo	1	CARE, partes de PSE y GMS empleando criterios de DSM-III
Lippi et al. (1989)	Italia	778	60 +	6,2	Demencia	2	Examen psiquiátrico empleando criterios de DSM-III y NINCDS/ADRDA
Park y Ha (1988)	República de Corea	549	65 +	64 Mujeres 33 Hombres	Trastorno cognoscitivo	1	MMSE, valoración del estado mental

Pfeffer (1987)	EEUU	817	65 +	15,3	EA	1	Batería de pruebas de valoración cognoscitiva, examen neurológico, entrevista a un informador
Regier et al. (1988)	EEUU	Muestra	65 +	4,9	Trastorno cognoscitivo grave	2	MMSE
D. Robertson et al. (1984, no publicado)	Canadá	1904	65 +	7,8	Demencia	2	Cuestionario corto sobre el estado mental
Griffiths et al. (1987)	Inglaterra	200	60 +	17,5	Demencia	2	Test de estado mental < 29
Gurland et al. (1983)	EEUU	445	65 +	4,9	Demencia progresiva	2	CARE/GMS
Gurland et al. (1983)	EEUU	445	65 +	4,9	Demencia progresiva	2	CARE/GMS
Kramer et al. (1985)	EEUU	923	65 +	6,4	Demencia	3	DIS/MMSE. Criterios de DSM-III
Weissman et al. (1985)	EEUU	2588	65 +	5,4	Trastorno cognoscitivo	1	DIS, MMSE, DSM-III

Yu et al. (1989)	China	5055	55 +	4,1	Trastorno cognoscitivo	3	MMSE, pruebas de concentraci n de memoria y de retenci n de la informaci n de Blessed- Roth
Zhang et al. (1990)	China	3558	65 +	4,6	Demencia	2	MMSE, pruebas neuropsicol gicas, DSM- III

1) Basado en el trabajo de Jorn (1990), con el permiso del autor y del editor

2) 1= De leve a grave; 2= solamente moderado o grave; 3= sólo grave.

Fuente: Demencia. Epidemiología De Los Trastornos Mentales Y De Los Problemas Psicosociales. Henderson. Organizaci3n Mundial De La Salud. 1996.

## EL HOSPITAL DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO Y LA APERTURA DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

El Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno inicia actividades en Noviembre de 1967 dentro del proyecto operaci3n Castañeda con la idea de desaparecer el Manicomio General de la Castañeda, que fungía como un nosocomio asilar. Este Manicomio que en sus inicios cumpli3 una funci3n importante en la atenci3n de el paciente alienado mental y que fue un logro de la psiquiatría mexicana ya que era un modelo de avanzada, basado en los conocimientos de los Doctores Esquirol y Pinel en Francia que impulsaron reformas humanísticas que encontraron un soporte en los Doctores William Fuke y Jhon Conolly en Inglaterra, y que llevaron a la creaci3n y aplicaci3n de la "Terapia moral" que incluía una reeducaci3n del paciente, usualmente en el campo de la bondad y la cortesía, combinado con labores manuales y el establecimiento de hábitos regulares.



Yu et al. (1989)	China	5055	55 +	4,1	Trastorno cognoscitivo	3	MMSE, pruebas de concentraci n de memoria y de retenci n de la informaci n de Blessed- Roth
Zhang et al. (1990)	China	3558	65 +	4,6	Demencia	2	MMSE, pruebas neuropsicol gicas, DSM- III

1) Basado en el trabajo de Jorn (1990), con el permiso del autor y del editor

2) 1= De leve a grave; 2= solamente moderado o grave; 3= sólo grave.

Fuente: Demencia. Epidemiología De Los Trastornos Mentales Y De Los Problemas Psicosociales. Henderson. Organizaci3n Mundial De La Salud. 1996.

## EL HOSPITAL DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO Y LA APERTURA DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

El Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno inicia actividades en Noviembre de 1967 dentro del proyecto operaci3n Castañeda con la idea de desaparecer el Manicomio General de la Castañeda, que fungía como un nosocomio asilar. Este Manicomio que en sus inicios cumpli3 una funci3n importante en la atenci3n de el paciente aleniado mental y que fue un logro de la psiquiatría mexicana ya que era un modelo de avanzada, basado en los conocimientos de los Doctores Esquirol y Pinel en Francia que impulsaron reformas humanísticas que encontraron un soporte en los Doctores William Fuke y Jhon Conolly en Inglaterra, y que llevaron a la creaci3n y aplicaci3n de la "Terapia moral" que incluía una reeducaci3n del paciente, usualmente en el campo de la bondad y la cortesía, combinado con labores manuales y el establecimiento de hábitos regulares.

Al paso del tiempo el sistema de hospitales mentales estuvo estancado hasta muy entrado el siglo XX, convirtiéndose en simples sitios de "custodia".

Probablemente todo esto debido a que la neurología y psiquiatría de la época no ofrecía mejores alternativas terapéuticas para los pacientes psicóticos, y dementes crónicos.

Ante la necesidad de cambio en la atención del paciente psiquiátrico y el exceso de demanda se inició el proyecto operación Castañeda, los hospitales campestres fueron creados para la asistencia y rehabilitación de los enfermos mentales recuperables cuya estancia hospitalaria es prolongada (41).

Cuando fueron planeados, el promedio de estancia calculado era de 8 meses (42) Aunque el externamiento de pacientes no significaba necesariamente mejoría clínica o social, ni tampoco significaba un éxito para la institución (43).

Se incluía una mejor perspectiva en el manejo y condiciones nosocomiales, aunque este proyecto original se fue desgastando con el tiempo y se mantuvo la idea de que estos hospitales eran para una larga estancia o definitivos, lo que condicionó que muchos envejecieran en el hospital.

Dentro de las inquietudes de poder atender en una forma más adecuada a esta población envejecida crónicamente institucionalizada se pone en marcha en Noviembre de 1997 el trabajo de una unidad de psicogeriatría dentro de un proceso de volver al H.P.S.R.M. en una institución con las características de una hospitalización de corta estancia, con programas de hospitalización parcial y una red de inserción psicosocial y en este intento se incluye el trabajo con el paciente Psicogeriátrico que es el que hoy nos ocupa.

## METODOLOGIA

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Los pacientes del H.P.S.R.M. de la unidad de psicogeriatría, presentan deterioro cognoscitivo y psicosocial por sus características de internamiento prolongado ?

### OBJETIVO

Conocer en forma transversal las condiciones de depresión y cognición en el paciente crónicamente institucionalizado de la unidad de psicogeriatría

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir la distribución de las calificaciones totales de los 4 instrumentos empleados en la población de estudio .
- 2) Describir la prevalencia de alteraciones cognoscitivas y síntomas depresivos detectados mediante los instrumentos aplicados Examen Mental Breve Escala de Depresión Geriátrica y Evaluación de la Memoria de Objetos
- 3) Analizar la correlación de los instrumentos con la escala de dependencia geriátrica y las variables edad y escolaridad
- 4) Describir la correlación de la escala de evaluación de memoria y las subescalas de memoria del examen mental breve evocación y registro

Es conveniente enfatizar que el nivel de evaluación clínica utilizado para el presente estudio es el de tamizaje, es decir de síntomas y signos (depresivos y cognoscitivos) que forman parte de los síndromes clínicos que con mayor frecuencia afectan a los ancianos ( el síndrome depresivo y los síndromes orgánicos cerebrales); no pretende objetivos diagnósticos ni aún a nivel sindromático , menos aún a nivel de entidades nosológicas específicas tan finas y exigentes como podría ser el caso de las demencias .

## METODOLOGIA

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Los pacientes del H.P.S.R.M. de la unidad de psicogeriatría, presentan deterioro cognoscitivo y psicosocial por sus características de internamiento prolongado ?

### OBJETIVO

Conocer en forma transversal las condiciones de depresión y cognición en el paciente crónicamente institucionalizado de la unidad de psicogeriatría

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir la distribución de las calificaciones totales de los 4 instrumentos empleados en la población de estudio .
- 2) Describir la prevalencia de alteraciones cognoscitivas y síntomas depresivos detectados mediante los instrumentos aplicados Examen Mental Breve Escala de Depresión Geriátrica y Evaluación de la Memoria de Objetos
- 3) Analizar la correlación de los instrumentos con la escala de dependencia geriátrica y las variables edad y escolaridad
- 4) Describir la correlación de la escala de evaluación de memoria y las subescalas de memoria del examen mental breve evocación y registro

Es conveniente enfatizar que el nivel de evaluación clínica utilizado para el presente estudio es el de tamizaje, es decir de síntomas y signos (depresivos y cognoscitivos) que forman parte de los síndromes clínicos que con mayor frecuencia afectan a los ancianos ( el síndrome depresivo y los síndromes orgánicos cerebrales); no pretende objetivos diagnósticos ni aún a nivel sindromático , menos aún a nivel de entidades nosológicas específicas tan finas y exigentes como podría ser el caso de las demencias .

## METODOLOGIA

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Los pacientes del H.P.S.R.M. de la unidad de psicogeríatria, presentan deterioro cognoscitivo y psicosocial por sus características de internamiento prolongado ?

### OBJETIVO

Conocer en forma transversal las condiciones de depresión y cognición en el paciente crónicamente institucionalizado de la unidad de psicogeríatria

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir la distribución de las calificaciones totales de los 4 instrumentos empleados en la población de estudio .
- 2) Describir la prevalencia de alteraciones cognoscitivas y síntomas depresivos detectados mediante los instrumentos aplicados Examen Mental Breve Escala de Depresión Geriátrica y Evaluación de la Memoria de Objetos
- 3) Analizar la correlación de los instrumentos con la escala de dependencia geriátrica y las variables edad y escolaridad
- 4) Describir la correlación de la escala de evaluación de memoria y las subescalas de memoria del examen mental breve evocación y registro

Es conveniente enfatizar que el nivel de evaluación clínica utilizado para el presente estudio es el de tamizaje, es decir de síntomas y signos (depresivos y cognoscitivos) que forman parte de los síndromes clínicos que con mayor frecuencia afectan a los ancianos ( el síndrome depresivo y los síndromes orgánicos cerebrales); no pretende objetivos diagnósticos ni aún a nivel sindromático , menos aún a nivel de entidades nosológicas específicas tan finas y exigentes como podría ser el caso de las demencias .

## HIPOTESIS

Ho. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. no presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

H1. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. si presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

## VARIABLES

Variable dependiente: Estado actual de salud del paciente Psicogeriátrico.

Variable independiente: Edad, Abandono social, deterioro cognoscitivo, enfermedades crónico-degenerativas, internamiento prolongado.

## SUJETOS

Se trata de una población de 38 pacientes todos varones mayores de 60 años y adscritos a la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## MUESTRA

Se llevaron a cabo con una muestra no determinística, no probabilística de tipo intencional de cuota, fue no determinística y no probabilística ya que todos los usuarios tuvieron la misma probabilidad de tomar parte del estudio; la técnica de muestreo fue de tipo intencional de cuota, ya que sea ajusto a las características propias de funcionamiento de la unidad de psicogeriatría

## TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es transversal observacional y se realizó durante el mes de Noviembre de 1999 en la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## HIPOTESIS

Ho. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. no presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

H1. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. si presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

## VARIABLES

Variable dependiente: Estado actual de salud del paciente Psicogeriátrico.

Variable independiente: Edad, Abandono social, deterioro cognoscitivo, enfermedades crónico-degenerativas, internamiento prolongado.

## SUJETOS

Se trata de una población de 38 pacientes todos varones mayores de 60 años y adscritos a la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## MUESTRA

Se llevaron a cabo con una muestra no determinística, no probabilística de tipo intencional de cuota, fue no determinística y no probabilística ya que todos los usuarios tuvieron la misma probabilidad de tomar parte del estudio; la técnica de muestreo fue de tipo intencional de cuota, ya que sea ajusto a las características propias de funcionamiento de la unidad de psicogeriatría

## TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es transversal observacional y se realizó durante el mes de Noviembre de 1999 en la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## HIPOTESIS

Ho. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. no presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

H1. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. si presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

## VARIABLES

Variable dependiente: Estado actual de salud del paciente Psicogeriátrico.

Variable independiente: Edad, Abandono social, deterioro cognoscitivo, enfermedades crónico-degenerativas, internamiento prolongado.

## SUJETOS

Se trata de una población de 38 pacientes todos varones mayores de 60 años y adscritos a la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## MUESTRA

Se llevaron a cabo con una muestra no determinística, no probabilística de tipo intencional de cuota, fue no determinística y no probabilística ya que todos los usuarios tuvieron la misma probabilidad de tomar parte del estudio; la técnica de muestreo fue de tipo intencional de cuota, ya que sea ajusto a las características propias de funcionamiento de la unidad de psicogeriatría

## TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es transversal observacional y se realizó durante el mes de Noviembre de 1999 en la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.



## HIPOTESIS

Ho. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. no presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

H1. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. si presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

## VARIABLES

Variable dependiente: Estado actual de salud del paciente Psicogeriátrico.

Variable independiente: Edad, Abandono social, deterioro cognoscitivo, enfermedades crónico-degenerativas, internamiento prolongado.

## SUJETOS

Se trata de una población de 38 pacientes todos varones mayores de 60 años y adscritos a la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## MUESTRA

Se llevaron a cabo con una muestra no determinística, no probabilística de tipo intencional de cuota, fue no determinística y no probabilística ya que todos los usuarios tuvieron la misma probabilidad de tomar parte del estudio; la técnica de muestreo fue de tipo intencional de cuota, ya que sea ajusto a las características propias de funcionamiento de la unidad de psicogeriatría

## TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es transversal observacional y se realizó durante el mes de Noviembre de 1999 en la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## HIPOTESIS

Ho. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. no presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

H1. Las capacidades cognoscitivas, afectivas y psicosociales de los pacientes de la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M. si presentan deterioro o declinación por estar crónicamente institucionalizado ..

## VARIABLES

Variable dependiente: Estado actual de salud del paciente Psicogeriátrico.

Variable independiente: Edad, Abandono social, deterioro cognoscitivo, enfermedades crónico-degenerativas, internamiento prolongado.

## SUJETOS

Se trata de una población de 38 pacientes todos varones mayores de 60 años y adscritos a la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## MUESTRA

Se llevaron a cabo con una muestra no determinística, no probabilística de tipo intencional de cuota, fue no determinística y no probabilística ya que todos los usuarios tuvieron la misma probabilidad de tomar parte del estudio; la técnica de muestreo fue de tipo intencional de cuota, ya que sea ajusto a las características propias de funcionamiento de la unidad de psicogeriatría

## TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es transversal observacional y se realizó durante el mes de Noviembre de 1999 en la unidad de psicogeriatría del H.P.S.R.M.

## INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Es importante utilizar la clinimetría para medir los eventos clínicos, la clinimetría a diferencia de la psicometría es estrictamente empírica (44) la psicometría con frecuencia evalúa los constructos teóricos, en los índices clinimétricos se emplea para su desarrollo los procesos intuitivos, dentro del grupo de las mediciones ordinales se encuentran las escalas, que tienen 2 objetivos, uno identificar a un paciente en una categoría o medir un determinado atributo o característica, dependiendo del tipo de variable podemos hablar de escalas globales, escalas de síntomas y escalas de salud o de calidad de vida, de acuerdo a su tipo de respuesta pueden ser escalas análogas visuales o escalas tipo likert.

La valoración cognitiva de los ancianos que padecen depresión nunca debe ser omitida, un deterioro cognitivo en los enfermos depresivos puede ser indicativo de demencia aunque puede ser secundario al humor depresivo. La depresión es una característica común en la demencia de comienzo temprano y además de los trastornos de ánimo puede causar deterioro en la memoria y concentración.

Se emplearán las siguientes pruebas clinimétricas, :

**The Mini-Mental State Examination (MMSE)** para fines del estudio el nombre fue traducido al español como examen mental breve de Folstein (EMB) (45) Este instrumento es útil y fiable, validado como instrumento en investigación psicogeriatrica, puede ser un instrumento operacional para establecer el diagnóstico, puede servir para establecer criterios de inclusión y exclusión en ensayos clínicos, puede monitorizar cambios cognitivos durante el uso de medicamentos y otras intervenciones experimentales. Fiabilidad : La fiabilidad esta demostrada en poblaciones psiquiátricas y neurológicas, la fiabilidad Test-retest es de 0.89 usando 2 diferentes examinadores con un intervalo de 24 horas es de 0.82, en grupos clínicamente estables de viejos deprimidos y demenciados fueron examinados en un promedio de 28 días resultando con una correlación de 0.98

## INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Es importante utilizar la clinimetría para medir los eventos clínicos, la clinimetría a diferencia de la psicometría es estrictamente empírica (44) la psicometría con frecuencia evalúa los constructos teóricos, en los índices clinimétricos se emplea para su desarrollo los procesos intuitivos, dentro del grupo de las mediciones ordinales se encuentran las escalas, que tienen 2 objetivos, uno identificar a un paciente en una categoría o medir un determinado atributo o característica, dependiendo del tipo de variable podemos hablar de escalas globales, escalas de síntomas y escalas de salud o de calidad de vida, de acuerdo a su tipo de respuesta pueden ser escalas análogas visuales o escalas tipo likert.

La valoración cognitiva de los ancianos que padecen depresión nunca debe ser omitida, un deterioro cognitivo en los enfermos depresivos puede ser indicativo de demencia aunque puede ser secundario al humor depresivo. La depresión es una característica común en la demencia de comienzo temprano y además de los trastornos de ánimo puede causar deterioro en la memoria y concentración.

Se emplearán las siguientes pruebas clinimétricas, :

**The Mini-Mental State Examination (MMSE)** para fines del estudio el nombre fue traducido al español como examen mental breve de Folstein (EMB) (45) Este instrumento es útil y fiable, validado como instrumento en investigación psicogeriatrica, puede ser un instrumento operacional para establecer el diagnóstico, puede servir para establecer criterios de inclusión y exclusión en ensayos clínicos, puede monitorizar cambios cognitivos durante el uso de medicamentos y otras intervenciones experimentales. Fiabilidad : La fiabilidad esta demostrada en poblaciones psiquiátricas y neurológicas, la fiabilidad Test-retest es de 0.89 usando 2 diferentes examinadores con un intervalo de 24 horas es de 0.82, en grupos clinicamente estables de viejos deprimidos y demenciados fueron examinados en un promedio de 28 días resultando con una correlación de 0.98

Validez: La validez del MMSE demostró ser predictiva, y una correlación positiva en los sujetos ancianos con el WAIS Wechsler Adult Intelligence Scale con una evidencia de validez de correlación con estudios de Tomografía computarizada y electroencefalograma. sensibilidad y especificidad Varios estudios demostraron sensibilidad y especificidad con 87% de sensibilidad y un 82 % de especificidad para detectar demencia y delirium con resultados de 23 o menos indicadores de esta condición. (46)

La (Geriatric Depression Scale -GDS) para fines del estudio el nombre fue traducido al español como escala de depresión geriátrica (EDG) de Yesavage se describió inicialmente como una escala de 30 ítems , para ser autoadministrada y fue posteriormente condensada en una versión de 15 ítems (47) que conserva la sensibilidad para identificar la depresión. De la escala (GDS15). se obtuvieron Análisis de resultados con un punto de corte de (4/5) para significancia de sintomatología depresiva teniendo un nivel alto de consistencia interior (el alfa de Cronbach = 0.80). Todos los reactivos individuales de la GDS15 se asociaron significativamente ( $P < 0.01$ ) y Una sola pregunta "¿se siente usted que su vida está vacía?" Identificó 84% de casos. En un esfuerzo por inventar escalas cortas para diagnosticar precozmente a pacientes con depresión, se generaron versiones. Diez (GDS10), cuatro (GDS4) y uno en (GDS1) los datos se sujetaron a un análisis de regresión de logística. El Acuerdo entre estas escalas cortas y los GDS15 en la muestra original era 95, 91 y 79% respectivamente. El alfa de Cronbach era 0.72 para los GDS10 y 0.55 para los GDS4. Las escalas cortas eran entonces validadas en una muestra independiente de 120 pacientes en quien datos de GDS y los resultados de una entrevista psiquiátrica detallada (El Estado Mental Geriátrico, GMS) estaba disponible. La sensibilidad y especificidad de los GDS10 contra el de GMS 87 y 77% (punto de corte de 3/4); aquellos de los GDS4 eran 89 y 65% ( punto de corte de 0/1) y 61 punto de corte y 81% (punto de corte de 1/2). la Sensibilidad y la especificidad para los GDS1 sea 59 y 75%. se concluye que estas escalas cortas pueden ser útiles para el personal de la práctica general para poder identificar al paciente anciano con síntomas depresivos . . (48 , 49 )

## Evaluación De La Memoria De Objetos De Fuld (Ome)

La evaluación de la memoria ( 50 ) ( Fuld, Pensilvania, 1975)

Esta nueva prueba de aprendizaje y memoria ha mostrado diferencias significativas entre adultos de edad madura mentalmente intactos y moderadamente dañados. Hay algunas personas que tienen la habilidad de aprender tan rápidamente que no es fácilmente identificable saber los límites de sus habilidades.

Los datos obtenidos separadamente de los residentes de una comunidad y las personas mentalmente dañadas, sin embargo, demostraron diferencias substanciales, estas diferencias podrían reflejar el efecto del funcionamiento mental de la gran debilidad física de los residentes de asilos.

Una prueba de memoria y aprendizaje con un proceso de estímulo inicial garantizado fue validado y es presentado aquí con normas de 70 a 79 años y de 80 a 89 años en los residentes de una comunidad contra los residentes de asilos. El procedimiento de la prueba permite la observación incidental de estéreognosis, la mención de objetos y la orientación izquierda-derecha, pantallas de depresión y la recuperación rápida de palabras pertenecientes a ciertas categorías semánticas todos aspectos comunes para la evaluación de demencia.

**MATERIALES:** Bolsa con diez objetos comunes identificables al tacto, forma de registro y cronómetro.

La segunda forma consiste en 10 objetos alternos y una forma de reporte apropiado que pueda ser utilizada para realizar pruebas a individuos de edad madura cuando los datos de prueba son deseados; los objetos son: una lata, cepillo, cerradura, lima para uñas, liga, cuchara, moneda, cepillo de dientes y reloj de pulso. El paciente nombra o describe cada objeto y luego lo saca de la bolsa para saber si estaba en lo correcto, los errores deben ser corregidos y cualquier verbalización alargada debe ser reducida a palabras por mutuo acuerdo, esta prueba no debe dejar de realizarse incluso aunque el paciente muestre problemas al nombrar los objetos pues incluso puede describirlos o bien utilizar gestos o decir el uso de ellos.

Prueba tras prueba los datos de recuerdo son la base para las anotaciones de componentes que han sido obtenidos del procedimiento de la memoria de objetos. La eficiencia se estima tomando en cuenta el número de veces que un

objeto es nombrado en cada una de las pruebas; la eficiencia de la recuperación se estima tomando en cuenta el número de veces que se nombra un objeto en pruebas sucesivas sin recordatorios. Si un paciente da más palabras en cuanto a tristeza que de alegría o felicidad, quiere decir que muy probablemente este clínicamente deprimido.

Los sujetos que cometieron 10 o menos errores son considerados mentalmente intactos y los pacientes que cometen de 11 a 16 errores son considerados moderadamente dañados. Esto implica que la prueba puede demostrar diferencias de aprendizaje y memoria entre pacientes mentalmente dañados (moderadamente desorientados) y los pacientes mentalmente intactos. Así también los adultos de edad madura que cometieron menos errores en esta prueba, tienen pocas posibilidades de tener demencia senil en el tipo de Alzheimer.

Un estudio de validación mostró una diferencia significativa entre 21 pacientes moderadamente dañados y 21 pacientes más que no se encontraban dañados residentes de asilos agrupados por sus anotaciones según Blessed. La prueba mental de Tomlinson y Roth (1968) separó una correlación estimada de .84 entre la anotación de los nombramientos de objetos y la anotación de falta de errores. Las anotaciones de almacenamiento fueron correlacionadas .72 con retención después de tres semanas y el almacenaje y recuperación no fueron significativamente procesados. El daño de almacenamiento apareció más significativamente en demencia que en la recuperación de daño, la cual se encuentra en personas de edad normal también.

Las normas de la comunidad activa contra las de los residentes de asilos de entre 70 y 80 años se proveen, lo cual permite una evaluación separada del total de menciones, almacenamiento, recuperación y la respuesta a recordatorios.

Psychogeriatric Dependency Rating las Balanzas (PGDRS) ( 51 ) para fines del estudio el nombre fue traducido al español como escala de dependencia psicogeriátrica La razón de por que se desarrolló de este instrumento PGDRS fue específicamente para utilizar el conocimiento de la enfermera en el trato del paciente Psicogeriátrico en como informar de una manera confiable parámetros como orientación, conducta , problemas físicos dando énfasis en necesidades de dependencia al definir por ejemplo tiempo exigido por el

objeto es nombrado en cada una de las pruebas; la eficiencia de la recuperación se estima tomando en cuenta el número de veces que se nombra un objeto en pruebas sucesivas sin recordatorios. Si un paciente da más palabras en cuanto a tristeza que de alegría o felicidad, quiere decir que muy probablemente este clínicamente deprimido.

Los sujetos que cometieron 10 o menos errores son considerados mentalmente intactos y los pacientes que cometen de 11 a 16 errores son considerados moderadamente dañados. Esto implica que la prueba puede demostrar diferencias de aprendizaje y memoria entre pacientes mentalmente dañados (moderadamente desorientados) y los pacientes mentalmente intactos. Así también los adultos de edad madura que cometieron menos errores en esta prueba, tienen pocas posibilidades de tener demencia senil en el tipo de Alzheimer.

Un estudio de validación mostró una diferencia significativa entre 21 pacientes moderadamente dañados y 21 pacientes más que no se encontraban dañados residentes de asilos agrupados por sus anotaciones según Blessed. La prueba mental de Tomlinson y Roth (1968) separó una correlación estimada de .84 entre la anotación de los nombramientos de objetos y la anotación de falta de errores. Las anotaciones de almacenamiento fueron correlacionadas .72 con retención después de tres semanas y el almacenaje y recuperación no fueron significativamente procesados. El daño de almacenamiento apareció más significativamente en demencia que en la recuperación de daño, la cual se encuentra en personas de edad normal también.

Las normas de la comunidad activa contra las de los residentes de asilos de entre 70 y 80 años se proveen, lo cual permite una evaluación separada del total de menciones, almacenamiento, recuperación y la respuesta a recordatorios.

Psychogeriatric Dependency Rating las Balanzas (PGDRS) ( 51 ) para fines del estudio el nombre fue traducido al español como escala de dependencia psicogeriatrica La razón de por que se desarrolló de este instrumento PGDRS fue específicamente para utilizar el conocimiento de la enfermera en el trato del paciente Psicogeriatrico en como informar de una manera confiable parámetros como orientación, conducta , problemas físicos dando énfasis en necesidades de dependencia al definir por ejemplo tiempo exigido por el



paciente para alimentarse y si lo realiza con ayuda o sin esta . Se presentó la información de fiabilidad y de la validez en más de 600 pacientes. La tasa de fiabilidad era 0.61 para la orientación 0.48 para conducta y 0.58 para las actividades físicas.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se trata de 38 pacientes con una edad mínima de 60 años y una máxima de 89 años, con una moda de 68 y una mediana de 67; por grupo etario tenemos que de los 60 a los 70 años se concentra el 78.9 % encontrándose el restante 21.1 % entre los 71 y 89 años lo que hace que esta población sea relativamente joven, ( Ver Tabla 3 )

TABLA 3 Distribución por grupos de edad

Grupo etario	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
60 a 65	16	42.1%	42.10%
66 a 70	14	36.8%	78.90%
71 a 75	2	5.3%	84.20%
76 a 80	2	5.3%	89.50%
81 a 89	4	10.5%	100.00%
Total	38	100.0%	

Con relación a los diagnósticos fueron tomados del expediente y no están estandarizados a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10<sup>a</sup> Edición y como no era finalidad del estudio se respetó el criterio diagnóstico establecido dando como resultado los siguientes diagnósticos : Esquizofrenia Residual se presenta en un 36.8 % , siguiendo el de Esquizofrenia Paranoide en un 15.8 % , Esquizofrenia Indiferenciada en un 13.2 % , Trastorno Orgánico de la Personalidad 10.5 % , Trastorno Depresivo 5.3 % , Probable Demencia 5.3 % y Esquizofrenia simple/Retraso Mental Moderado, Síndrome Cerebeloso, Trastorno Bipolar. Trastorno Antisocial , Trastorno Obsesivo Compulsivo en un 2.6 % ( Ver Tabla 4 )

paciente para alimentarse y si lo realiza con ayuda o sin esta . Se presentó la información de fiabilidad y de la validez en más de 600 pacientes. La tasa de fiabilidad era 0.61 para la orientación 0.48 para conducta y 0.58 para las actividades físicas.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se trata de 38 pacientes con una edad mínima de 60 años y una máxima de 89 años, con una moda de 68 y una mediana de 67; por grupo etario tenemos que de los 60 a los 70 años se concentra el 78.9 % encontrándose el restante 21.1 % entre los 71 y 89 años lo que hace que esta población sea relativamente joven, ( Ver Tabla 3 )

**TABLA 3** Distribución por grupos de edad

Grupo etario	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
60 a 65	16	42.1%	42.10%
66 a 70	14	36.8%	78.90%
71 a 75	2	5.3%	84.20%
76 a 80	2	5.3%	89.50%
81 a 89	4	10.5%	100.00%
Total	38	100.0%	

Con relación a los diagnósticos fueron tomados del expediente y no están estandarizados a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10<sup>a</sup> Edición y como no era finalidad del estudio se respetó el criterio diagnóstico establecido dando como resultado los siguientes diagnósticos : Esquizofrenia Residual se presenta en un 36.8 % , siguiendo el de Esquizofrenia Paranoide en un 15.8 % , Esquizofrenia Indiferenciada en un 13.2 % , Trastorno Orgánico de la Personalidad 10.5 % , Trastorno Depresivo 5.3 % , Probable Demencia 5.3 % y Esquizofrenia simple/Retraso Mental Moderado, Síndrome Cerebeloso, Trastorno Bipolar. Trastorno Antisocial , Trastorno Obsesivo Compulsivo en un 2.6 % ( Ver Tabla 4 )

**TABLA 4 Distribución por diagnóstico**

Diagnostico	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Esquizofrenia Indiferenciada	5	13.2%	13.2%
Esquizofrenia Paranoide	6	15.8%	28.9%
Esquizofrenia Residual	14	36.8%	65.8%
Esquizofrenia Simple/R.M.M.	1	2.6%	68.4%
Prob. Demencia	2	5.3%	73.7%
Sindrome Cerebeloso	1	2.6%	76.3%
Trastorno Bipolar	1	2.6%	78.9%
Trastorno Antisocial	1	2.6%	81.6%
Trastorno Depresivo	2	5.3%	86.8%
Trastorno Orgánico de la personalidad	4	10.5%	97.4%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	2.6%	100.0%
Total	38	100.0%	

Todos los sujetos fueron del sexo masculino , siendo solteros en un 81.6 % y casados en el 18.4 % ( Ver Tabla 5 )

**TABLA 5 Distribución por Estado civil**

Estado civil	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Casados	7	18.4%	18.4%
Solteros	31	81.6%	100.0%
Total	38	100.0%	

Con un nivel socioeconómico de medio a bajo en un 86.8 % ( Ver Tabla 6 )

**TABLA 6 Nivel Socioeconómico**

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Bajo	13	34.2%	34.2%
Mediano	20	52.6%	86.8%
Alto	5	13.2%	100.0%
Total	38	100.0%	

El analfabetismo se presentó en un 23.7 % y con primaria terminada en un 63.2 % ( Ver Tabla 7 )

**TABLA 7 Escolaridad**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Analfabeto	9	23.7%	23.7%
Primaria incompleta	24	63.2%	86.8%
Primaria terminada o más estudios	5	13.2%	100.0%
Total	38	100.0%	

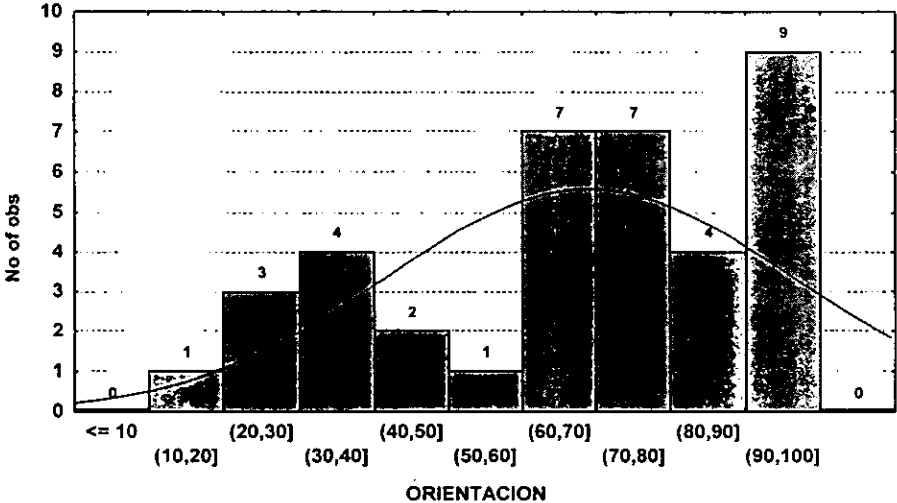
Por lugar de origen lugar de origen el 50% correspondió al origen rural y 50% a urbano ( Ver Tabla 8 )

**TABLA 8 Distribución por Lugar de Nacimiento**

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
1.0	19	50.0%	50.0%
2.0	19	50.0%	100.0%
Total	38	100.0%	

Se aplicó la Escala de Dependencia Psicogeriátrica ( PGDRS) teniendo como parámetros la orientación, la conducta, las medidas de autocuidado e higiene , el discurso, la vista, la audición el vestido y la movilidad dentro de la subescala de orientación se obtuvieron los siguientes resultados : en la cual se utilizaron 9 Ítems y se sacó una relación porcentual siendo 9/9 el 100% , se observo en la subescala de la orientación un 47.3 % parcialmente orientados y el 23.7 % bien orientados y 28.9 % desorientados ( ver grafica 1 )

**Histograma para la Variable: Orientación**  
 $y = 38 * 10^{-6} * \text{normal}(x, 69.00585, 27.1131)$



GRAFICA ( 1 )

*1 sujeto desorientado rango de 10 a 20 %      28 sujetos parcialmente orientados rango de 20 a 90 %*  
*9 sujetos bien orientados rango de 90 a 100 %*

En la subescala de la conducta del PGDRS el 71.1 % se mostró como adecuada , el 5.3 % disruptiva y el 23.7 % como fluctuante ( Ver Tabla 9 )

**TABLA 9 Distribución por categorías de Conducta**

Conducta	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Adecuada	27	71.1%	71.1%
Disruptiva	2	5.3%	76.3%
Fluctuante	9	23.7%	100.0%
Total	38	100.0%	

Continuando con el PGDRS la alimentación y las excretas es adecuado al 100 % En el Autocuidado e Higiene personal el 60.5 % lo realiza en forma adecuada , el 28.9 % requiere de ayuda verbal y el 10.5 % requiere de ayuda fisica ( Ver Tabla 10 )

**TABLA 10 Distribución por categorías Higiene**

Higiene	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Adecuada	23	60.5%	60.5%
Requiere de ayuda verbal	11	28.9%	89.5%
Requiere de ayuda fisica	4	10.5%	100.0%
Total	38	100.0%	

El discurso es adecuado en un 71.1 % con discurso disminuido en un 15.8 % y difícil en un 13.2% ( Ver Tabla 11 )

**TABLA 11 Distribución por categorías Discurso**

Discurso	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Adecuado	27	71.1%	71.1%
Disminuido	6	15.8%	86.8%
Difícil	5	13.2%	100.0%
Total	38	100.0%	

La vista es adecuada en un 84.2 % , disminuida en un 10.5 % y son invidentes 2 sujetos es decir el 5.3 % ( Ver Tabla 12 )

**TABLA 12 Distribución por categorías Vista**

Vista	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Adecuada	32	84.2%	84.2%
Disminuida	4	10.5%	94.7%
Ciego	2	5.3%	100.0%
Total	38	100.0%	

En la audición en forma adecuada el 84.2 % disminuida el 10.5 % y 2 sordos 5.3 % ( Ver Tabla 13 )

TABLA 13 Distribución por categorías Audición

Audición	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Adecuada	32	84.2%	84.2%
Disminuida	4	10.5%	94.7%
Sordo	2	5.3%	100.0%
Total	38	100.0%	

En las Actividades del vestido , se visten adecuadamente el 73.7 % con ayuda verbal el 13.2 % y asistido en un 13.2 % ( Ver Tabla 14 )

TABLA 14 Distribución por categorías Vestido

Vestido	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Adecuado	28	73.7%	73.7%
Con ayuda Verbal	5	13.2%	86.8%
Asistido	5	13.2%	100.0%
Total	38	100.0%	

La movilidad es adecuada en el 81.6 % y es asistida en el 18.4 % ( Ver Tabla 15 )

TABLA 15 Distribución por categorías Movilidad

Movilidad	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Adecuada	31	81.6%	81.6%
Asistida	7	18.4%	100.0%
Total	38	100.0%	

Para la escala de depresión geriátrica (EDG) se utilizó un punto de corte de 4 de un total de 15 Ítems (Versión corta ) resultando con depresión en un 18.4% y sin depresión 81.6 % ( Ver Tabla 16 y grafica 2 )

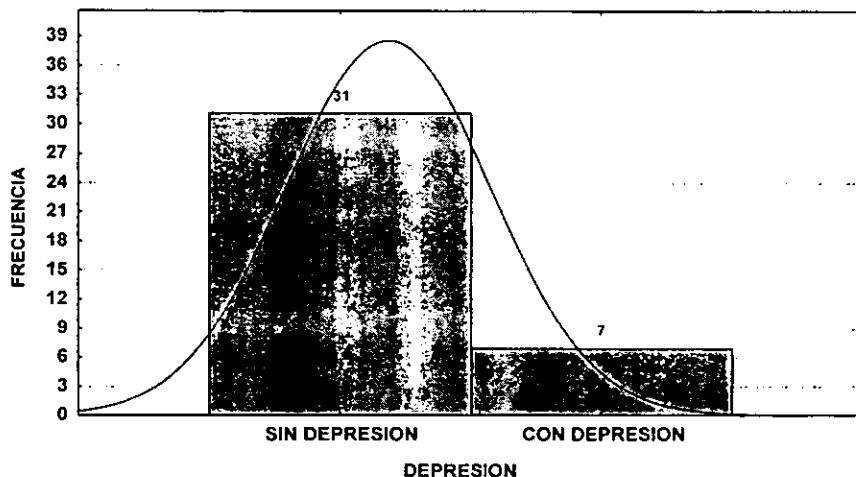
TABLA 16 Distribución por categorías E.D.G.

Depresión	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Con depresión	7	18.4%	18.4%
Sin depresión	31	81.6%	100.0%
Total	38	100.0%	

GRAFICA 2

Histograma: Escala de Depresión Geriátrica

$$y = 38 * 1 + \text{normal}(x, 100.184, 0.392859)$$





En la escala de memoria de objetos EMO (Fuld) se utilizo punto de corte 40 resultando el 76.3 % mentalmente intactos y el 15.8 5 con deterioro de memoria ( Ver Tabla 17 )

TABLA 17 Distribución por categorías de acuerdo a Evaluación de la memoria de objetos

Evaluación de la memoria de objetos	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Con deterioro	9	23.7%	23.7%
Mentalmente intactos	29	76.3%	100.0%
Total	38	100.0%	

Se utilizo la escala de Examen Mental Breve de Folstein más de 23 intacto y menos de 23 con deterioro cognitivo se encontró un 71.1 % con deterioro cognitivo y un 28.9 % con intactos ( Ver Tabla18 )

TABLA 18 Distribución por categorías de calificación total del Examen Mental Breve de Folstein (EMB)

examen mental breve de Folstein (EMB)	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
Con deterioro cognitivo	27	71.1%	71.1%
Mentalmente intactos	11	28.9%	100.0%
Total	38	100.0%	

Se realizó un desglose por subescalas del examen mínimo mental en la subescala de orientación con una calificación de 0 a 10 se encontró una moda de 5 , mediana de 5.5 , ubicándose un 50 % con calificación de 5 o menos ( Ver Tabla 19 )

**TABLA 19** Distribución por calificación en la subescala de orientación del E.M.B.

subescala de orientación	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
0.0	1	2.6%	2.6%
1.0	4	10.5%	13.2%
2.0	3	7.9%	21.1%
3.0	3	7.9%	28.9%
4.0	2	5.3%	34.2%
5.0	6	15.8%	50.0%
6.0	2	5.3%	55.3%
7.0	5	13.2%	68.4%
8.0	5	13.2%	81.6%
9.0	2	5.3%	86.8%
10.0	5	13.2%	100.0%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0%</b>	

En la subescala de registro de memoria un 86.8% con adecuado registro y un 10.5 % sin registro de memoria ( Ver Tabla 20 )

**TABLA 20** Distribución Por Calificación En La Subescala de registro de memoria del E.M.B.

subescala de registro de memoria	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
0.0	4	10.5%	10.5%
2.0	1	2.6%	13.2%
3.0	33	86.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0%</b>	

En la subescala de Atención y Cálculo del E.M.B. el 57.9 % con calificación adecuada y un 31.6 sin posibilidades de realizar cálculo . ( Ver Tabla 21 )

**TABLA 21** Distribución Por Calificación En La Subescala de atención y cálculo del E.M.B.

subescala de atención y cálculo	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
0.0	12	31.6%	31.6%
1.0	1	2.6%	34.2%
2.0	3	7.9%	42.1%
4.0	8	21.1	63.2%
5.0	14	36.8%	100.0%
Total	38	100.0%	

En la subescala de memoria de evocación fue adecuada en un 28.9 % con dificultad en un 31.6 % y sin poder evocar en un 39.5 % ( Ver Tabla22 )

**TABLA 22** Distribución Por Calificación en la subescala de memoria de evocación

subescala de memoria de evocación	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
0.0	15	39.5%	39.5%
1.0	3	7.9%	47.4%
2.0	9	23.7%	71.1%
3.0	10	26.3%	97.4%
4.0	1	2.6%	100.0%
Total	38	100.0%	

En la Subescala de lenguaje Nombrar fue adecuada en un 86.8 % y con dificultad en un 5.2 % y nula en un 7.9 % ( Ver Tabla 23 )

**TABLA 23** Distribución Por Calificación en la subescala de lenguaje nombrar

subescala de lenguaje nombrar	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
0.0	3	7.9%	7.9%
1.0	1	2.6%	10.5%
2.0	1	2.6%	13.2%
3.0	33	86.8%	100.0%
Total	38	100.0%	

En la Subescala de lenguaje Repetición es adecuada en un 81.6 % es nula en un 18.4 % en la Subescala de Comprensión y Praxias es adecuada en un 81.6 % y nula en un 10.5 % ver Tabla ( 24 )

**Tabla 24** Distribución Por Calificación en la subescala de lenguaje comprender

subescala de lenguaje comprender	Frecuencia	Porcentual	Acumulado
0.0	4	10.5%	10.5%
1.0	1	2.6%	13.2%
2.0	2	5.3%	18.4%
3.0	31	81.6%	100.0%
Total	38	100.0%	

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La muestra seleccionada con motivo del presente estudio, corresponde a una comunidad de pacientes psiquiátricos crónicamente institucionalizados, la que presenta serios problemas de abandono social, ya que en su mayoría no los visitan sus familiares y las óportunidades de salir del medio hospitalario son escasas y su relación con otras personas está limitada a la relación con el personal que labora en el hospital, medico, paramédico y administrativo (el equipo de trabajo se compone de 2 médicos psiquiatras, 2 médicos generales un psicólogo, una trabajadora social una rehabilitadora psicosocial, quien se encarga de asistir en actividades de autocuidado y de ejercicios de motricidad gruesa y fina, el personal de enfermería quien es el que el está en mayor contacto con el paciente en las diferentes actividades del servicio) y con el resto de los pacientes que van de un rango de edad de 18 años a 60 años excluyendo a la población de estudio

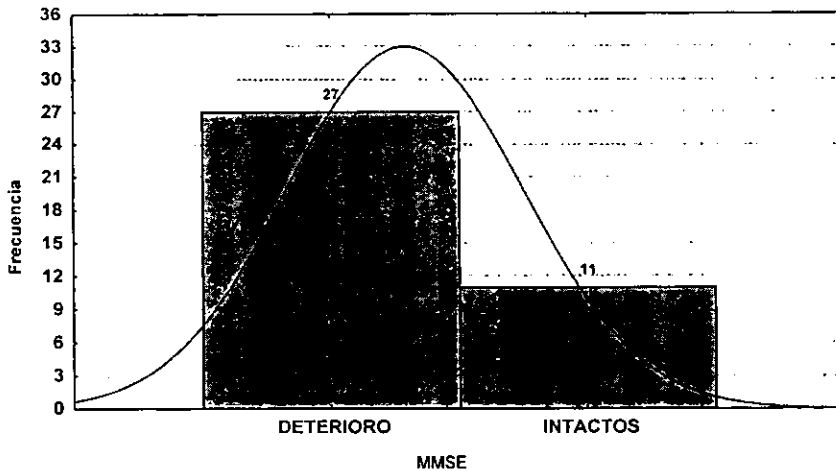
Para la selección, aplicación e interpretación, del uso de instrumentos con motivo de este estudio, se deben tomar en cuenta múltiples aspectos metodológicos que van desde consideraciones epidemiológicas para estudios del funcionamiento cognoscitivo en el anciano, problemas metodológicos para estudios ( en encuestas) de las funciones mentales superiores, los aspectos transculturales y su importancia, hasta el significado del deterioro cognoscitivo en el anciano, la asociación del funcionamiento cognoscitivo con el grado de actividad física, mental y social, la relación de los cambios cognoscitivos con la demencia, con el envejecimiento normal y con ambos dentro de un modelo de continuidad.

El nivel de escolaridad es bajo aunque no lo registramos en este estudio por años de escolaridad pero la mayoría estuvo entre analfabeto y primaria incompleta lo que repercute en las calificaciones del Examen Mental Breve de Folstein como vemos en la grafica 3

### GRAFICA 3

Histograma: Escala del examen mental breve

$$y = 38 * 1 * \text{normal}(x, 100.2894, 0.459606)$$

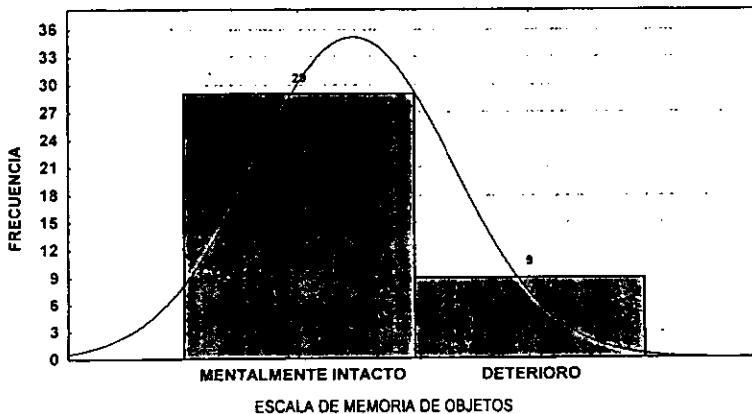


Escobar y cols. reportan haber aplicado estas pruebas en una comunidad Hispánica de baja escolaridad con menos de 5 años de escolaridad en Nuevo México en ancianos que presentaron puntajes bajos de MMSE sobretodo en la subescala de atención y calculo pero no así en la prueba de evaluación de memoria de objetos que no se vio afectada por el nivel de escolaridad (52) que coincide con los resultados que encontramos como muestra la grafica 4

### GRAFICA 4

Histograma: ESCALA DE MEMORIA DE OBJETOS

$$y = 38 * 1 * \text{normal}(x, 100.237, 0.430851)$$



De acuerdo a lo aquí expuesto es claro que el Examen Mental Breve de Folstein es un instrumento adecuado para detectar alteraciones cognoscitivas aun que la edad y la escolaridad son variables que influyen sobre el desempeño de dichas pruebas, por lo que al interpretar los resultados del presente estudio es necesario contemplar dichas variables no así para el Evaluación de la Memoria de Objetos, la Escala de Depresión Geriátrica y la escala de Dependencia geriátrica. .

La importancia de la Escala de Dependencia Geriátrica es que nos permite a través de la observación del personal de enfermería o en su defecto del cuidador tener una información precisa del grado de dependencia o independencia del anciano en las diferentes actividades de la vida diaria como sería el vestido las actividades de autocuidado, la orientación y sus capacidades visuales, auditivas y su capacidad de comunicarse mediante el discurso y poderlas contrastar con las diferentes escalas evaluativas de las funciones cognoscitivas.

En conclusión el estudio y evaluación del estado cognitivo y afectivo del anciano crónicamente institucionalizado son elementos de particular importancia para la investigación conocimiento y asistencia del envejecimiento.

Indudablemente la clinimetría es una ciencia que provee oportunidades para nuevos abordajes en un tipo de investigación que puede ampliar las bases científicas de la practica clínica, sin embargo su ejercicio y aplicación no es simple, y menos aún cuando el objetivo de interés son funciones tan complejas y subjetivas como son la cognición y el afecto.

Es importante hacer énfasis en la necesidad de que el paciente crónicamente institucionalizado requiere de tener actividades donde se refuerce la orientación como pudiera ser el recordarle cada día la fecha, lugar donde se encuentra, el programar sesiones donde se lean noticias de la vida cotidiana del periódico, para evitar un desfasamiento de las actividades socioculturales y político económicas, dándole un mayor entorno a su cotidianidad, que se ve limitada por su condición de encierro, otra actividad de suma importancia sería el poder tener una charla programada en forma individual con cada paciente, para saber de sus inquietudes, experiencias no solo por el personal medico sino sería deseable que la participación fuera de todo el personal, lo

que enriquecería la relación, trabajar con el anciano en el relato de su vida, colaborando para focalizar e iluminar algunos de sus aspectos significativos y relevantes resignificar acontecimientos o experiencias que permitan modificar la estructura de su relato, puede resultar, para el profesional que lo acompañe, una tarea apasionante (53) no podemos dejar de lado cosas tan sencillas, pero que a la vez en ocasiones no se implementan como tener un calendario de tamaño grande, un reloj de pared, la posibilidad de tener a la mano el periódico y revistas así como programar visitas a lugares fuera del hospital.

Por ultimo es importante enfatizar la dificultad para evaluar las funciones mentales de poblaciones de baja escolaridad, y la necesidad de desarrollar o adaptar instrumentos adecuados a nuestra realidad que sean confiables, válidos y de bajo costo.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. Fernández-Ballesteros R Zamarrón M Vivir en una Residencia :  
Algunas Expectativas; en La Vejez Salvareza L. Ed. Piados 1998 333
2. Interconsulta Psiquiátrica Rojo Ed. Masson 1997 I<sup>era</sup> Edición
3. Sueño I Revista de Gerontología y Geriátria
4. D.S.M. IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos  
mentales Masson, S.A. Barcelona 1995.
5. Rosenthal C, Sulman J, Marshall VW. Depressive symptoms in family  
care givers of Long-stay patients. Gerontologist 1993; 33(2): 249-257.
6. Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud  
en México. Salud Publica Méx. 1996; 38:409-418.
7. Bourgeois-Pichat J. La démographie. París: NRF, 1971
8. Omran AR. The epidemiological transition: A theory of the  
epidemiologic population change. Milbank Mem Fund Q, 1971.
9. Ruiz L, Gamble A, Zetina G. La salud de la población envejecida.  
México, D.F.: Secretaría de Salud, 1994.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Secretaría  
General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; 1995.  
Centro de Publicaciones.
11. Informe de un grupo de Científicos de la OMS sobre la Epidemiología  
del Envejecimiento. Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los  
Ancianos. Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra; 1984.  
Serie de Informes técnicos 706.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Secretaría  
General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; 1995.  
Centro de Publicaciones.

13. Stenberg H. Envejecimiento del Sistema inmunológico En : Timiras P.S. Ed. Masson S.A. Barcelona España 1997; 91- 106
14. Hayflick L. Theories of aging Based on Purposeful Events In : How and why we age .Ballantine Books. USA 1994;1-5,10-32
15. Sharma R. Teorías sobre el envejecimiento : Interacciones genéticas y ambientales en el envejecimiento. En Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría Timiras ED. Masson S.A. Barcelona España 1997; 43-53
16. Trujillo Zoila Envejecimiento holístico Revista de Gerontología y Geriatría IMSS Vol. 2 7-11
17. Salvareza L Fausto, Miguel Strogoff y Los Viejos Salvareza L. La Vejez Ed. Paidós 1998 36
18. Sinopsis de Psiquiatría Kaplan-Sadock 7a. Edición
19. Scheibel AB Structural Changes in the Aging Brain In ; Handbook of Mental Health and Aging , Second edition, Academic Press 1992;147-167 )
20. Hirano A. Ikenaga J Estructures of Neurons in the aging Nervous System In ; Neurodegenerative Diseases. Ed. Calne DB, W.B. Saunders, 1994;3-4
21. M Acuña Magal' Risiga talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria ED. Paidós 1997 18-20
22. Puentes-Markides C, Castellanos J. Informe final. Reunión de Consulta sobre Políticas de Salud para los Ancianos de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
23. Consejo Nacional de Población - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento en México. México, D.F.: CONAPO-DIF, 1994.

24. Guevara J, Galvan M y Mena R Plasticidad cerebral en el envejecimiento normal y patológico Revista de Gerontología y Geriatria IMSS Vol. 1 13-17
25. Organización Panamericana de la Salud .Pronunciamiento de Consenso sobre políticas de atención al anciano en América Latina. México OPS, 1992 )
26. Snowdon J. The prevalence of depression in old age [editorial]. Int J Geriatr Psychiat 1990;5:145-59.
27. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of disphoria and depression in an elderly population. Am J Psychiatry 1980;137:439-44.
28. González H, Sosa A Depresión en el anciano Revista de Gerontología y Geriatria IMSS Vol. 2 18-23
29. Kermis MD. The epidemiology of mental disorder in the elderly: a response to the Senate/AARP report. Gerontologist 1986;26:482-7
30. Burvill PW. An appraisal of the NIMH epidemiological catchment area program. Aust NZJ Psychiat 1987;21:175-84.
31. Parker G. Are the lifetime prevalence estimates in the ECA study accurate? Psychol Med 1987;17:275-82.
32. Heithoff K. Does the ECA underestimate the prevalence of late-life depression ? J Am Geriatr Soc 1995;43:2-6.
33. Blessed G, Black SE, Butler T, Kay DWK. The diagnosis of dementia in the elderly. A comparison of CAMCOG (The cognitive section of CAMDEX), the AGE CAT program, DSM-III, the Mini-Mental State Examination and some short ratings scales. Br J Psychiatry 1991;159:193-8.
34. Bermejo F., Del Ser T. Demencias Conceptos Actuales. Ed. Díaz de Santos, Madrid; 1993.
35. Junqué C., Jurado M.A. Envejecimiento y demencias. Ed. Martínez Roca, Barcelona; 1994.

36. Bermejo F., Rivera J., Pérez de Molino F. Estadios Evolutivos en la demencia y calidad de vida. Instrumentos para su evaluación. Revista de Gerontología, Abril 1995: 10-16.
37. Recomendaciones del grupo de Consenso sobre el síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. CONSENSOS FUNSALUD 1996
38. Levy R. and Working Party of International Psychogeriatrics Association and Who. Aging-Associated cognitive decline. International Psychogeriatrics 1994; 6: 63-68.
39. Cummings J.L. Dementia: the failing) brain. Lancet 1995; 345: 1481-1484.
40. Henderson A. S. Demencia Epidemiología de los Trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Organización Mundial de la Salud. Meditor S.L., Madrid 1996.
41. Tejeda Ruiz C. Los Hospitales granjas. Salud Pública de México, 9:587-590,1967
42. Calderón Narvaez G. Los Nuevos Hospitales Psiquiátricos en México. Salud Pública de México, 10:875-886,1968
43. Babiker J E : Social and Clinical Correlates Of The "New" Long-Stay. Acta Psychiat Scand, 61: 365-375,1980
44. Lara Muñoz, Ortega Soto ¿ La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica Salud Mental 18(4): 33-40, 1995
45. Folstein Mf, Folstein SE, Mc Hug Pr: Mini-Mental State; a practical meted for grading the cognitive state of patients for the clician. J Psychiatr res 1975; 12: 189-198
46. Mini-Mental State Examination (MMSE) Cockrell-Jr;Folstein-Mf Departament Of Psychiatry and Behavioral Sciences, Jhons Hopkins University Scholl of Medicine, Baltimore, M.D. Psychopharmacol-Bull 24/4 (689-692) 1988

47. Sheik JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale recent evidence and development of a shorter versión. *Clin Gerontologist*, 5: 165-73
48. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL: Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1: 37-44, 1982.
49. D'Ath P; Katona P; Mullan E; Evans S; Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice*, 1994 Sep, 11(3):260-6. (UI: 95145837)
50. Fuld PA, Masur DM, Blau AD, et al: Object-Memory evaluation for prospective detection of dementia in normal functioning elderly: predictive and normative data. *J Clin Exp Neuropsychol* 1990; 12:520-528
51. Wilkinson I, Graham-White J: Psychogeriatric Dependency Rating Scale (PGDRS): a method of assessment for use by nurses. *Br J Psychiatry* 1980; 137:558-565
52. La Rue Ph.D. Linda J. Romero M.D. M. Frances Sassaman M.A. Robert D. Lindeman M.D. Comparison Of cultural Bias in Two Cognitive Screening Instruments in Ederly Hispanic Patients in New México *Am J Geriatr Psychiatry* 1997; 5:333-338 )
53. Muchnik Eva El curso de la vida y la historia de la vida en la Vejez Salvareza L. Ed. Píados 1998 331

## ANEXOS

### Características sociodemográficas

Edad

Sexo

estado civil

soltero  
casado  
divorciado

Nivel socioeconómico

Bajo  
Medio  
alto

Escolaridad

analfabeto  
educación incompleta  
educación terminada

Lugar de nacimiento

Rural  
Urbano

Aplicó \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

EXAMEN MINIMO DEL ESTADO MENTAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ No.  
 Identificación \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_

CALIFICACIÓN MAXIMA	CALIFICACION OBTENIDA		
		<b>ORIENTACION</b>	
5	( )	Pregunte ¿ Que fecha es hoy? Después complete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:	
		¿ En qué año estamos?	( )
		¿ En qué mes estamos?	( )
		¿ Que día del mes es hoy?	( )
		¿ Que día de la semana?	( )
		¿ Que hora es aproximadamente?	( )
		Pregunte ¿ Donde nos encontramos ahora? Para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:	
5	( )	¿ En qué lugar estamos?	( )
		¿ En qué país?	( )
		¿ En qué estado?	( )
		¿ En qué ciudad o población?	( )
		¿ En qué colonia delegación o municipio?	( )
		<b>REGISTRO</b>	
3	( )	Diga al sujeto la siguiente instrucción: ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras: flor, coche y nariz. Después pida al sujeto: Repita las palabras. Califique su ejecución en el primer intento. Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las 3 palabras diga : " Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, Cuando termine repita todas las que recuerde ".Esta instrucción deberá presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las 3 palabras o bien hasta 6 ensayos consecutivos.	
		Anote en la línea correspondiente el numero de ensayos o veces que presentó la lista para que el sujeto la recordara. (Recuerde la calificación para este reactivo se determinara por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo)	
		Flor	( )
		Coche	( )
		Nariz	( )

		Numero de ensayos: ( De 1 a 6)	
5	( )	ATENCION Y CALCULO	
Pida al sujeto: reste de 4 en 4, a partir del 40. Fijese bien, se Trata de contar para atrás restando 4 en cada vez, v. Gr. : 40-4 = 36; 36-4 = 32. continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 sustracciones ( no proporcione ayuda			
		28	( )
		24	( )
		20	( )
		16	( )
		12	( )
		EVOCAACION	
3	( )	Pida al sujeto: repita las tres palabras que le pedí recordara.	
		Flor	( )
		Coche	( )
		Nariz	( )
		LENGUAJE	
3	( )	Nombrar. Muestre al paciente un reloj y pregúntele: ¿ Cómo se llama esto? Repita lo mismo con la pluma.	
		Reloj	( )
		Pluma	( )
1	( )	Repetición. Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración y repítala después de mí, (diga lenta y Claramente): No voy si tú no llegas temprano (solo un ensayo)	
		( )	
3	( )	Comprensión. Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y Pida al sujeto:	
		Tome la hoja de papel con su mano derecha,	
		Después dóblela y tírela al piso (dé un punto por cada paso Correctamente ejecutado).	
		Tome la hoja de papel con la mano derecha	( )
		Dóblela	( )
		Tírela al piso	( )

CALIFICACIÓN

Aplicó \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_



ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (E.D.G.)

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

No. Identificación \_\_\_\_\_

A continuación hay una serie de preguntas "SI" o "NO" a cada una de ellas, MARQUE CON X Dependiendo si la frase refleja como se sintió usted la semana pasada.	si	no
1. -¿ Está usted satisfecho con su vida?	*	*
2. -¿ Ha abandonado usted muchas de sus actividades e intereses?		
3. -¿ Siente usted que su vida esta vacía?		
4. -¿ Se aburre usted con frecuencia?		
5. -¿ Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	*	*
6. -¿ Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?		
7. -¿ Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	*	*
8. -¿ Se siente usted frecuentemente desamparado?		
9. -¿ Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
10. - ¿ Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?		
11. -¿ Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	*	*
12. -¿ Se siente usted que nadie lo aprecia?		
13. -¿ Se siente usted lleno de energía?	*	*
14. -¿ Siente usted que su situación es desesperante?		
15. -¿ Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?		

Sumas parciales \_\_\_\_\_

Aplicó \_\_\_\_\_

Sume los  
Si sin \*

Sume los  
no con \*

Observaciones \_\_\_\_\_

CALIFICACION

(SUME LAS 2 COLUMNAS)

Psychogeriatric Dependency Rating of Scale (PGDRS)

ESCALA DE VALORACION DE DEPENDENCIA PSICOGERIATRICA

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

No. Identificación

	si	no
<b>Orientación</b>		
Nombre completo		
Edad en años		
Reconoce a sus familiares		
Nombra a sus familiares		
Nombra al personal		
Ubica su cama		
Reconoce la ubicación del comedor		
Sabe donde esta el baño		
Cuida sus pertenencias		

Conducta	nunca	ocasional	frecuente
Disociada			
Manipuladora			
Vagabundeo			
Inaceptable social			
Demandante de Interacción			
Comunicación Dificil			
Ruidoso			
Agresión Activa			
Agresión Pasiva			
Inquieto			
Autodestructiva			
destruye cosas			
afecto exaltado			
delirios/alucinaciones			

	nunca	ocasional	frecuente
Utiliza W.C.			
orina en el día			
orina en la noche			
evacua en el día			
evacua en la noche			
alimentación			

Higiene Personal	Requiere de ayuda verbal	Requiere de ayuda física
Oral		
Lavados		
se lava las manos después de W.C.		
Pelo		
para entrar al baño		

Discurso			
Adecuado	Disminuido	Difícil	Mudo

Vista			
Adecuada	Disminuida	Difícil	Ciego

Oído (Audición)			
Adecuada	Disminuida	Difícil	Sordo

Vestido			
Adecuado	Con ayuda verbal	Con ayuda parcial	asistido

Movilidad					
Adecuada	Se sienta rápido	Se acuesta rápido	Sube y baja escalones	Con ayuda parcial	asistido

Aplicó \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EVALUACION EN LA MEMORIA DE OBJETOS.

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

	<b>Reconocimiento táctil</b>	<b>Nombramiento visual</b>	<b>Intento (1)</b>
Pelota			
Botella			
Botón			
Tarjeta			
Taza			
Llave			
Cerillos			
Dedal			
Anillo			
tijeras			

	<b>Reconocimiento táctil</b>	<b>Nombramiento visual</b>	<b>Intento (2)</b>
Pelota			
Botella			
Botón			
Tarjeta			
Taza			

Llave			
Cerillos			
Dedal			
Anillo			
tijeras			
	<b>Reconocimiento táctil</b>	<b>Nombramiento visual</b>	<b>Intento (3)</b>
Pelota			
Botella			
Botón			
Tarjeta			
Taza			
Llave			
Cerillos			
Dedal			
Anillo			
tijeras			
	<b>Reconocimiento táctil</b>	<b>Nombramiento visual</b>	<b>Intento (4)</b>
Pelota			
Botella			
Botón			
Tarjeta			
Taza			
Llave			
Cerillos			
Dedal			
Anillo			

tijeras			
	<b>Reconocimiento táctil</b>	<b>Nombramiento visual</b>	<b>Intento después de 15´</b>
Pelota			
Botella			
Botón			
Tarjeta			
Taza			
Llave			
Cerillos			
Dedal			
Anillo			
tijeras			

	60 segundos	30 segundos	30 segundos	30 segundos	30 segundos
1.	Nombres	Alimentos	Cosas que hacen a la gente feliz	Vegetales	Cosas que hacen a la gente triste
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Total                      Total                      Total                      Total

Aplicó \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_