



11274
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO 5

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS
Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN

PREVALENCIA DE LA QUEJA SUBJETIVA DE
MEMORIA, Y FACTORES RELACIONADOS EN
SUJETOS DE 65 Y MAS AÑOS DE EDAD EN EL AREA
URBANA DE LA CIUDAD DE MEXICO:
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN GERIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. MARIANA PAULA FACHINELLI CORREAS

DIRECTOR DE TESIS: DR. LUIS MIGUEL GUTIFRERZ ROBLEDO



INNSZ

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

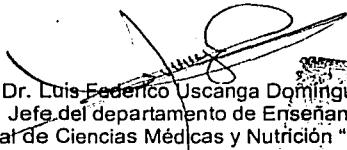
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

PAGINACIÓN DESCONTINUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

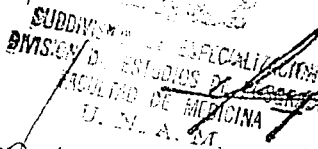
**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
" SALVADOR SUBIRÁN "**

Aceptación de tesis de posgrado para obtener el grado de médico
subespecialista en Geriatría


Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez
Jefe del departamento de Enseñanza
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición " Salvador Zubirán "


INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"DR. SALVADOR ZUBIRÁN"

DIRECCIÓN DE POSGRADO
Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo
México, D.F.
Jefe del departamento de Geriatría
Jefe del programa de Posgrado en Geriatría
Tutor de Tesis


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PREVALENCIA DE LA QUEJA SUBJETIVA DE MEMORIA, Y FACTORES
RELACIONADOS EN SUJETOS DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA URBANA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO**

Dra. Mariana Paula Fachinelli Correas
Residente de Geriatría del INCMNSZ

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Tutor de tesis
Jefe del departamento de Geriatría del INCMNSZ

Dr. Antonio Rafael Villa Romero
Co-tutor de tesis
Departamento de Epidemiología del INCMNSZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A mi gran familia por su amor, dedicación y apoyo en mi crecimiento personal.

Al universo por su conspiración en mi vida.

A mis maestros por su esfuerzo y dedicación.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|----|
| Introducción..... | 1 |
| Justificación..... | 3 |
| Objetivos e Hipótesis..... | 4 |
| Material y métodos..... | 6 |
| Resultados..... | 11 |
| Tablas..... | 12 |
| Discusión..... | 14 |
| Referencias..... | 17 |
| Apéndice..... | 20 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El aumento de la expectativa de vida de la población general en las últimas décadas, ha producido un cambio en los patrones epidemiológicos con una mayor incidencia de padecimientos crónicos y degenerativos. Así en las personas mayores de 60 años, los padecimientos que condicionan deterioro intelectual se observan con mayor frecuencia. (1)

La memoria es un proceso que permite conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal (Sokolov 1970) y nos permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente. Como al avanzar en edad el cerebro sufre una multitud de modificaciones morfológicas y fisiológicas, no es sorprendente que la queja subjetiva de memoria (QSM) aumente con el paso del tiempo. (7)

Estudios transversales y longitudinales, muestran que la mayoría de los sujetos, aunque no todos, desarrolla algún grado de deterioro en el aprendizaje y la memoria especialmente luego de los 70 años (2) pero aún su significado clínico permanece incierto. (6) A este respecto, el foco de atención, está basado en la frecuente QSM por parte de los adultos mayores los cuales refieren con frecuencia que no pueden recordar tan bien como antes. (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

La prevalencia del deterioro subjetivo de la memoria varía en diferentes reportes desde el 34 % hasta el 80 %, según el método de evaluación y la procedencia de las personas. (3, 14, 10, 11, 12). Estas diferencias pueden ser debidas a los distintos tipos de cuestionarios empleados para obtener los datos de la QSM así como también las diferencias en las edades, en la escolaridad y nivel cultural entre los sujetos.

De la revisión de la literatura asequible se desprende que los trastornos de la memoria se ven influenciados por varios factores que pueden estar contribuyendo a su presencia: la edad (13, 3, 14, 15), el sexo (14, 15), la depresión (4, 5, 6, 9, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25), sentimientos de minusvalía (4, 25), la ansiedad (4, 5, 20), el

Insomnio (5), la toma de benzodicepinas (24), los trastornos de la personalidad (9, 22, 25), así como también una auto-percepción negativa del estado de salud.(6, 12, 15, 25) Pueden asociarse también algunas deficiencias sensoriales como los problemas con la audición (12), la dependencia en las actividades de la vida diaria (5) , la pobre interacción social (15, 25) y los años de la escolaridad. (3)

Con respecto a la relación entre la presencia de QSM y un deterioro cognitivo real hay estudios con reportes discordantes. Por una parte se ha reportado que los sujetos que presentan QSM tienen un peor desempeño cognitivo, comparado con aquellos sujetos que no la reportan.(5, 17, 27) Otros investigadores no han confirmado tal relación ,(28, 12, 25, 29, 14, 9, 30)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

En la información disponible sobre la prevalencia del reporte de déficit de memoria , se encuentran tasas con datos variables en sus reportes , y teniendo encuenta la alta frecuencia con la cual los sujetos ancianos presentan esta queja ,conocer la prevalencia de la misma en el área urbana de la Ciudad de México es relevante. La prevalencia de queja subjetiva de memoria es aún incierta , y aquí en la Ciudad de México no ha sido reportada , consideramos que el hecho de poder establecerla en una muestra representativa de 3740 sujetos es muy benéfico y un dato de valor estadístico importante . También se buscarán factores relacionados con esta queja para tener un enfoque más integral del sujeto que presenta este síntoma y de ello surgirá una intervención más adecuada.

Debe hacerse notar también que esta queja subjetiva de memoria está relacionada con factores como la edad, el sexo, la depresión , la auto-percepción del estado de salud: la intervención sobre los factores asociados susceptibles de modificación, mejoraría el nivel de salud de los sujetos y con ello cambiaría el reporte de la queja subjetiva de memoria. Los estudios han encontrado resultados controversiales con respecto a si la queja subjetiva de memoria se correlaciona con un déficit cognoscitivo objetivo, por lo tanto sigue siendo pertinente determinar si existe o no esta relación luego de establecida la prevalencia de la queja subjetiva de memoria y sus factores relacionados, se pueden plantear estudios de cohorte para determinar causalidad con los factores de riesgo y determinar la evolución de este síntoma, es decir que sujetos con la queja progresan a demencia y quienes no.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia de la queja subjetiva de memoria en sujetos de 65 años o más ,en el área urbana de la Ciudad de México?
- ¿Cuáles son los factores asociados a la queja de memoria ?
- ¿Existe una relación entre la queja subjetiva de memoria y el déficit objetivo cognoscitivo ?

OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar la prevalencia de la queja subjetiva de memoria en el área urbana de la Ciudad de México en la población de 65 y más años de edad.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Identificar factores relacionados con la queja subjetiva de memoria , tales como edad, sexo, escolaridad, estado civil, auto-percepción del estado de salud, depresión, privación sensorial.
- Determinar si existe una relación entre la queja subjetiva de memoria y el déficit cognoscitivo objetivo .
- Determinar la prevalencia de la queja de memoria reciente y memoria remota en la población de 65 años y más de edad ,en el área urbana de la Ciudad de México

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

La prevalencia de la queja subjetiva de memoria será cercana al 50 % en la población urbana de sujetos de 65 años o más , en la Ciudad de México.

HIPÓTESIS NULA

La prevalencia de la queja subjetiva de memoria no será cercana al 50 % en la población urbana de sujetos de 65 años o más , en la Ciudad de México.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Existe una correlación entre factores socio-demográficos, depresión, auto-percepción del estado de salud, privación sensorial, con la queja subjetiva de la memoria en sujetos ancianos .

HIPÓTESIS NULA

No existe una correlación entre factores socio-demográficos, depresión, auto-percepción del estado de salud, privación sensorial, con la queja subjetiva de la memoria en sujetos ancianos .

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La queja subjetiva de memoria se relaciona con un deterioro cognoscitivo objetivo.

HIPÓTESIS NULA

La queja subjetiva de memoria no se relaciona con un deterioro cognoscitivo objetivo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio descriptivo y de tipo transversal.

DISEÑO MUESTRAL DEL ESTUDIO

El primer paso en el diseño de la muestra fue definir a las Unidades Primarias de Muestreo (UPM). Por razones prácticas se decidió considerar a los ABEG-S (Área Geo-estadística Básica) de la Ciudad de México como UPM. El siguiente paso consistió en definir regiones, agrupando a las UPM en las llamadas "Delegaciones Políticas" de la Ciudad de México (16 en total). Se seleccionaron manzanas y se entrevistó a un sujeto de 65 años o más, seleccionado aleatoriamente. Aquellos sujetos que no estuvieron de acuerdo en participar fueron reemplazados con otro sujeto de 65 años o más que viviera en la misma manzana. A éste plan de muestreo dentro de cada una de las 16 regiones se le conoce comúnmente como muestreo por conglomerados en dos etapas y con probabilidad proporcional al tamaño de las unidades primarias de muestreo (UPM). Se obtuvieron muestras representativas de cada delegación.

TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño total de la muestra se determinó en 4000 sujetos. El estudio de prevalencia de queja subjetiva de memoria, se efectuó a partir de la misma base de datos conformada para el estudio de la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en la ciudad de México, muestra conformada en base a la metodología descrita. Considerando que la tasa de prevalencia reportada del déficit subjetivo de memoria es del 51 % en promedio, ésta es casi 10 veces superiores a la prevalencia estimada para la enfermedad de Alzheimer, podemos asumir que el tamaño de la muestra es largamente suficiente para los propósitos del presente estudio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

METODOLOGÍA DE LA ENTREVISTA

Una muestra representativa de 4000 sujetos de 65 y más años de edad del área urbana de la Ciudad de México, que vivían en la comunidad fueron entrevistados en su domicilio y se obtuvo la siguiente información : características sociodemográfica, sobre la deprivación sensorial , auto-percepción del estado de salud , evaluados para depresión con la "Escala Breve de Depresión Geriátrica" en su versión en español. Se obtuvo información sobre la presencia de quejas subjetivas de falla de memoria y si la respuesta era positiva se procedió a interrogar sobre el tipo de falla de memoria , déficit de memoria reciente y / o déficit de memoria remota.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener 65 o más años de edad
- Vivir en su domicilio dentro del área urbana de la Ciudad de México
- Estar dispuestos a cumplir con los procedimientos de la encuesta para obtener información
- Familiaridad con el lenguaje en que se practican las pruebas
- Completar los datos de la encuesta y pruebas neuro-psicológicas

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padecer una enfermedad que ponga en peligro la vida del sujeto (es decir, alguna condición que requiera de medios externos para mantener con vida al sujeto o enfermedades terminales de cualquier tipo)
- No tener la capacidad para cumplir con los procedimientos de la encuesta

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No completar los datos de la encuesta y pruebas neuro-psicológicas

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables numéricas se resumieron mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables categóricas se resumieron con tablas de frecuencias y porcentajes.

Para medir la fuerza de la asociación entre la queja subjetiva de memoria y los factores asociados, se calculó la razón de momios.

Se realizó un análisis multi-variado, (regresión logística) para ver cuales factores se seguan asociando a la queja subjetiva de memoria. Se realizó también una prueba de co-linealidad entre las variables independientes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado que éste no es un estudio de intervención, los sujetos no fueron expuestos a ningún riesgo durante el estudio. Para que el personal de campo llevara a cabo las entrevistas primero debió contar con la aprobación de cada uno de los sujetos participantes.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Edad : sujetos que tenían 65 años o más de edad a la hora de la entrevista. Es una variable numérica. Dato derivado de la respuesta del sujeto y en concordancia con su familiar.

Género : es una variable categórica. Dato derivado del fenotipo del sujeto.

Déficit de la visión cercana : sujetos contestaron a la pregunta ¿tiene usted dificultad para leer las letras pequeñas del periódico aún con anteojos (en su caso) ?.

Es una variable categórica. Dato derivado de la respuesta del sujeto como si o no

Déficit de la visión lejana : sujetos contestaron a la pregunta ¿tiene usted dificultad para reconocer a la gente al otro lado de la calle, aún con lentes (en su caso) ? Es

una variable categórica. Dato derivado de la respuesta del sujeto como si o no.

Déficit auditivo : sujetos contestaron a la pregunta ¿tiene usted dificultad para seguir una conversación aún con un auxiliar auditivo (en su caso) ? Es una variable categórica . Dato derivado de la respuesta del sujeto como si o no.

Dificultad en el habla : sujetos contestaron a la pregunta ¿tiene usted dificultad para hablar ? . Es una variable categórica . Dato derivado de la respuesta del sujeto como si o no.

Estado civil : sujetos refirieron su estado civil. Es una variable de tipo nominal. Dato derivado de la respuesta del sujeto como soltero , casado, viudo o separado .

Escolaridad : sujetos contestaron a la siguiente pregunta ¿cuantos años de estudio completó usted ? Es una variable numérica . Dato derivado de la respuesta del sujeto.

Ocupación : sujetos contestaron a la siguiente pregunta ¿qué ocupación ha tenido la mayor parte de su vida adulta (principal)?Es una variable nominal. Dato derivado de la respuesta del sujeto.

Estado de salud : sujetos contestaron a la siguiente pregunta ¿cómo se encuentra de salud usted en estos últimos días?¿diría usted que su salud es muy buena , bastante buena , no tan buena , mala o muy mala ?Es una variable nominal. Dato derivado de la respuesta del sujeto.

Problemas de memoria : sujetos contestaron la siguiente pregunta ¿tiene usted problemas con su memoria?. Es una variable categórica. Dato derivado de la respuesta del sujeto como si o no.

Olvidos de cosas recientes : sujetos contestaron la siguiente pregunta ¿se le olvidan las cosas recientes ? , si la respuesta a la pregunta de problemas con su memoria fue positiva . Es una variable categórica. Dato derivado de la respuesta del sujeto como si o no.

Olvidos de cosas remotas : sujetos contestaron la siguiente pregunta ¿tiene dificultad para recordar las cosas mas remotas ,como su infancia o juventud ? , si la respuesta a la pregunta de problemas con su memoria fue positiva . Es una variable categórica. Dato derivado de la respuesta del sujeto como si o no.

Síntomas depresivos : se evaluaron los síntomas de depresión a través de la escala breve de depresión geriátrica. Se consideró que un sujeto no presentaba síntomas depresivos con un puntaje de 0 a 3 , que presentaba algunos síntomas depresivos con un puntaje de 4 a 7 y que presentaba moderados a severos síntomas depresivos con un puntaje de 8 a 11. Es una variable numérica. Dato derivado de la respuesta del sujeto a las preguntas de la escala de depresión geriátrica .

Deterioro cognoscitivo: cuándo obtenía un determinado puntaje según los puntos de corte especificados para el mini-neuropsi. Los puntos de corte : edad entre 65-75 años con escolaridad nula < 34 puntos , con escolaridad entre 1-4 años < 43 puntos ,con escolaridad entre 5-9 años <52 puntos y con 10-24 años de escolaridad <59 puntos . Edad de 76 años o más con escolaridad nula < 32 puntos , con escolaridad entre 1-4 años < 35 puntos ,con escolaridad entre 5-9 años <40 puntos y con 10-24 años de escolaridad <40 puntos. Es una variable numérica . Es una variable numérica . Dato derivado del puntaje obtenido en la prueba.

RESULTADOS

De los 4047 sujetos entrevistados en su domicilio, 47 no completaron el 50 % de la encuesta. De los 4000 sujetos restantes sólo 3740 sujetos no tuvieron datos faltantes en las variables de interés. El 4.2 % tenían pérdida en al menos 1 variable de interés, pérdida en 2 variables el 0.6 % y en 6 variables el 0.2 %.

Se analizaron un total de 3740 sujetos que completaron todas las pruebas de tamizaje.

En la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas y de salud, incluyendo los déficit sensoriales de los sujetos, la auto-percepción de su estado de salud, los puntajes de los síntomas depresivos y la función neuro-cognoscitiva. Más de la mitad de la muestra se encontraba entre los 65 a los 74 años de edad. Con respecto a la ocupación que desempeñaron la mayor parte de su vida, el 45.8 % eran amas de casa, lo que coincide con el mayor porcentaje de mujeres en la muestra. La tabla 2 muestra los datos de prevalencia de la queja subjetiva de memoria, de los olvidos remotos y los recientes. La tabla 3 muestra los datos de los factores asociados a la queja subjetiva de memoria. Con una mayor edad, la queja de memoria se incrementa. Éste mismo gradiente se observa en relación a la auto-percepción del estado de salud y el puntaje para la depresión, a medida que éstos aumentan, la asociación con la queja también. En la tabla 4 se muestran los factores asociados que siguieron siendo significativos en el modelo multi-variado de regresión logística. Se midió un modelo de multi-co-linearidad entre las variables independientes, a través de la matriz de correlación y se encontró que ninguna de ellas correlacionó con más del 50 %. Si bien en el análisis bivariado hay menor puntaje en el desempeño de las pruebas cognoscitivas en los sujetos con queja subjetiva de la memoria, esto no se mantiene en el análisis multi-variado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1 Características sociodemográficas

| | PORCENTAJES |
|---|-------------|
| EDAD X = 72.28 SD = 6.77 | |
| 65-69 años | 44 % |
| 70-74 años | 24.5 % |
| 75-79 años | 16.2 % |
| 80-84 años | 8.8 % |
| 85-89 años | 4.3 % |
| 90-94 años | 1.6 % |
| Más 95 años | 0.5 % |
| GENERO | |
| Femenino | 67.4 % |
| Masculino | 32.6 % |
| ESCOLARIDAD X = 4.42 SD = 4.02 | |
| Analfabetos | 22 % |
| 1 a 6 años | 58 % |
| Más 7 años | 20 % |
| ESTADO CIVIL | |
| Casado | 47.8 % |
| Viudo | 40.2 % |
| Soltero | 6.7 % |
| Divorciado | 5.3 % |
| Otros | 0.3 % |
| DEFICIT SENSORIAL | |
| Déficit Visión Cercana | 37.9 % |
| Déficit Visión Lejana | 18 % |
| Déficit Audición | 5.9 % |
| Déficit para Hablar | 1.2 % |
| AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD | |
| No tan Buena | 43.3 % |
| Mala | 20.7 % |
| Bastante Buena | 17.6 % |
| Muy Buena | 13.3 % |
| Muy Mala | 5.1 % |
| PUNTAJE GDS X = 3.61 SD = 2.75 | |
| 0 a 3 puntos | 55 % |
| 4 a 7 puntos | 33.2 % |
| 8 a 13 puntos | 11.3 % |
| MININEUROPSI X = 53.07 SD = 11.89 | |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 2 Prevalencia de la Queja Subjetiva de Memoria

| PROBLEMAS DE MEMORIA | PORCENTAJES |
|--------------------------|-------------|
| si | 55.6 % |
| no | 44.4 % |
| OLVIDOS RECIENTES | |
| si | 90 % |
| no | 10 % |
| OLVIDOS REMOTOS | |
| si | 19.5 % |
| no | 80.5 % |

Tabla 3 Factores asociados a la Queja Subjetiva de Memoria

| FACTORES ASOCIADOS A LA QSM | O.R. | p | I.C. 95 % |
|--|------|----------|-------------|
| EDAD | | | |
| < 71 años / > 70 años | 1.64 | <0.0001 | 1.44 - 1.87 |
| 70-74 / 65-69 | 1.38 | <0.0001 | 1.17 - 1.63 |
| 75-79 / 65-69 | 1.63 | <0.0001 | 1.35 - 1.98 |
| 80-84 / 65-69 | 1.65 | <0.0001 | 1.29 - 2.12 |
| 85-89 / 65-69 | 2.31 | <0.0001 | 1.66 - 3.32 |
| 90-108 / 65-69 | 2.72 | <0.0001 | 1.61 - 4.63 |
| GENERO | | | |
| Femenino / Masculino | 1.38 | <0.0001 | 1.21 - 1.59 |
| ESCOLARIDAD | | | |
| Menos de 7 años / más de 7 años | 1.27 | 0.003 | 1.08 - 1.49 |
| Analfabetos / > 7 años escolaridad | 1.12 | 0.25 | 0.92 - 1.38 |
| 1 a 6 / > 7 años escolaridad | 1.35 | <0.0001 | 1.14 - 1.61 |
| ESTADO CIVIL | | | |
| Otros / Casados | 1.28 | < 0.0001 | 1.12 - 1.46 |
| Soltero / Casado | 1.00 | 0.99 | 0.76 - 1.32 |
| Separado / Casado | 1.11 | 0.47 | 0.82 - 1.51 |
| Viudo / Casado | 1.36 | <0.0001 | 1.18 - 1.57 |
| DÉFICIT SENSORIAL | | | |
| Dificultad Visión Cercana si / no | 1.44 | <0.0001 | 1.26 - 1.65 |
| Dificultad Visión Lejana si / no | 2.10 | <0.0001 | 1.75 - 2.51 |
| Dificultad en Audición si / no | 1.9 | <0.0001 | 1.41 - 2.55 |
| AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD | | | |
| mala / buena | 1.73 | < 0.0001 | 1.48 - 2.01 |
| Bastante buena / Muy buena | 1.10 | 0.43 | 0.86 - 1.40 |
| No tan buena / Muy buena | 1.92 | <0.0001 | 1.56 - 2.37 |
| Mala / Muy buena | 2.25 | <0.0001 | 1.77 - 2.85 |
| Muy mala / Muy buena | 5.05 | <0.0001 | 3.37 - 7.59 |
| SINTOMAS DEPRESIVOS | | | |
| No /si | 3.70 | <0.0001 | 3.11 - 4.40 |
| 4 a 7 / 0 a 3 puntos | 2.42 | <0.0001 | 2.09 - 2.81 |
| 8 a 11 / 0 a 3 puntos | 6.09 | <0.0001 | 4.63 - 8.03 |
| DETERIORO COGNOSCITIVO (MININEUROPSI) | | | |
| si / no | 1.38 | <0.0001 | 1.15 - 1.66 |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 4 Análisis multivariado

| | O.R. | p | I.C. 95 % |
|------------------------------------|------|---------|-------------|
| AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD | 1.20 | <0.02 | 1.02 - 1.42 |
| GÉNERO FEMENINO / MASCULINO | 1.25 | 0.0018 | 1.08 - 1.45 |
| EDAD > 70 / < 70 AÑOS | 1.46 | <0.0001 | 1.27 - 1.67 |
| DÉFICIT VISION LEJANA | 1.61 | <0.0001 | 1.32 - 1.97 |
| DÉFICIT AUDITIVO | 1.62 | 0.002 | 1.19 - 2.20 |
| PUNTAJE PARA DEPRESIÓN | 3.10 | <0.0001 | 2.58 - 3.73 |

DISCUSIÓN

La prevalencia de la queja subjetiva de memoria en los sujetos de 65 años y más en la zona urbana de la ciudad de México, fue del 55.3 %. Nuestra prevalencia es similar a la encontrada en un estudio llevado a cabo en Francia en sujetos de la misma edad en donde los autores reportan una prevalencia del 60.8 % (10) y un estudio hecho en Estados Unidos donde se reporta un 48.3 %, de prevalencia en población mayor y negra. (12) En el estudio realizado en Ámsterdam la prevalencia es más baja (3) que la encontrada por nosotros (34.3%), pero en este estudio sólo se valoró a los sujetos sin demencia y sin depresión, lo cual probablemente explica la menor prevalencia encontrada.

Los sujetos de mayor edad presentan más QSM. Estos datos coinciden con diferentes autores (3, 13, 14, 15). Una posible explicación del fenómeno es que con el aumento de la edad hay un mayor número de enfermedades co-mórbidas, déficit sensoriales y mayor número de síntomas depresivos, todo lo cual contribuye a presentar un incremento en el reporte de la QSM.

Otro hallazgo fue el que las QSM fueron mayores en mujeres y en los sujetos más viejos, lo cual coincide nuevamente con los datos reportados en otros estudios (14). La posible causa ello podría estar en un aumento en la edad media de las mujeres, lo cual lleva a un mayor número de enfermedades co-mórbidas y QSM .Con respecto al nivel de escolaridad, vimos que en el análisis de regresión logística no hubo una relación significativa con la QSM, en ello coincidimos con Wilson y Bleecker, quienes

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

sugieren que el nivel de vocabulario es un mejor indicador que la escolaridad, ya que los sujetos ancianos pueden tener pocos años de educación formal pero muchos años en su propia preparación. Otro punto de coincidencia con reportes previos, fue la asociación de QSM con un mayor puntaje para la depresión (4, 5, 6, 9, 16, 17, 19, 20, 22, 25). Los síntomas depresivos se relacionan con una mala auto-percepción de salud del anciano, especialmente cuando hay también una deficiente red de apoyo y la presencia de discapacidades. Congruente con esto, también la autopercepción de estado de salud se ve claramente asociada a la QSM, y que también confirma lo encontrado en otros estudios (6, 12, 15, 25). Esta relación se considera debida a que con el aumento de la edad en muchos sujetos hay mayores déficit sensoriales, mayor aislamiento social y mayores síntomas depresivos que en conjunto ocasionan que el sujeto anciano tenga una percepción pobre de su estado de salud con respecto a sí mismo en un tiempo previo.

Ahora bien, debido a una estrecha relación entre los síntomas depresivos y la auto-percepción del estado de salud, se realizó también un análisis de co-linearidad entre estas variables; dando un resultado negativo lo cual nos indica que si bien están estrechamente relacionadas estas variables, ambas deben incluirse en un modelo predictivo de queja subjetiva de memoria. Tener dificultades en la audición se asoció a la presencia de la QSM; dato también reportado por otros autores (12), aunque la diferencia de este estudio es que sólo es limitada a población anciana y de raza negra. Los sujetos con QSM tuvieron un desempeño levemente más pobre en las pruebas neuro-psicológicas que los sujetos que no presentaron la QSM; aunque este dato no se mantuvo en el análisis multi-variado de predicción. Hay varios autores quienes no encuentran una asociación entre la QSM y el desempeño objetivo de la misma. (28, 12, 25, 29, 14, 9, 30)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

La prevalencia de la queja subjetiva de memoria en los sujetos de 65 años y más que viven en la zona urbana de la ciudad de México es medianamente alta . Se identificaron como factores asociados a la QSM: el género femenino, el déficit sensorial auditivo y visual (para la visión lejana), la presencia de síntomas depresivos, la mayor edad del sujeto y una auto-percepción negativa del estado de salud. Por lo cual concluimos que el origen de la queja subjetiva de memoria está probablemente más en relación con el deterioro general del estado de salud y en particular con la presencia de déficit sensorial y síntomas depresivos que con un deterioro objetivo de las funciones cognitivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

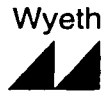
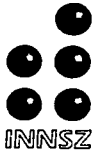
REFERENCIAS

1. Gutiérrez LM, Grupo de Consenso sobre el Síndrome de Deterioro Intelectual. FUNSALUD , Cd de México 1996.ISBN 968-6186-71-9.
2. Principles of geriatric Neurology, Contemporary Neurology Series, Robert Katzman, John W Rowe .
3. Cees Jonker, Lenore Launer, Chris Hooijer and Jaap Lindeboom. Memory complaints and memory impairment in older individuals. JAGS 1996; 44: 44-49.
4. Romatet S. Memory complaints in the elderly : a step towards demential ? Presse Med 1998; 27(31): 1585-1587.
5. Clarnette RM, Almeida OP, Forstl H, Paton A, Martins RN. Clinical characteristics of individuals with subjective memory loss in Western Australia: results from a cross-sectional survey. International Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 16(2): 168-74.
6. Stewart R, Russ C, Richards M, Brayne C, Lovestone S, Mann A. Depression, APOE genotype and subjective memory impairment: a cross-sectional study in an African-Caribbean population.Psychological Medicine 2001; 31(3): 431-40.
7. Barbara B, Sherwin. Mild cognitive impairment :potential pharmacological.Treatment opinions.JAGS 2000; 48:431-441.
8. Derouesne C, Lacomblez L. Memory complaints: epidemiology and diagnostic approach. Presse Medicale 2000; 29(15): 858-62.
9. Koivisto K, Reinikainen KJ, Hänninen T, Vanhanen M, Helkala EL, Mykkänen L, Laakso M, Pyörälä K and Riekkinen PJ. Prevalence of age - associated memory impairment in a randomly selected population from eastern Finland . Neurology 1995; 45: 741-747.
10. Dartigues JF, Fabrigoule C, Letenneur L, Amieva H, Thiessard F, Orgogozo JM. Epidemiology of memory disorders. Therapie 1997; 52(5): 503-506.
11. Tobiansky R, Blizard R, Livingston G, Mann A. The Gospel Oak Study stage IV : the clinical relevance of subjective memory impairment in older people. Psychol Med 1995; 25(4) : 779-786.
12. Bazargan M, Barbre AR. The effects of depression, health status, and stressful life-events on self-reported memory problems among aged blacks. Int J Aging Hum Dev 1994; 38(4): 351-362.
13. Principles of geriatric medicine and gerontology , editors . William R. Hazzard , M.D. et al. 4th ed.
14. Karen I, Bolla, Karen N, Lindgren, Cathy Bonaccorsy, Margit Bleecker. Memory complaints in older adults. Fact or fiction? Arch Neurol 1991; 48: 61-64.
15. Fred CJ Stevens, Charles D. Kaplan , Rudolph WHM Ponds, Joseph PMDierderiks, Jellemer Jolles. How ageing and social factors affect memory. Age and ageing 1999; 28: 379-384.

16. Antikainen R, Hanninen T, Honkalampi K, Hintikka J, Koivumaa-Honkanen H, Tanskanen A, Viinamaki H. Mood improvement reduces memory complaints in depressed patients. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 2001; 251(1): 6-11.
17. Wang PN, Wang SJ, Fuh JL, Teng EL, Liu CY, Lin CH, Shyu HY, Lu SR, Chen CC, Liu HC. Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population. *JAGS* 2000; 48(3): 295-299.
18. Smith GE, Petersen RC, Ivnik RJ, Malec JF, Tangalos EG. Subjective memory complaints, psychological distress, and longitudinal change in objective memory performance. *Psychol Aging* 1996; 11: 272-279.
19. Riedel-Heller SG, Schork A, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective memory loss-a sign of cognitive impairment in the elderly? An overview of the status of research. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2000; 33(1): 9-16.
20. Almeida OP. Memory complaints and the diagnosis of dementia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 1998; 56(3A): 412-418.
21. Grut M, Jorm AF, Fratiglioni L, Forsell Y, Vitanen M, Winblad B. Memory complaints of elderly people in a population survey: variation according to dementia stage and depression. *JAGS* 1993; 41(12): 1295-1300.
22. McDonald E, Cope H, David A. Cognitive impairment in patients with chronic fatigue: a preliminary study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56(7): 812-815.
23. Paul Verhaeghen and Alfons Marcoen. More or less the same? A memorability analysis on episodic memory tasks in young and older adults. *Journal of Gerontology* 1993; 48: 172-178.
24. Hedner J, Yaeche R, Emilien G, Farr I, Salinas E. Zaleplon shortens subjective sleep latency and improves subjective sleep quality in elderly patients with insomnia. *Int J Psychiatry* 2000; 15 (8): 704-712.
25. Tuomo Hänninen MA, Kari J, Reinikainen MD, Eeva -Liisa Helkala, Keijo Koivisto, Leena Mykkänen MD, Markku Laakso MD, Kalevi Pyörälä MD and Paavo J Riekkinen. Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. *JAGS* 1994; 42: 1-4.
26. Commissaris CJ, Jolles J, Verhey FR, Ponds RW, Damoiseaux V, Kok GJ. Forgetful or demented? Who worries and why? *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1993; 24(4): 144-149.
27. Zimprich D, Martin M. Subjective cognitive dysfunctions in the elderly: a change-oriented viewpoint. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2001; 34(3): 232-41.
28. Derousne C, Laconblez L, Thibault S, Le Poncin M. Memory complaints in young and elderly subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(4): 291-301.
29. Dentone MJ, Insua AM. Memory complaints and memory deficits in healthy and depressed elderly individuals. *Medicina (B.Aires)* 1997; 57(5): 535-540.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30. Erika M. Eby, David B. Hogan MD, Irma M. Parhad. Cognitive Impairment in the nondemented elderly. *Arch Neurol* 1995; 52: 612-619.
31. Fox NC, Warrington EK, Seiffer AL, Agnew SK and Rossor MN. Presymptomatic cognitive deficits in individuals at risk of familial prospective study. *Brain* 1998; 121: 1631-1639.
32. Lars Bäckman. Plasticity of memory functioning in normal aging and Alzheimer's disease. Sections of Psychology, Stockholm Gerontology Research Center, Dalagatan 9-11.
33. Paul Verhaeghen, Alfons Marcoen and Luc Goosenes. Facts and fiction about memory aging : a quantitative integration of research findings. *Journal of Gerontology* 1993; 48: 157-168.
34. Petersen RC, Smith G, Kokmen E, Ivnik RJ and Tangalos EG . Memory function in normal aging. *Neurology* 1992; 42: 396-401.
35. Barker A, Jones R, Jennison C. A prevalence study of age-associated memory impairment. *Br J Psychiatry* 1995; 167(5): 642-648.
36. Derovesne C. Memory , aging and Alzheimer's disease. *Rev Prat* 1991 ; 41(10) :800-806.
37. O'Hara MW, Hinrichs JV, Kohour FJ, Wallace RB, Lemke JH. Memory complaint and memory performance in the depressive elderly. *Psychol aging* 1986; 3: 208-214.
38. Riedel-Heller SG, Matschinger H, Schork A, Angermeyer MC. Do memory complaints indicate the presence of cognitive impairment? Results of a field study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249(4): 197-204.
39. Ostrosky-Solis F, Ardila A, Roselli M. Neuropsi: a brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Journal of International Neuropsychological Society* 1999; 5: 413-433.
40. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Hiersema P, Adey M, Rose TL, Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol.* 1982; 1: 141-145.



**ESTUDIO DE SALUD
Y FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO
EN PERSONAS MAYORES
DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

| | | |
|---------------------|-----------------|-----------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | Nº DEL PACIENTE | INICIALES |
|---------------------|-----------------|-----------|

| | |
|-----------|------|
| DOMICILIO | AGEB |
|-----------|------|

| | |
|--------------|---------------|
| INVESTIGADOR | ENTREVISTADOR |
|--------------|---------------|

PROTOCOLO
SDC-4109

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Si hay alguna respuesta positiva, indique si es que el sujeto tiene:

- Sordera profunda, que haga imposible la entrevista: 1) Si 2) No
(En este caso, los datos demográficos se obtendrán del informante y el sujeto será referido para su valoración clínica.)

- Ceguera total: 1) Si 2) No
(En cuyo caso el sujeto es excluido.)

- El sujeto es débil visual o no puede leer: 1) Si 2) No

(Las preguntas de la batería de tamizaje que implican lectura no aplicarán. El puntaje total se determinará por el supervisor quien definirá si el tamizaje es o no positivo).

Idioma

- El sujeto tiene como lengua materna el español: 1) Si 2) No
(en caso negativo se excluye)

Criterios de Inclusión: Los sujetos encuestados deberán:

- I) Tener 65 o más años de edad: 1) Si 2) No

- II) Estar dispuestos a cumplir con los procedimientos de la encuesta para obtener información: 1) Si 2) No

- III) Estar dispuesto para acudir a la consulta externa del INNSZ para su evaluación en la clínica de cognición: 1) Si 2) No

- IV) Vivir en su domicilio: 1) Si 2) No

Criterios de exclusión: Los sujetos encuestados que cumplan con algunos de los enunciados siguientes no podrán formar parte del estudio:

- I) Padecer una enfermedad que ponga en peligro la vida del sujeto (es decir, alguna condición que requiera de medios externos para mantener con vida al sujeto o enfermedades terminales de cualquier tipo): 1) Si 2) No

- II) Cualquier otra situación que resulte incompatible con los procedimientos de la encuesta: 1) Si 2) No

Especifique: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

REGISTRO

□ □ □ □

1.- ¿Cuál es su actual estado civil? (sólo una respuesta es aceptada)

□

- 1) Soltero 2) Casado 3) Separado
4) Divorciado 5) Viudo 6) Otro (especificar)

2.- ¿Cuántos años de estudio completó usted?

□

NS) No sabe

Si los años de estudio son menores a 6

3.- ¿Puede usted leer el diario y escribir una carta?

□

- 0) No 1) Si
NS) No sabe NA) No aplica

4.- ¿Qué ocupación ha tenido la mayor parte de su vida adulta (principal)?

Codifique de acuerdo a la siguiente lista de grupos principales (hasta 2):

□

| Código | Ocupación |
|--------|---|
| 1 | Legisladores. |
| 2 | Profesionales universitarios. |
| 3 | Técnicos y profesionales asociados. |
| 4 | Empleados. |
| 5 | Trabajadores públicos, empleados de tiendas y mercados. |
| 6 | Agricultores y pescadores artesanales. |
| 7 | Trabajadores construcción y artesanos. |
| 8 | Operadores mecánicos. |
| 9 | Ocupaciones básicas (servicios). |
| 10 | Fuerzas armadas. |
| 11 | Ama de casa. |
| 12 | Otra (especificar): _____ |

5.- ¿Esta usted jubilado de su trabajo?

- 0) No 1) Si NS) No sabe NA) No aplica

□

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.- ¿Actualmente, cuál es su ocupación?

| Código | Ocupación |
|--------|---|
| 1 | Legisladores. |
| 2 | Profesionales universitarios. |
| 3 | Técnicos y profesionales asociados. |
| 4 | Empleados. |
| 5 | Trabajadores públicos, empleados de tiendas y mercados. |
| 6 | Agricultores y pescadores artesanales. |
| 7 | Trabajadores construcción y artesanos. |
| 8 | Operadores mecánicos. |
| 9 | Ocupaciones básicas (servicios). |
| 10 | Fuerzas armadas. |
| 11 | Unicamente jubilados. |
| 12 | Ama de casa. |
| 13 | Otra (especificar): _____ |

7.- ¿ Se considera usted miembro de un grupo étnico o religioso en particular?

0) No 1) Si NS) No sabe

¿Cuál grupo étnico o religioso? textual: _____

- 1) Católico
- 2) Judío
- 3) Musulmán
- 4) Gitano
- 5) Indígena
- 6) Otro (especificar): _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NEUROPSI

I. ORIENTACIÓN

| | Respuesta | MMS | NP |
|-------------------------------------|-----------|------|------|
| 8.- ¿ En qué año estamos? | _____ | | |
| 9.- ¿ En qué mes estamos? | _____ | | |
| 10.- ¿ Que día del mes es hoy? | _____ | | |
| 11.- ¿ Que día de la semana? | _____ | | |
| 12.- ¿ Que hora es aproximadamente? | _____ | | |
| 13.- ¿ En que lugar estamos? | _____ | | |
| 14.- ¿ En qué país? | _____ | | |
| 15.- ¿ En qué estado? | _____ | | |
| 16.- ¿En qué ciudad o población? | _____ | | |
| 17.- ¿ En qué colonia o delegación? | _____ | | |
| 18.- ¿Cuantos años tiene? | _____ | | |
| | | (10) | (11) |

II. MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.
Proporcione los tres ensayos.

A.- Curva de Memoria Espontánea

| | | |
|---------------------|-------------|-------------|
| Gato _____ | Mano _____ | Codo _____ |
| Pera _____ | Vaca _____ | Fresa _____ |
| Mano _____ | Fresa _____ | Pera _____ |
| Fresa _____ | Gato _____ | Vaca _____ |
| Vaca _____ | Codo _____ | Gato _____ |
| Codo _____ | Pera _____ | Mano _____ |
| Total: _____ | _____ | _____ |
| 1° ensayo | 2° ensayo | 3° ensayo |

- Intrusiones: _____
- Perseveraciones: _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

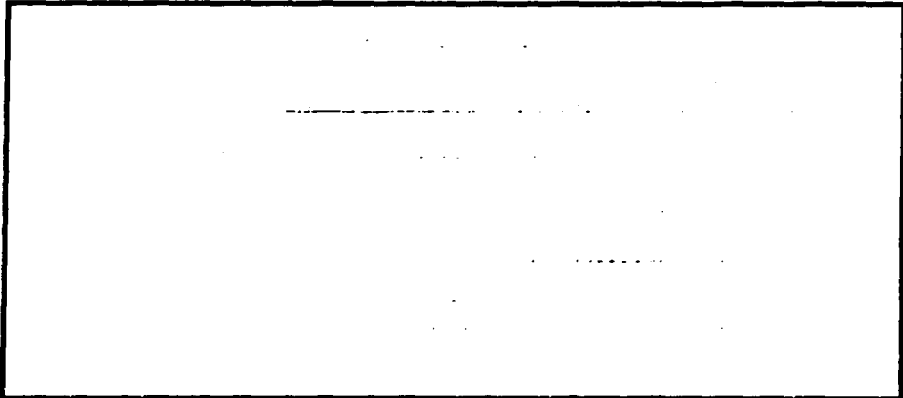
19.- TOTAL PROMEDIO:

(6) NP

B.- Proceso Visoespacial (copia de figura semicompleja).

Pida que copie la lámina 1 del material anexo.

(Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.)



Hora: _____

20.- TOTAL:

(12)

NP

III. LENGUAJE

A.- Nombrar

Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con el lápiz.

Reloj ()

Lápiz ()

21.- TOTAL:

(2)

MMS

B.- Repetición

Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración, repítala después de mi, lenta y claramente: No voy si tú no llegas temprano. (sólo un ensayo).

22.- TOTAL:

(1)

MMS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C.- 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 su mano derecha ()

Dóblela ()

Tírela al piso ()

23.- TOTAL:

(3)

MMS

D.- Lectura

Muestre al sujeto la instrucción escrita "Cierre sus ojos", incluidas en las tarjetas. Pida al sujeto: Por favor, haga lo que dice aquí.

24.- TOTAL:

(1)

MMS

E.- Escritura

Muestre al sujeto esta hoja. Pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto verbo (no proporcione ayuda).

25.- TOTAL:

(1)

MMS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

F.- Fluidex Verbal

Pida, en un minuto, los nombres de todos los animales que conozca.

| Nombres de Animales | | |
|---------------------|-----|-----|
| 1. | 15. | 29. |
| 2. | 16. | 30. |
| 3. | 17. | 31. |
| 4. | 18. | 32. |
| 5. | 19. | 33. |
| 6. | 20. | 34. |
| 7. | 21. | 35. |
| 8. | 22. | 36. |
| 9. | 23. | 37. |
| 10. | 24. | 38. |
| 11. | 25. | 39. |
| 12. | 26. | 40. |
| 13. | 27. | 41. |
| 14. | 28. | 42. |

TOTAL SEMÁNTICO

• Perseveraciones: _____

26.- TOTAL CONVERTIDO:

1 = 0 a 8 2 = 9 a 18 3 = 19 a 24 4 = 24 o más

NP

IV. FUNCIONES EJECUTIVAS

A.- Reacciones opuestas:

- 0 = No lo hizo
- 1 = Lo hizo con errores
- 2 = Lo hizo correctamente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

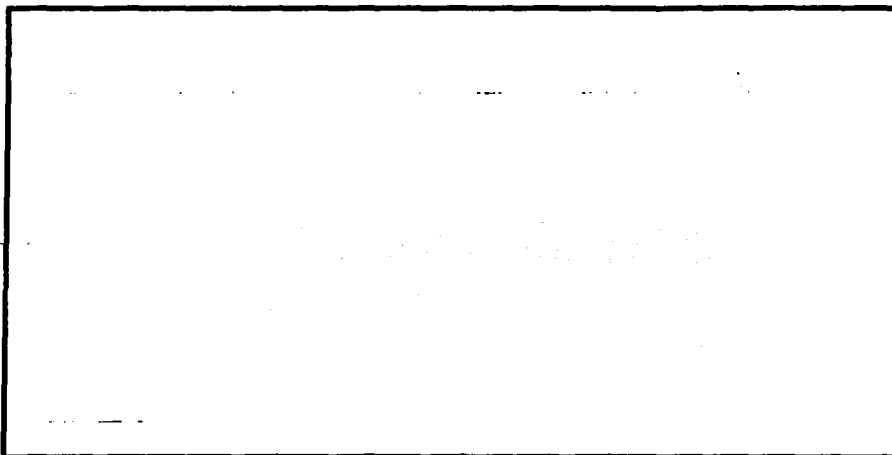
27.- TOTAL:

(2)

NP

B.- Copia del modelo

Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados, (incluido en las tarjetas). Pida al sujeto: Copie, por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja. debe haber 10 ángulos y dos intersectados. (No tome en cuenta temblor ni rotación):



28.- TOTAL:

(1)

MMS

V. EVOCACION

A.- Memoria verbal

• Intrusiones: _____

1.- Memoria Verbal espontánea

• Perseveraciones: _____

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

Gato _____ Pera _____

Mano _____ Vaca _____

Codo _____ Fresa _____

29.- TOTAL:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(6)

NP

2.- Por claves:

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

Partes del cuerpo _____

Frutales _____

Animales _____

• Intrusiones: _____

• Perseveraciones: _____

• Primacia: _____

• Recencia: _____

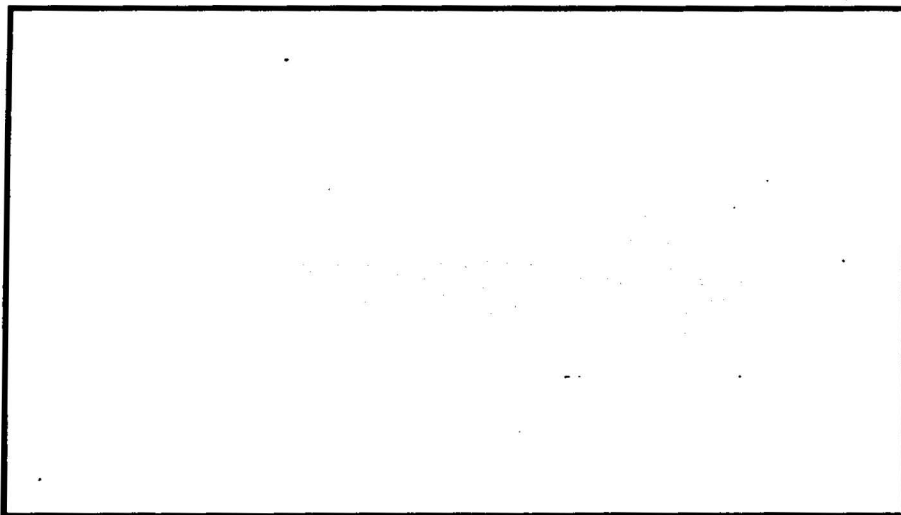
30.- TOTAL:

(6)

NP

B.- Memoria Visoespacial

Pida que reproduzca la figura de la lámina 1.



Hora: [] : []

31.- TOTAL:

(12)

NP

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. REGISTRO

Diga al sujeto la siguiente instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras y cuando termine quiero que me las repita. Diga clara y lentamente las palabras: lápiz, llave y libro. Después pida al sujeto: Repita las tres palabras. Califique su ejecución al primer intento.

Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres 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 tres palabras, o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el sujeto recordara.

(Recuerde, la calificación para este reactivo, se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo):

Lápiz ()
Llave ()
Libro ()

32.- TOTAL:

(3)

MMS

VII. ATENCIÓN Y CÁLCULO

Pida al sujeto: reste de 3 en 3 a partir de 20. Fíjese bien: se trata de contar para atrás, restando 3. Continúe hasta que yo diga que se detenga. Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda).

17 ()
14 ()
11 ()
8 ()
5 ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

33.- TOTAL:

(5)

MMS

NP

VIII. EVOCACIÓN

Pida al sujeto: Repita las tres palabras, que le pedí que recordara.

lápiz ()
llave ()
libro ()

34.- TOTAL:

(3)

MMS

35.- TOTAL NP

NP

36.- TOTAL MMS

MMS

37.- MININEUROPSI

TOTAL:

PREGUNTAS PARA LA SELECCIÓN DEL INFORMANTE

38.- ¿Vive usted solo aquí? 1) Si 2) No

Por favor, dígame los nombres de todas las personas que viven aquí, (para cada una pregunte) ¿Qué parentesco tienen con usted?

| Nombres | Parentesco |
|---------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

39.- ¿Tiene usted hijos? (¿otros hijos?) 1) Si 2) No
 ¿Puede darme usted sus nombres?

40.- La mayor parte de las personas tienen una o más personas con las que pueden contar, especialmente para recibir ayuda y apoyo, sobre todo cuando se tienen problemas. Puede decirme usted, en su caso, ¿Quiénes son estas personas?

1) Si Número de apoyos potenciales.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Pregunte por nombres y parentesco de máximo tres:

| Nombres | Parentesco |
|---------|------------|
| | |
| | |
| | |

41.- Si sufriera usted un accidente y no pudiera dejar su casa, ¿A quién llamaría para que le ayude? ¿Cuánto tiempo tardaría esta persona en llegar?

_____ Persona _____ Tiempo

42.- Si por alguna razón no podemos localizarle a usted ¿A quién debemos de llamar? (Anote los datos en la hoja de contacto)

SALUD EN GENERAL

Antes de terminar, quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su salud en general.

43.- ¿Cómo se encuentra usted de salud en estos últimos días?

¿Diría usted que su salud es muy buena, bastante buena, no tan buena, mala o muy mala?

- 1) Muy buena 2) Bastante buena 3) No tan buena 4) Mala 5) Muy mala

44.- ¿Qué tanto su estado de salud le impide llevar a cabo las cosas que le gustaría hacer?

Para nada, un poco o mucho:

- 1) Para nada 2) Un poco 3) Mucho

45.- ¿Tiene usted a un médico o alguna clínica a la que acuda con regularidad para la atención de su salud?

- 1) Si 2) No

MEMORIA

46.- ¿Tiene usted problemas con su memoria?

- 1) Si 2) No

En caso afirmativo:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

47.- ¿Se le olvidan las cosas recientes?

- 1) Si 2) No

48.- ¿Tiene dificultad para recordar las cosas más remotas, como su infancia o juventud?

- 1) Si 2) No

ESCALA BREVE DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

| El estado de ánimo es muy importante para la salud. Dígame usted, por favor, si es que en las últimas dos semanas: | No | Si |
|---|----|----|
| 1. Con frecuencia se sintió aburrido. | | |
| 2. Con frecuencia se sintió inquieto y nervioso. | | |
| 3. Se sintió con buen ánimo.* | | |
| 4. Se sintió que tiene más problemas con su memoria que los demás. | | |
| 5. Se pudo concentrar con facilidad para leer.* | | |
| 6. Prefirió evitar reuniones sociales. | | |
| 7. Se sintió triste y desanimado. | | |
| 8. Se sintió contento casi siempre.* | | |
| 9. Se sintió con frecuencia desamparado. | | |
| 10. Se sintió inútil y con vergüenza. | | |
| 11. Con frecuencia pensó que quisiera estar muerto. | | |
| Total: | | |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PFEFFER / ESTADO FUNCIONAL

A continuación le pedimos que nos diga si usted estima que es hoy capaz de efectuar una variedad de actividades que se enlistan a continuación y de acuerdo a las siguientes posibles respuestas:

CATEGORÍAS DE RESPUESTAS:

- 0) Normal, o nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora
- 1) Difícilmente, pero lo hace, o bien nunca lo ha hecho y tendría dificultades ahora para hacerlo
- 2) Requiere ayuda
- 3) Dependiente

| | |
|--|-----|
| 1. ¿Maneja él/ella su propio dinero? | [] |
| 2. ¿Es él/ella capaz de comprar ropa solo, cosas para la casa y comestibles? | [] |
| 3. ¿Es él/ella capaz de calentar el agua para el café o té y apagar la cocina? | [] |
| 4. ¿Es él/ella capaz de preparar una comida? | [] |
| 5. ¿Es él/ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales, también de la comunidad o del vecindario? | [] |
| 6. ¿Es él/ella capaz de poner atención y atender y discutir un programa de radio, T.V., diario o revista? | [] |
| 7. ¿Es él/ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones? | [] |
| 8. ¿Es él/ella capaz de manejar sus propios medicamentos? | [] |
| 9. ¿Es él/ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa? | [] |
| 10. ¿Es él/ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente? | [] |
| 11. ¿Puede él/ella ser dejado en casa en forma segura? | [] |
| PUNTAJE TOTAL: | |

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

