

72 11226



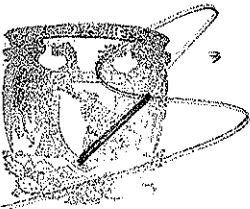
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

DIFERENCIA DE GENERO EN LA DEMENCIA, EN EL ADULTO
MAYOR DE 60 AÑOS, BASADO EN LA APLICACION DEL MINI-
EXAMEN MENTAL DEL ESTADO MENTAL, EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCION



DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN

LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. EDUARDO GONZALEZ LIRA



MEXICO, D.F.

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.

DEDICATORIAS.

A DIOS:

Por permitirme tener vida para cumplir una
Meta más en mi vida.

A MI ESPOSA:

Por estar a mi lado en los buenos y
Dificiles momentos, por ese apoyo
Incondicional que siempre me ha
Otorgado, además de compartir su
Vida con cariño y amor.

A MIS HIJOS: Eduardo, Eva y Lorena

Por ser el más grande motivo de mi superación,
Y por todos esos momentos en que no hemos
Podido estar juntos.

A MI HERMANO:

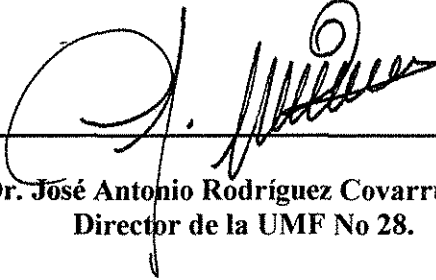
Por ese gran respaldo, por esas
Palabras de apoyo que siempre
He recibido de tí, porque sin
Tus consejos tal vez no hubiera
Logrado esta meta.
Gracias Alvaro.

A ANTONIO BAHENA:

Porque siempre he contado con tu amistad
Y apoyo en momentos dificiles, que me han
Ayudado a continuar en mi camino.

AUTORIZACIONES

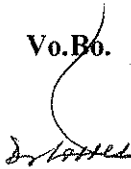
Vo.Bo.



**DIRECCION,
CLINICA 28**

**Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias
Director de la UMF No 28.**

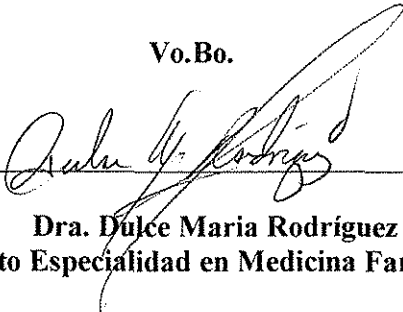
Vo.Bo.



**DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
CLINICA No. 28**

**Dr. Bernardo Augusto Torres Salazar
Jefe de Educación Médica UMF No 28**

Vo.Bo.



**U. M. F. No. 28
IMSS C. D. S.**

**RECIBIDO
MAR. 2 2001
BIBLIOTECA**

**Dra. Dulce Maria Rodríguez Vivas
Profesor Adjunto Especialidad en Medicina Familiar UMF No 28**

... a la Dirección General de Bibliotecas de la
... a difundir en formato electrónico e impreso el
estado de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: GONZALEZ LIRA EDUARDO

FECHA: 12 / SEPTIEMBRE / 02

FIRMA: 

ASESOR DE TESIS



Dr. Bernardo Augusto Torres Salazar

Jefe de Educación Médica UMF No 28

INDICE

ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACION	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	17
HIPÓTESIS	18
MATERIAL Y METODOS	19
DISEÑO ESTADITICO	24
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	32
SUGERENCIAS	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	35

1. Antecedentes.

Al igual que en el resto del mundo, en México, se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento en números absolutos y porcentuales de la población en edades avanzadas. De estas cifras se desprende la importancia creciente del envejecimiento, el cual acarrea una serie de necesidades y demandas de salud, con sus peculiaridades centradas en enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes .(1)

De representar en los años cuarenta alrededor del 5% de la población, para 1996 aumenta a 6.4% y se estima que para el año 2010 llegará a 8.8% de la población. El total de adultos mayores de 60 años que actualmente habitan es de aproximadamente seis millones, de la misma manera se estima que para el año 2010 la población de mayores de 60 años ascenderá a 9.8 millones es decir, más de 50% de la población que habitaba en México en 1940.(2)

En un principio este proceso era característico de países industrializados pero en la actualidad los incrementos en la proporción de adultos mayores – respecto al total de la población tienden a ser más evidentes en las llamadas naciones periféricas. Esto último puede atribuirse no sólo a una mayor esperanza de vida, sino a los descensos observados en la fecundidad .(3)

En forma paralela a las intervenciones dirigidas al control intensivo de los padecimientos infecto-contagiosos, los determinantes de la transición

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

demográfica contribuyen a marcar los cambios que ocurren en el proceso salud-enfermedad y ambos favorecen la emergencia de las enfermedades crónico-degenerativas que hoy en día constituyen las principales causas de muerte en la población adulta y anciana. Las enfermedades de la tercera edad se pueden dividir en dos grupos: las independientes de la edad y las relacionadas con la edad. Las primeras son aquellas cuya patogénesis está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento; destacan entre ellas las cerebrovasculares, demencias, enfermedad de Parkinson y la osteoporosis entre otras. El riesgo de padecerlas se incrementa directamente con la edad y se observa una clara preponderancia femenina debido a la mayor longevidad de las mujeres. Dentro de las enfermedades relacionadas con la edad están las neurológicas, la esquizofrenia y otras como la úlcera péptica, la gota, la colitis ulcerativa y las hemorroides. Además de estar relacionadas con la edad, las siguientes son causas de muerte más frecuentes en este grupo poblacional: Enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, neumonía y accidentes. El curso y la severidad de ambos grupos de padecimientos están vinculados con algunos condicionantes sociales como la viudez, el asilamiento social y la carencia de servicios de salud para algunos estratos socioeconómicos de la población anciana. (4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo anterior mencionado actualmente nos encontramos en una “transición epidemiológica” Las infecciones han dejado de ser más frecuentes y su lugar está siendo ocupado por enfermedades crónico degenerativas. (5)
Entre ellas, las que poseen los defectos más devastadores probablemente sean las que afectan al sistema nervioso.

La prevalencia de muchas enfermedades cerebrales aumenta con la edad; El grupo de las enfermedades “degenerativas” del cerebro está compuesto por varias patologías, como la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntintong y varios tipos de demencia. (6)

Cuando menos 15% de las personas mayores de 60 años cursan con demencia moderada o intensa y se calcula que tal cifra llega a 45% para cuando los adultos mayores llegan a los 90 años de edad.(7)

El estudio de los estado demenciales tiene no solamente un interés clínico, sino que por su magnitud y progresión alcanza también un notable interés social. A esta situación contribuyen fundamentalmente dos factores:
a)la elevada incidencia de estados demenciales a partir de los sesenta años y
b)el progresivo aumento de la población mayor de sesenta años. En consecuencia presumiblemente se va a producir un aumento inexorable de los estados demenciales, cuya atención sanitaria puede constituir un problema de primer orden. La invalidez generada por este trastorno no solo afecta al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

individuo y a la familia, sino que alcanza dimensiones económicas espectaculares. (8)

En la cuarta edición del DSM-IV, la demencia se define como “deterioro de múltiples funciones cognitivas incluida la alteración de la memoria”, sin alteración de la conciencia. Las funciones cognitivas que pueden estar afectadas en la demencia son: la inteligencia global, el aprendizaje y memoria, el lenguaje, la resolución de problemas, mala orientación, la percepción, la atención y concentración, el juicio y las habilidades sociales. La personalidad también resulta afectada. El trastorno puede ser progresivo o estable, permanente o reversible, aproximadamente el 15% de los casos de demencia pueden ser reversibles, si se inicia el tratamiento antes de que se produzca un daño irreparable. (9)

La demencia es esencialmente una enfermedad de personas mayores. De todos los pacientes con demencia, el 50 al 60% pertenecen al tipo más frecuente, el tipo Alzheimer. Son factores de riesgo para el desarrollo de la demencia ser mujer, tener un familiar de primer grado con este trastorno y tener antecedentes de daño cerebral, generalmente el debut de la enfermedad se produce al final de la vida, en la década de los 60,70 y 80 o después pero raramente aparece en la década de los 40 y 50 (a estos casos se les denomina demencia precoz). La progresión es gradual pero firme en sentido

descendente, con una duración media de 8 a 10 años desde el inicio de los síntomas hasta la muerte. (10)

Con respecto a su patogénesis, la demencia suele relacionarse con enfermedades estructurales francas del cerebro, el diencefalo y los ganglios basales. En algunos casos, como en las enfermedades de Alzheimer y de Pick, el proceso principal es la degeneración y pérdida de células nerviosas en las áreas corticales de asociación y en los lóbulos temporales mediales, con cambios secundarios en la sustancia blanca cerebral, así como presencia de mallas neurofibrilares y placas neuríticas con núcleos amiloides en el cerebro, también existe una disminución en la actividad de la colinacetyltransferasa cerebral y estudios recientes han demostrado la degeneración de una vía colinérgica que se proyecta desde el núcleo basal subcortical de Meynet, hasta la corteza cerebral.(11)

En la enfermedad de Pick la atrofia es principalmente frontal, temporal o de ambos tipos, y en ocasiones es muy asimétrica. En otras enfermedades como la corea de Huntington, la degeneración neuronal predomina en los núcleos caudados, en los putámenes y en otras partes de los ganglios basales. Rara vez hay degeneraciones puramente talámicas que constituyen la base de la demencia a causa de las relaciones integrales del tálamo con la corteza cerebral. (12)

La clasificación de los estados demenciales es numerosa, lo cual no es de extrañarse dada la relativa heterogeneidad conceptual, por su aplicación en la practica clínica se seleccionan dos sistemas de clasificación: la clasificación clínico-anatómica donde se combinan los datos semiológicos con su localización cerebral aproximada, en la cual dividen el grupo de demencias localizadas, que comprenden la demencia cortical, sub-cortical y axial y el grupo de demencias globales. El segundo sistema de clasificación es la clasificación evolutiva-terapéutica, la cual incorpora información de pronóstico y curso así como el potencial terapéutico donde se distinguen a su vez tres tipos: estados demenciales tratables y potencialmente reversibles, estados demenciales tratables e irreversibles y estados demenciales no tratables irreversibles. (8)

En cuanto a las manifestaciones clínicas encontramos que la demencia se caracteriza por una perdida gradual y progresiva de las capacidades intelectuales y de la función cognitiva de intensidad suficiente como para interferir en la capacidad de la persona para funcionar desde el punto de vista social y profesional. (13)

En las etapas iniciales de la demencia, los pacientes muestran fatiga, dificultad para mantener una actividad mental determinada y una tendencia al fracaso cuando se enfrentan a una tarea nueva o compleja que requiere un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cambio en la estrategia resolutiva. Según avanza la demencia, la incapacidad para realizar tareas se va agravando y se va extendiendo a las tareas cotidianas. Los déficit principales en la demencia afectan a la orientación, memoria, percepción, funcionamiento intelectual y razonamiento, y todas estas funciones se van viendo afectadas progresivamente según avanza la enfermedad. (10)

El nivel de conciencia constituye un primer paso esencial en la evaluación de estos pacientes ya que su alteración provoca deterioro notable en el rendimiento intelectual alterando la mayoría de sus funciones. En cuanto a la efectividad, en los estados demenciales se aprecia con frecuencia labilidad e incontinencia emocionales, en estadios avanzados aparecen risa y llanto espasmódicos, pero sin contenido afectivo ninguno; en realidad, un cierto grado de indiferencia afectiva es característico de estados demenciales establecidos. Otras manifestaciones afectivas en los estados demenciales incluyen la ansiedad inespecífica y la reactividad emocional exagerada. Con respecto al lenguaje encontramos que en la conversación del paciente se pueden detectar manifestaciones como disartria, hipofonia, lentitud, omisiones gramaticales (p. ej. , lenguaje telegráfico), parafasias (sustitución de palabras o grupos de palabras) y perseveraciones verbales, como ecolalia y palilalia. Puede ser útil también explorar el lenguaje automático, como los días de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

semana o el alfabeto. Independientemente de la producción del lenguaje debe examinarse su comprensión, lo cual puede hacerse a través de instrucciones simples como pedirle al paciente que se levante, coja un objeto o señale diversos objetos al ser nombrados por el entrevistador. Por otra parte en los pacientes afectos de estados demenciales se presentan invariablemente trastornos de la memoria que con frecuencia ocurren ya en los periodos iniciales como primeras manifestaciones de la enfermedad. Se ha tratado de distinguir sobre bases clínicas el trastorno de la memoria en pacientes demenciados (malignos) del olvido senil benigno. Este último sería la expresión del envejecimiento cerebral fisiológico y se caracteriza por un olvido de datos o de detalles relativamente poco importantes (que pueden recordarse en otros momentos), mientras que se recuerda bien la experiencia en sí misma. El sujeto es consciente de sus fallos que trata de compensar con explicaciones; si bien el trastorno aumenta con la edad no adquiere generalmente evolución maligna. En cambio, el trastorno maligno se caracteriza por olvido de detalles así como de los aspectos relevantes y de la experiencia en sí misma; evoluciona con cierta rapidez y el individuo no parece darse cuenta del trastorno, que va hacia la desorientación de tiempo y espacio y más tarde de persona. La memoria reciente o capacidad de retención más allá de 1 minuto un material, se deteriora paulatina y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

claramente en los demenciados. Según va progresando el curso de la enfermedad, el trastorno se hace más grave y sólo se retiene la información que se aprendió hace muchos años, por ejemplo el lugar de nacimiento.

El deterioro de las siguientes actividades prácticas o apraxias es también un hallazgo regular en las demencias. La apraxia sería la incapacidad de llevar a cabo movimientos y gestos simples o escalonados debido a lesiones cerebrales y en ausencia de déficit en el aparato motor. En términos neuropsicológicos se afectarían primero las praxias constructivas (p.ej., dibujo de figuras), luego las ideométricas (p. ej. , ejecución de gestos simples como saludar con la mano) y finalmente las ideatorias que requieren la sucesión armónica de actos necesarios para utilizar un objeto (p. ej. , peinarse, encender una cerilla, etc.) Una de las actividades del paciente en las que se traduce claramente la regresión práctica es la de vestirse, primero se pierde el orden habitual, luego la distinción del derecho y el revés de la prenda y finalmente la capacidad de utilización.

En las demencias, la desorientación se presenta en conexión con los trastornos de la memoria. La referencia que se pierde primero es la temporal, seguida por la espacial y, por último, la de persona. La desorientación topográfica es típica en estos enfermos que se pierden por las calles al no poder encontrar el itinerario de regreso. Finalmente puede llegar a perder la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

referencia personal y no conocer a los allegados, como la familia y/o los amigos. (8)

Puesto que la demencia es un síndrome bastante común y tiene muchas causas, los clínicos deben llevar a cabo un cuidadoso trabajo clínico para establecer la causa de la demencia de un paciente. Los datos del examen neurológico proporcionan indicios de la causa de demencia, pero a menudo es necesaria la correlación con los resultados de otras pruebas. El deterioro intelectual se demuestra a través del examen del estado mental, uno de los métodos más frecuentemente utilizados es el Mini-Examen del Estado Mental(MEEM). Después de evaluar la función cognoscitiva, deben solicitarse varias pruebas de laboratorio básicas para descartar otro tipo de trastornos, o verificar la etiología de la patología estudiada, estas incluyen biometría hemática y exámenes para investigar deficiencia de vitamina B12 o folato; química sanguínea incluyendo electrolitos, glucosa, calcio, creatinina y nitrógeno ureico sanguíneo, todas ellas para investigar hiponatremia, insuficiencia renal crónica e hiperparatiroidismo; y medición de hormona estimuladora de tiroides, T3 y T4. Algunas otras pruebas se justifican cuando la exploración física indica la posibilidad de otro trastorno que pudiera causar o contribuir a la demencia. El electroencefalograma no suele ser útil en la demencia. La tomografía computada o la resonancia magnética suelen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

realizarse para descartar causas de demencia tratables o reversibles tales como tumores u otro tipo de masas, enfermedad isquémica, hemetoma subdural e hidrocefalia normotensa. Sin embargo, estos estudios son muy costosos, no están ampliamente disponibles, no se encuentran estandarizados, y, hasta la fecha sus resultados no modifican el tratamiento del paciente. (14)

Con respecto al tratamiento se menciona que el tratamiento óptimo de los pacientes demenciados supone un desafío para clínicos y celadores y para la sociedad. Hasta que exista un tratamiento directo, específico por las demencias irreversibles más frecuentes, uno de los focos importantes de la atención médica continuará estando en el entorno del paciente y en los cuidados. Aunque se han utilizado multitud de remedios (precursores colinérgicos, agentes anticolinesterásicos, tetrahidroaminoacridina, mesilato de ergotina) en un intento de mejorar la función cognitiva, no existen datos convincentes que apoyen su utilización de rutina. No obstante, algunos pacientes demenciados pueden beneficiarse del tratamiento farmacológico. (13)

Además si la demencia se debe a una de las causas específicas tratables, debe iniciarse de inmediato el tratamiento adecuado. Si es por un trastorno neurológico no tratable, hay que advertir a la familia en cuanto al pronóstico. Así mismo, hay que proteger a los pacientes de daños a sí mismos o de sus

familiares, sean físicos o socioeconómicos. Evolucionan mejor cuando se encuentran en ambientes familiares estables y con el aprovechamiento de los servicios de bienestar y apoyo adecuados, pueden atenderse mejor en casa. Quizá necesiten cuidados diurnos a medida que avanza la demencia y es posible que los muy afectados requieran cuidados en instituciones. (11)

Es común que los familiares se sientan abatidos. Estos sentimientos necesitan ser tratados, y el primer paso en ese sentido es su evaluación y la puesta en práctica de recursos para solucionar favorablemente estos problemas. Esto último da a los familiares una sensación de control y de esperanza de que podrán manejar la mayoría de los problemas pese a la irreversibilidad y la probable progresión del trastorno de base. A menudo experimentan sentimientos de culpa, ira, desaliento y desmoralización. Muchas veces los ayuda saber que esos sentimientos e inquietudes son frecuentes y que se les brinde la oportunidad de expresarlos. Asimismo los puede beneficiar incorporarse a grupos de apoyo para familias de pacientes dementes que explican la demencia y ofrece consejos prácticos para manejar los serios problemas que genera un demente en la familia. (15)

Mini Examen del Estado Mental (MEM).

Existen instrumentos de medida de la situación cognitiva del anciano como el cuestionario breve del estado mental de Pfeiffer o la Mini-Exploración del Estado Mental de Folstein que son de fácil utilización, en la propia consulta del médico y resultan adecuados para la detección selectiva. (16)

Aunque una evaluación formal del deterioro cognoscitivo requiere una consulta prolongada, con un experto en evaluaciones psicológicas, un test práctico y clínicamente útil es el Mini-Examen del Estado Mental (MEM). El Mini-Examen del Estado Mental es un test de criba que puede aplicarse durante el examen clínico del paciente, es también una prueba práctica para determinar los posibles cambios del estado cognoscitivo de un paciente. A partir de un total de 30 puntos, una puntuación de menos de 25 sugiere deterioro leve, de 16-19 deterioro moderado; y de 15 o menos indica deficiencia seria. (8)

El Mini-Examen del Estado Mental es un instrumento confiable y válido que valora el estado mental y es también conocido como el examen cognoscitivo breve, teniendo niveles del 85 al 96% de sensibilidad y especificidad, con un punto de corte de 16 puntos, Folstein y cols. (1975), lo desarrollaron como un instrumento breve y efectivo para ser aplicado en

población de edad avanzada y en pacientes con delirium y demencia. El instrumento valora seis puntos del área cognoscitiva: 1) orientación en tiempo, lugar y espacio, 2) repetición de palabras y memorización, 3) concentración, 4) memoria a corto plazo 5) lenguaje y 6) escritura. El Mini-Examen del Estado Mental se encuentra entre los instrumentos de evaluación cognoscitiva más ampliamente utilizados y puede ser aplicado por médicos o por personal con o sin experiencia en el área de salud mental. (5)

JUSTIFICACION.

La demencia constituye una de las enfermedades que se encuentran en incremento en la actualidad, que además tiene como característica el de presentarse con mayor frecuencia en los adultos mayores de 60 años. Esto probablemente se deba a la transición demográfica, que ha ocasionado una disminución de la población joven con un incremento de la población de la tercera edad y con ello el aumento de las enfermedades propias de la vejez con un decremento significativo de las enfermedades infecciosas.

Es por esto que consideramos de gran importancia el realizar estudios que nos ayuden a difundir más sobre esta enfermedad y con ello poder establecer medidas de prevención enfocadas al primer nivel de atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los pacientes hombres mayores de 60 años tienen diferente posibilidad de cursar con demencia en comparación con las mujeres mayores de 60 años? Basados en la aplicación del mini examen del estado mental, en el primer nivel de atención .

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OBJETIVOS

Objetivo General:

Demostrar que los adultos mujeres mayores de 60 años cursan demencia con mayor frecuencia que los hombres mayores de 60 años, basándose en la aplicación del mini examen del estado mental, en el primer nivel de atención.

Objetivos Específicos:

- 1. Identificar la presencia de déficit cognoscitivo en los adultos mayores de 60 años mediante la aplicación del Mini Examen del Estado Mental.**
- 2. Conocer en que genero se presenta más el déficit cognoscitivo.**

HIPÓTESIS

Hipótesis Nula:

Los hombres mayores de 60 años tienen menor probabilidad de presentar demencia, que las mujeres de este grupo de edad, basándose en la aplicación, Del Mini Examen del Estado Mental, en el primer nivel de atención.

Hipótesis Alterna:

Los hombres mayores de 60 años tienen mayor probabilidad de presentar demencia que las mujeres de este grupo de edad, basándose en la aplicación del Mini Examen del Estado Mental, en el primer nivel de atención.

MATERIAL Y METODO

1. Tipo de estudio:

Encuesta descriptiva

Estudio de acuerdo al tiempo: Prospectivo

Estudio de acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado: Transversal

Estudio de acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: Observacional.

2. Universo del trabajo:

El presente estudio se llevara a cabo con pacientes hombres y mujeres mayores de 60 años, que acuden a la consulta en la unidad de medicina familiar No 28 Gabriel Mancera.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años
- Sexo: Masculino y Femenino
- Que sepan leer y escribir
- Sin diagnostico previo de demencia.
- Que acepten participar.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes mayores de 60 años.
- Que no sepan leer ni escribir.
- Con diagnostico previo de demencia.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que fallezcan durante el estudio
- Pacientes que no llenen en su totalidad el test aplicado.

3.- Variables

- Variable dependiente: Demencia
- Definición Conceptual: Estado mental en el que por razones de naturaleza biológica (Envejecimiento) o patológica (Degeneración, enfermedad lesional, trastornos vasculares) Se asiste a una perdida de funciones psíquicas (memoria, capacidad de Juicio de adaptación al medio, lenguaje) y manipulativas (apraxia) con una progresiva reestructuración anatómica y funcional.
- Definición Operacional De acuerdo a la valoración de mini examen mental se considera demencia cuando la calificación obtenida sea por debajo de los 25 puntos.
- Escala De Medición: Categoría Nominal
Indicadores Cuantitativos: 26 – 30 Puntos = Normal
20 --25 Puntos = Deterioro Leve
16 – 19 Puntos = Deterioro Mediano
15 – Menos = Deficiencia severa
- Variable Independiente: Genero
Definición conceptual: Expresión física del sexo.
- Definición Operacional: Expresión fenotípica del sexo.
- Escala de medición: Categoría Nominal
Indicadores cuantitativos: Masculino, Femenino

4. Fuentes e Instrumentos de recolección de datos:

- Fuente de información: Primaria
- Instrumento de recolección de la información: Se realizara mediante la aplicación de Test del mini Examen del Estado Mental.

5. Descripción General del Estudio:

- Se realizara un estudio prospectivo y comparativo, en los pacientes adultos mayores de 60 años, genero masculino y femenino, que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera, aplicando los test de mini examen del estado mental para determinar la presencia de demencia y en que genero existe mayor probabilidad de presentarla (Ver Cronograma anexo) 1
- Se agruparan los datos de acuerdo a la edad, sexo y los seis aspectos del área cognoscitiva del mini examen del estado mental: 1) Orientación, 2) Repetición de palabras y memorización, 3) Concentración, 4) Memoria a corto plazo, 5) lenguaje, y 6) Escritura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Recursos

Humanos:

- Asesor de tesis.
- Residente del tercer año de medicina familiar.

Materiales:

- Test de Mini Examen del Estado Mental.
- Concentrado de aplicaciones de los test de donde se obtienen las conclusiones.
- Libretas, hojas tamaño cartas, bolígrafo, lápiz goma, regla, sacapuntas, marcador, engrapadora, disco flexible de 3.5 (1.44 MB).
- Computadora 52x mx, con procesador AMD K6-2, Programa Microsoft Word 2000, Microsoft Excel 2000, Globalink Power Translator V.4.0. Internet Netscape 4.0, Paquete Estadístico SPSS.
- Impresora Hewlt Packard Desk Jet 610 C.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Aspectos éticos:

Es un estudio en el cual no se compromete ni se pone en riesgo la vida del paciente, además no se atenta contra los valores universales del mismo, Por lo tanto no es anti-ético.

No requiere de carta de consentimiento informado por no tratarse de un estudio experimental.

Los test se aplicara bajo los siguientes lineamientos:

- Serán anónimos.
- La información se mantendrá como confidencial.
- Los resultados obtenidos solo se utilizarán para el desarrollo del trabajo de investigación.
- Se respetara la decisión de las personas para participar o no en la investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO ESTADISTICO

Método de Muestreo: En el presente estudio se utilizo una selección probabilística aleatoria simple.

Tamaño de muestra: El tamaño de la muestra fue calculado para un estudio Transversal comparativo, utilizado el paquete estadístico de Epi-info.-versión 6., con un nivel de confianza de 95 %, obteniéndose un total de 83 pacientes como tamaño de muestra

Formula:

Tamaño Muestra = $n / (1 - (n/población))$

$$n = z z (p (1 - p)) / (D D)$$

En este estudio de utilizo el programa de computo para la realización del método estadístico.

Se utilizaron tablas simples por porcentajes y graficas de columnas para la Representación de los resultados.

Resultados:

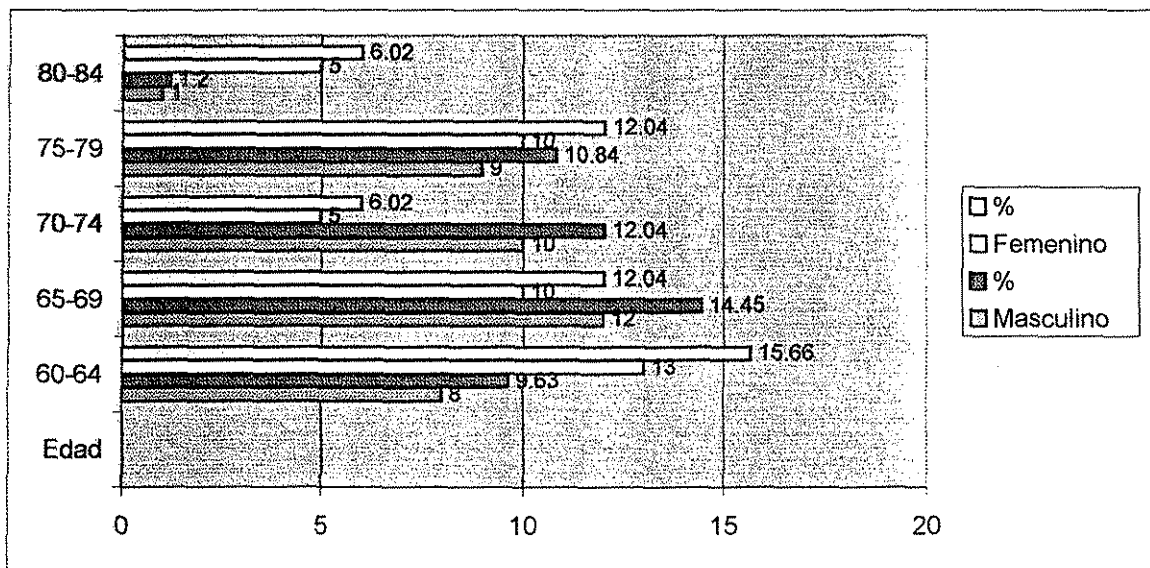
De la población de adultos mayores de 60 años entrevistada (83 personas), 43 fueron del sexo-femenino (51.81%) y 40 del sexo masculino (48.19%).

Distribución de la muestra del Estudio por edad y genero.

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
60-64	8	9.63	13	15.66	21	25.3
65-69	12	14.45	10	12.04	22	26.5
70-74	10	12.04	5	6.02	15	18.07
75-79	9	10.84	10	12.04	19	22.89
80-84	1	1.2	5	6.02	6	7.22
Total	40	48.19	43	51.81	83	100

n=83

Fuente:concentrado de información.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la aplicación de test del Mini Examen del Estado Mental se obtuvieron los siguientes resultados:

Un total de 67 personas (80.72%), obtuvieron un puntaje de 26-30, lo cual corresponde aun estado cognoscitivo sin deterioro de los cuales 36 (43.37%) fueron del sexo masculino y 31 (37.34%) del sexo femenino.

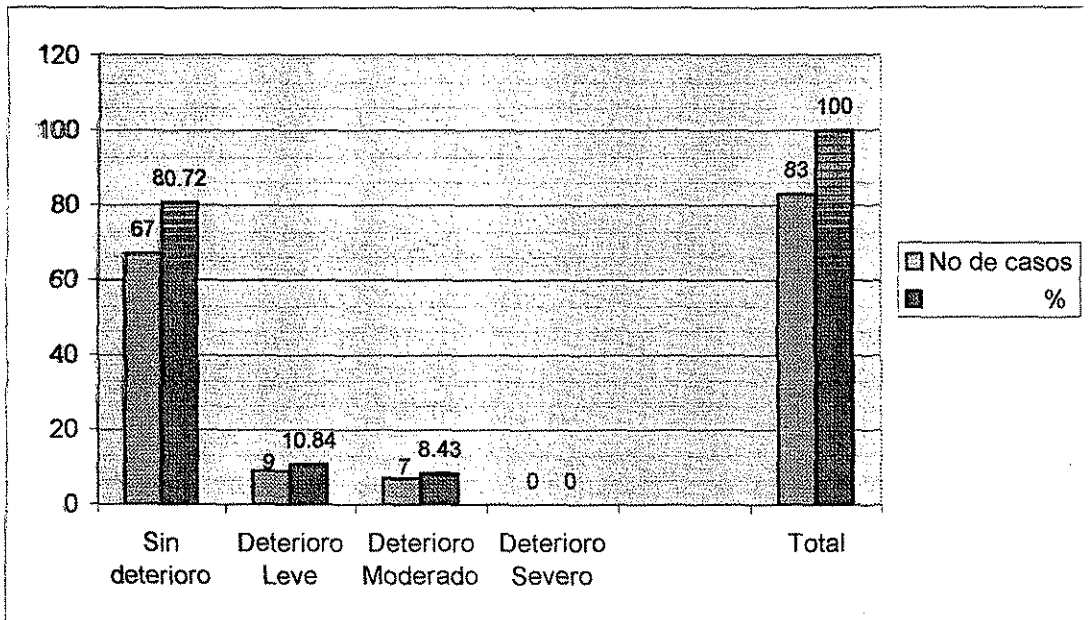
9 personas (10.84%) obtuvieron una puntuación de 20-25, que equivale a la presencia de déficit cognoscitivo leve siendo el mayor numero de casos para el sexo femenino, 6 casos (7.22%) y solo 3 casos (3.61%) para el sexo masculino.

Además se encontraron 7 casos (8.43%) con calificación de 16 a 19 puntos lo que representa un déficit cognoscitivo moderado, de los cuales 1 caso (1.20%) correspondió al sexo masculino y 6 casos (7.22%) al sexo femenino.

Por ultimo es importante señalar que no se encontró la puntuación menor de 15 lo que corresponde a un déficit cognoscitivo severo.

Resultados de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental aplicado a los adultos mayores de 60 años.

Grado de deterioro cognoscitivo.	No de casos	%
Sin deterioro	67	80.72
Deterioro Leve	9	10.84
Deterioro Moderado	7	8.43
Deterioro Severo	0	0
Total	83	100



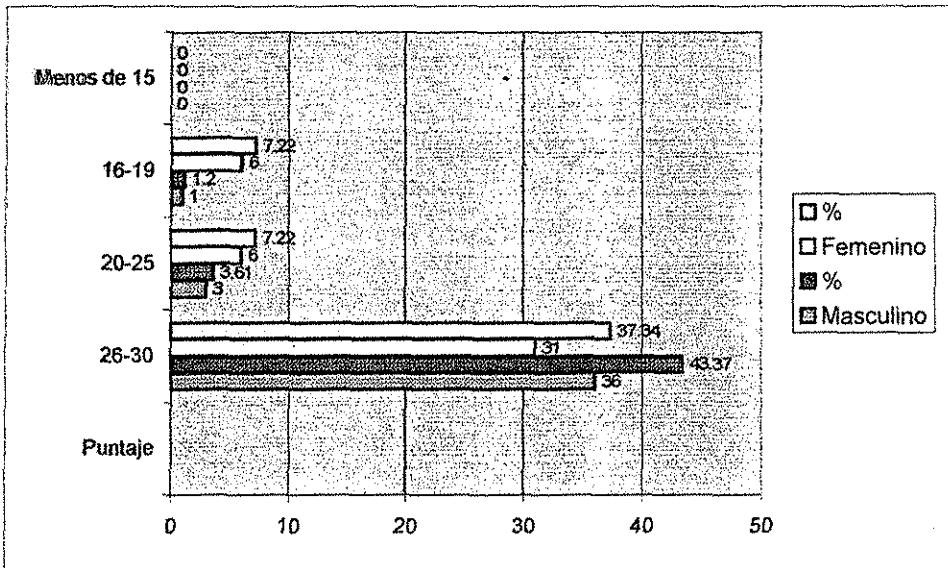
n=83

f=Concentrado de información.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultado de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental a adultos mayores de 60 años por genero y puntaje.

	Masculino	%	Femenino	%
Puntaje				
26-30	36	43.37	31	37.34
20-25	3	3.61	6	7.22
16-19	1	1.2	6	7.22
Menos de 15	0	0	0	0
Total	40	48.19	43	51.81



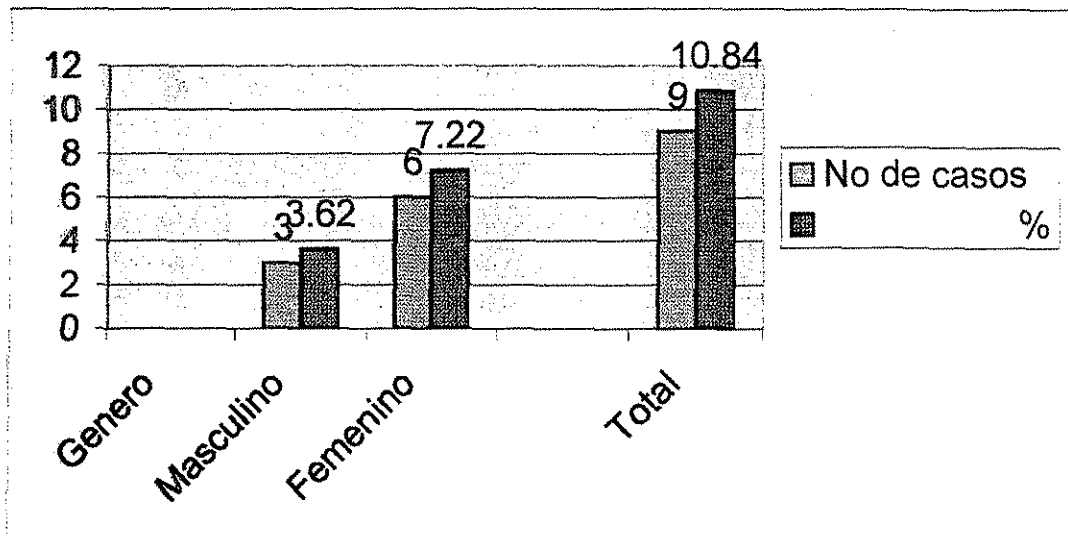
n=83

f= Concentrado de información.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Numero de pacientes por Genero que presentarán Déficit cognoscitivo leve en la aplicación del Mini Examen del Estado Mental.

	No de casos	%
Genero		
Masculino	3	3.62
Femenino	6	7.22
Total	9	10.84



n=83

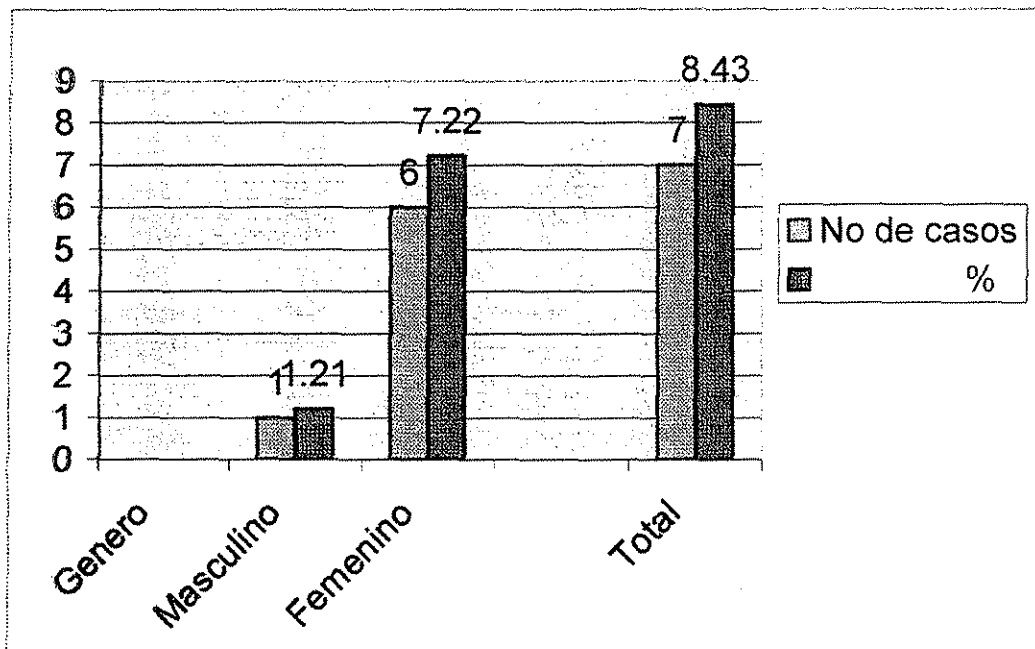
f=Concentrado de información.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

Numero de pacientes por genero que presentarán Déficit cognoscitivo moderado en la aplicación del Mini Examen del Estado Mental.

Genero	No de casos	%
Masculino	1	1.21
Femenino	6	7.22
Total	7	8.43



n=83

f=Concentrado de información.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos permite apreciar que el deterioro cognoscitivo y con ello el riesgo de presentar demencia se presenta con mayor probabilidad en el sexo femenino que en el masculino, lo cual es congruente con lo reportado en la bibliografía donde se llega a mencionar hasta en 15% de prevalencia en el adulto mayor de 60 años, lo cual puede estar influido por diversos factores dentro de los que destacan: mayor longevidad que el sexo masculino y la falta de producción de estrógenos en la postmenopausia ya que los estrógenos también afectan una serie de componentes que intervienen en la fisiopatología de la demencia.(17)

Además se puede apreciar también que el riesgo de presentar esta enfermedad tiende a aumentar conforme lo hace la edad, lo cual habla de la importancia de esta variable en la interpretación de las condiciones de salud del adulto mayor, por lo cual resulta de vital importancia el emprender actividades de prevención mas específicas en el adulto mayor dentro de las cuales proponemos la aplicación del Mini Examen del Estado Mental para detectar en forma oportuna los cambios en las funciones cognoscitivas que son en muchas ocasiones las alteraciones iniciales y principales de la demencia, lo que repercute de manera importante en realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, tratando con esto de disminuir al máximo las repercusiones tanto en el núcleo familiar como en la sociedad.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos de la aplicación del test del Mini Examen del Estado Mental nos permiten observar que los casos de déficit cognoscitivo se presentaron más en el sexo femenino que en el masculino.

Tomando en cuenta que este test es una de las pruebas que son de mayor utilidad para el diagnóstico de la demencia, se puede mencionar que se confirma la hipótesis nula de que los hombres mayores de 60 años tienen menor probabilidad de presentar demencia que las mujeres de este grupo de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUGERENCIAS:

El primer nivel de atención se basa en la medicina preventiva, realizando acciones de prevención primaria para orientar a una educación de los derechohabientes sobre el autocuidado de la salud, y de esta manera evitar hasta donde más sea posible la aparición de la enfermedad.

Por otra parte debemos de tener en cuenta que actualmente en nuestro país, los adultos mayores se han convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, que constituyen un grupo de edad que usa actualmente atención curativa costosa y que casi no recibe servicios preventivos, que es atendido desde un enfoque parcial más que integral y es seguramente una de las fuentes de costos más importantes en los servicios hospitalarios del país.

Por lo anterior expuesto se puede sugerir la aplicación del test del Mini Examen del Estado Mental, en la propia consulta del medico familiar para la detección oportuna de cambios del estado cognoscitivo del paciente y con esto emitir diagnósticos con tratamientos específicos para cada paciente y su núcleo familiar, tratando de evitar al máximo las complicaciones.

Referencias Bibliograficas.

1. Ham-Chande Roberto El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. Salud Publica de México. Noviembre. 1996. 38. 409-417.
2. Consejo Nacional de la Población. Estimaciones de la Población en México 1990-2010. CONAPO. 1996.
3. Ruiz-Alcántara L, Rivera-Martínez J. Características de la morbilidad en la población Mexicana de edad avanzada. Salud Publica de México. Diciembre. 1996. 38. 430-437.
4. Castro-Victoria E, Gómez-Cruz H. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Publica de México. Diciembre. 1996. 38. 480-488.
5. Apiquian R, Fresan A, Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología, escalas en Español. México. Ciencia y Cultura Latinoamericana. 1998. p. 75-85
6. Joan T, Moroney-Karen B. Hallazgos recientes en la enfermedad de Alzheimer. Medical Mag. en Español. 1996. 5. 31-35.
7. Carlson DL, Fleming KC, Smith GE, et al. Medicina Geriátrica aspectos vasculares. En clínicas medicas de Norteamérica. 1998; 61. 1517-1521.
8. Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la psiquiatría. México. Massón 1996. p. 530-557..
9. Orgogozo J.M. and Gottfries. Progress in dementia research. New Jersey. USA. Parthenon Publishing. 1998. p. 15-20.
10. Harold I. Kaplan-Benjamín J. Sinopsis de Psiquiatría. México. Panamericana. 1999. p. 373-390.
11. Steven A. Schroeder F, Marcus-Krupp. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Manual moderno. 1998. p. 667-670.
12. Adams Victor Rupper. Principios de Neurología. México. Mc Graw Hill 1999. p. 365-372..
13. Robert B. Taylor. Medicina de Familia, Principios y Practica . España. Editorial Springer 1995. p. 479-484.
14. P. Fred land Robert. C. Morris John. Demencia en Ancianos ¿Es enfermedad de Alzheimer?. Atención medica. Junio. 1997. 10. 15-27.
15. Randol-Barker L. Principios de Medicina Ambulatoria y Familiar. México. Massón. 1995. 181-184.
16. Malloy-Daniel E. Timothy R. Joseph Torres L. Problemas frecuentes en el anciano. En Clínicas de Norteamérica. 1998. 61. 1517-1528.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
TITULO DEL PROYECTO	RECOLECCION DE ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS, ESPECIFICACIONES DE VARIABLES.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	ESCALA DE MEDICION DE VARIABLES
SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
TIPO DE ESTUDIO SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	DETERMINACIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA; PARA ANÁLISIS DE RESULTADOS	APLICACIÓN DEL TAMANO DE LA MUESTRA	APLICACIÓN DEL TEST	APLICACIÓN DEL TEST	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN. RESULTADOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Prueba Mínima Para Determinación Del Estado Mental (MEEM)

Sexo:

Edad:

Calificación
Máxima

Calificación obtenida

Orientación

5 _____ Pregunte: ¿Qué fecha es hoy?, después complete sólo las partes omitidas, formulando las siguientes preguntas:

- ¿En que año estamos? ()
- ¿En que mes estamos? ()
- ¿Qué día del mes es hoy? ()
- ¿Qué día de la semana? ()
- ¿En que estación estamos? ()

5 _____ Pregunte: ¿En donde nos encontramos ahora? (casa, consultorio hospital, etc.) para obtener la información haga las siguientes preguntas:

- ¿En que lugar estamos? ()
 - ¿En que país? ()
 - ¿En que estado? ()
 - ¿En que ciudad o población? ()
 - ¿En que colonia o delegación? ()
- Concentración

3 _____ Diga clara y lentamente las palabras: flor, coche, nariz.
Después pida al paciente "Repita las tres palabras", califique
La ejecución en el primer intento.

- Flor ()
- Coche ()
- Nariz ()

Numero de ensayos (1 a 6)

5 _____ Atención y Calculo

Pida al paciente: "Reste 7 en 7 a partir de 100 y después que sea De 4 en 4 a partir de 40. Se trata de contar hacia atrás restando Por ejemplo menos 7= 93. Continué hasta que yo le diga que se Detenga" (Deténgalo después de 5 restas, no proporcione ayuda).

86 () 79 () 72 () 65 () 58 ()

Memoria:

3 _____ Pida al paciente: "Repita las tres palabras que le pedí que recordara"

Flor ()

Coche()

Nariz()

Lenguaje

2 _____ Nombrar: muestra al paciente un reloj y una moneda y pregúntele "¿Cómo se llama esto"?

Reloj ()

Moneda ()

Repetición: "Repita lo siguiente":

1 _____ "Ni si es, ni no es, ni peros"

Comprensión: Siga estas instrucciones:

3 _____ Tomen un papel en su mano derecha ()

Dóblelo por la mitad ()

Y póngalo sobre el piso ()

Lectura: "Por favor haga lo que dice aquí"

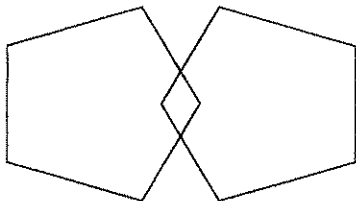
1 _____ (" Muestre la frase cierre sus ojos")

Escritura:

1 _____ "Escriba una oración que tenga sentido con sujeto y verbo"

Copia de modelo:

1 _____ (Muestra la figura de los pentágonos)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN