



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20**

**PREVALENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO Y  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS  
DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF20**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DRA MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ GÓMEZ**

**ASESORA: DRA. MAGDELIA LÓPEZ GONZALEZ**



**MEXICO D.F.**

**GENERACION 2003-2006**



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

**Por permitirme existir y nunca dejarme caer a pesar de los infortunios**

### **A mis padres**

**Por ser el principal apoyo para mi en este mundo; por ayudarme a ser quien soy  
y por inculcarme el valor de la honestidad, responsabilidad y el amor.  
Siempre los llevaré en mi corazón.**

### **A mis hermanos**

**Que siempre han compartido conmigo alegrías y tristezas, gracias por su apoyo  
y amor.**

### **A mis amigos**

**Que aunque ya son pocos los verdaderos, siempre están disponibles para ti, y te  
apoyan en las buenas y en las malas, así como por compartir sueños e ilusiones  
juntos, en especial a mis amigos Sandy y Gumaro.**

**A los pacientes que me ayudaron y guiaron en esta gran experiencia. Gracias por  
ser mis maestros y brindarme su confianza y comprensión.**

**A todos los doctores profesores de practica clínica, que durante estos tres años  
me brindaron sus conocimientos, que serán para mi un tesoro y fuente de  
superación.**

**A mi tutora de tesis, la doctora Gudelia, por soportar mis altibajos y apoyarme en este trabajo.**

**Y muy, muy en especial a la persona que llena de amor mi corazón, y que siempre me ha apoyado y que me ha enseñado que cuando se ama de verdad no importa el tiempo ni la distancia.**

**Gracias Rubén por tu amor y confianza. Te amo.**

**Y por último y muy especialmente**

**Dedico este trabajo de tesis a la memoria de mi padre, que siempre fue ejemplo de responsabilidad y honradez, además de haber sido un gran padre.**

**Te amo y extraño.**

## INDICE

RESUMEN

ANTECEDENTES.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
HIPÓTESIS.....	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
VARIABLES DEL ESTUDIO .....	15
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	18
TABLAS Y GRÁFICOS.....	22
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. ....	32
COMENTARIO FINAL .....	35
BIBLIOGRAFÍA .....	37
ANEXOS .....	39

## PREVALENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF20

JIMÉNEZ GOMEZ MARIA DEL CARMEN<sup>1</sup> LÓPEZ GONZALEZ GUEDELIA<sup>2</sup>

### RESUMEN

El deterioro cognoscitivo es la pérdida progresiva de las funciones mentales superiores y que es más frecuente en pacientes adultos mayores y puede estar relacionada con muchos factores. **OBJETIVO.** Determinar cual es la prevalencia de deterioro cognoscitivo y características sociodemográficas de los adultos mayores en la UMF20. **MATERIAL Y METODOS.** Se realizó un estudio observacional, transversal, en la UMF20, se incluyeron 240 pacientes adultos mayores, que acuden a consulta externa, se aplicó una escala de valoración mental y hoja de características sociodemográficas. **RESULTADOS.** Se observó que un 47.7% de los pacientes fueron de sexo masculino y 52.3% fueron del sexo femenino. El 48.5% reportó algún grado de deterioro. El grado leve se observó en un 26.8%, el moderado en un 13.2%, y el severo en un 8.5%, y un 51.5% de pacientes sanos. En cuanto a sexo, la presencia de deterioro fue de casi el cincuenta por ciento para ambos sexos. El grupo de 60 a 70 años, fue el más numeroso, el nivel de escolaridad predominante fue el de primaria con un 76%. Los pacientes que cuentan con vivienda con servicios básicos fue de 48.3%, y un 94.5% vive con familia. El 83.8% no trabaja y los pacientes casados representaron el 65.5% de este estudio.

**CONCLUSIONES.** La prevalencia de deterioro cognoscitivo en los pacientes fue de casi la mitad de la población de estudio, el grado leve fue el más frecuente. La mayoría de los pacientes tiene educación primaria, es casado, no trabaja y vive con su familia y cuenta con una vivienda con servicios básicos. Es importante para el médico familiar conocer las características sociodemográficas de los pacientes de su universo así como realizar valoraciones periódicas de los pacientes que lo ameriten y así brindarles una mejor calidad de vida.

Palabras claves: Deterioro cognoscitivo, características sociodemográficas, prevalencia

(1) MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR UMF20

(2) ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR UMF41

## ANTECEDENTES

El envejecer, implica un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales entre otros, sin embargo, en la actualidad aún no se tiene respuesta a muchas preguntas sobre cómo se entrelazan dichos factores y cómo se da este envejecimiento, lo cierto es que no existe una causa única, sino un conjunto de factores interrelacionados que explican por que se envejece.<sup>1</sup>

La transición demográfica se inició gradualmente en los países desarrollados a finales del siglo XVIII y principios del XIX, lo que ha facilitado adaptar sus sistemas socio-políticos a esta nueva situación. Por el contrario, en los países latinoamericanos, este cambio se presenta a finales del siglo XX, sin que en ellos se cuente con los recursos y experiencia para afrontar este problema<sup>14</sup>

La transición demográfica y el envejecimiento poblacional que todas las sociedades están viviendo son resultado de la dinámica de población determinada fundamentalmente por las variables de fecundidad y mortalidad.

Dentro de las repercusiones socioeconómicas del envejecimiento poblacional se puede decir lo siguiente:

El envejecimiento en México y en los países en vías en desarrollo se caracteriza por:

Rápido crecimiento. El envejecimiento de los países desarrollados fue gradual durante todo un siglo mientras que en los países en desarrollo envejecerán rápidamente en menos de treinta años.

Pobreza: El mundo desarrollado era rico cuando envejeció, y los países en desarrollo envejecen siendo pobres.

Heterogeneidad e iniquidad. El proceso de envejecimiento acentúa las diferencias biopsicosociales entre los individuos y en los países menos desarrollados también acentúa las desigualdades.

La mayor sobrevivencia femenina traduce cambios en la salud, en el estado civil, y económico. En la salud, las estadísticas refieren que las mujeres en edades avanzadas presentan mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de la misma edad; también se ha documentado que los factores de alto riesgo en salud reproductiva se van a reflejar en su situación de salud en la última etapa de la vida.

En el estado civil y económico, el mayor porcentaje de viudas es cerca del triple o más que el de los hombres, condición que, ligada a la menor participación económica de las mujeres y los mayores índices de analfabetismo incide en una mayor pobreza, vulnerabilidad a la violencia, al abuso y abandono en especial de las ancianas cuyo sustento económico depende de familiares.

Las personas que envejecen en las áreas rurales son más vulnerables por las condiciones de mayor deterioro económico y extrema pobreza, labilidad del mercado y marginación en programas de bienestar social y de salud ya que tienen una menor cobertura de servicios y menor atención que en las áreas urbanas. Características que se acentúan por el desplazamiento de los hijos y familiares jóvenes hacia las ciudades.

El impacto de la población anciana significa la necesidad de mayores servicios de salud con menores costos de atención, así como asistencia, seguridad y protección social, lo cual tiene un gran impacto en la economía de las naciones. En los países en desarrollo, para el anciano y además pobre, la ganancia en esperanza de vida se ve contrarrestada por una mayor discapacidad y desigualdad en el acceso de los servicios de salud.

El riesgo funcional es la disminución de las facultades de adaptación. Esta pérdida de adaptabilidad conduce a una sensibilidad aumentada en todos los desequilibrios biológicos, también produce un aumento de la fragilidad, que finalmente lleva a una lentitud en la respuesta de recuperación y dificultad para hacer frente a los problemas de salud.<sup>20</sup>

El deterioro cognoscitivo que define como un deterioro múltiple de las funciones cognitivas, incluida la memoria, sin que exista alteración del estado de conciencia. Entre las funciones que pueden estar alteradas son la inteligencia global, el aprendizaje, el lenguaje, la solución de problemas, la orientación, la percepción de la atención, el juicio, las habilidades sociales y la personalidad.<sup>6</sup>

Sin duda, hoy se vive más tiempo como consecuencia de las intervenciones higiénicas, sociales y médicas, pero este desarrollo ha tenido su precio, porque no todo es positivo. Resulta irónico que el avance económico y social se refleja en un incremento de la expectativa de vida, pero, a la vez, se agrega un incremento de las enfermedades crónica degenerativas, la dependencia personal y, con ello, un aumento de las demandas de los servicios socio sanitarios. A esto también se suma que los errores médicos (iatrogenias), de los cuales los ancianos son víctimas en gran escala, ocupan la séptima causa de muerte en países desarrollados. Resulta incongruente que las mayores demandas de atención sean por problemas incurables, paradójicamente, en su mayoría evitables y prevenibles.

La atención institucional enfrentará, a corto plazo, por lo menos dos tipos de demandas: en el primer nivel de atención será necesario prevenir los riesgos a edades más tempranas, destacando los aspectos positivos de la salud para mejorar la calidad de vida y disminuyendo la discapacidad física y psicológica derivada de la demencia, la depresión, el abandono y la pérdida de las redes sociales de apoyo. Por otro lado, el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas se combinará para generar una demanda de servicios altamente especializados, de alto costo, que requerirán de atención multidisciplinaria.



Un hecho indiscutible es que la población anciana es una de las mayores usuarias de los servicios de salud. En 1983, en México, se notificó que 79% de los ancianos residentes en zonas urbanas y 67% de los que habitaban las zonas suburbanas habían utilizado servicios médicos en los doce meses previos.<sup>3</sup>

En cuanto a la cobertura, el Instituto Mexicano del Seguro Social proporciona servicios de salud aproximadamente al 30% de los ancianos.

La promoción y fomento para la salud, son básicas en cualquier etapa de la vida; pero en la vejez, su objetivo es mantener la independencia y funcionalidad del adulto mayor en su entorno familiar y social; cuando ello no es posible, se requiere garantizar la accesibilidad a los servicios de salud.

Retirarse de la vida económicamente activa significa un cambio drástico en la vida de una persona; modifica su ritmo de vida; disminuye la actividad física e intelectual así como el ingreso económico; hay menor contacto con amigos o compañeros de trabajo; cuestiones todas que, después de cierto tiempo, pueden conducir a la depresión repercutiendo en la percepción del estado de salud.

Las mujeres utilizan más los servicios médicos, lo cual se podría explicar por los cambios fisiológicos que acompañan su envejecimiento y por la mayor prevalencia de padecimientos como la hipertensión y la diabetes. Hay estudios que muestran que la mujeres en edades avanzadas tienden a sufrir más discapacidades y por mayor tiempo que los hombres.<sup>1</sup>

La Dra. Ma. De los Ángeles Lara nos refiere en su estudio sobre riesgos y daños a la salud en el proceso de envejecimiento”, un punto muy importante al hablarnos de factores de riesgo social, ya que son las características de la sociedad las que condicionan tanto promedio de años de sus habitantes como su calidad de vida durante los años de vejez. De ahí el interés de analizar los factores de riesgo de quienes envejecen a la luz de las condiciones sociales existentes como son:

**Edad:** Es un factor de riesgo complejo que combina ciertas variables biológicas, psicológicas y sociales, que conjuntamente interactúan tanto en la morbilidad como en la mortalidad. En general, mientras más se envejece mayor es la probabilidad de sufrir enfermedad, incapacidad o muerte.

**Sexo:** Resultan más importantes el modo de vida y el papel social del hombre y de la mujer como factores de riesgo, que las diferencias biológicas, a pesar de que el varón tiene un mayor riesgo de morir, la mujer tiene un mayor riesgo de enfermar. Algunos estudios sugieren cierta superioridad genética en la mujer con respecto a la longevidad, aunque ésta durante la madurez se expone menos a riesgos.

Estado civil. Sabemos que entre los ancianos, así como entre los individuos de todas las edades, los casados tienen menor tasa de mortalidad que las personas de cualquier otro estado civil; la vejez no es la excepción, en el caso de la pérdida de la pareja, además de la supresión de compañía, se prevé un desequilibrio emocional, psicológico y económico, que le obliga tal vez a vivir con algún hijo o familiar y afrontar todos los problemas que esto implica, de cualquier manera, esta circunstancia genera un riesgo para la salud que pasa a ser la principal preocupación, seguido de lo económico y lo familiar.

Ocupación. A medida que las personas envejecen, se retiran del mercado de trabajo, situación que suscita tres acontecimientos: 1) la jubilación, no obstante que es un derecho, es una carga para la sociedad. 2) Muchos no lo desean y quieren seguir trabajando y 3) una de las consecuencias negativas del retiro es la situación de estrechez económica. Aunado a lo anterior, es un hecho real que los jubilados tienen una tasa mayor de mortalidad.

Familia y vivienda. La familia sigue y seguirá siendo el mejor soporte social, afectivo, económico y de revalorización del adulto mayor. El paradigma surge del modelo de " familia tradicional" en contraste con el modelo "industrial moderno". La información demuestra que los ancianos que viven solos, con escaso dinero y poco contacto con familiares y amigos, registran mayor riesgo de sufrir y morir.

Con respecto a la vivienda, se destacan las condiciones de hábitat, tipo de propiedad, espacio vital y el medio ambiente acogedor/ hostil.<sup>10</sup>

La vida sedentaria es más común dentro de los pacientes con algún tipo de deterioro cognoscitivo, lo que podría entenderse como un pródromo de la enfermedad. El nivel de escolaridad es un indicador muy utilizado en los estudios de la demencia y es el más de evaluar. En general, se ha encontrado, en las diferentes investigaciones, que la incapacidad cognoscitiva severa es más común entre gente con menor nivel de escolaridad. Aunque otros investigadores han demostrado que no se presenta asociación con este factor. Se han propuesto algunos mecanismos para explicar esta asociación . El bajo nivel de escolaridad se asocia con condiciones comórbidas más importantes; los sujetos que nacen en familias de bajo nivel socioeconómico, con alta frecuencia de desnutrición fetal e infantil, tienen un desarrollo cerebral deficiente y, por lo tanto, un mayor riesgo de desarrollar alteraciones cognoscitivas. La estimulación ambiental en edades avanzadas, según Schaie, 1984, ha demostrado que las actitudes flexibles, el estilo de vida activo y el apoyo familiar estimulan el funcionamiento cognoscitivo en edades avanzadas.  
11

Los factores sociales y compartamentales influyen significativamente sobre el estado de salud tanto física y mental, de lo cual podemos destacar los estilos de vida, cuyo patrón de comportamiento estresante y de insatisfacción pueden conferir riesgo para distintas enfermedades, déficit o causas de muerte, como es la depresión y/o el deterioro cognoscitivo.

Los principales factores que influyen en el estilo de vida los podemos subdividir en individuales, sociales y los del medio ambiente.

Los individuales son aquellos aspectos que tienen que ver con la persona de forma intrínseca, como su capacidad intelectual, factores genéticos, tendencias cognitivas, etc. Los sociales se refieren al nivel educacional, sistemas de apoyo, disponibilidades culturales, etc y los del medio ambiente, abarcan un rango muy amplio de variables que van desde las climatológicas hasta las relacionadas con la industrialización y los recursos de salubridad, determinando en gran medida los estilos de vida del medio rural y urbano.

El estilo de vida representa un conjunto de conductas, de valores y actitudes adoptadas por el individuo en respuesta a su ambiente social, cultural y económico. No obstante, en el caso del ser humano es difícil precisar las contribuciones de las influencias congénitas y ambientales en el proceso normal de envejecimiento. Sin embargo, investigaciones realizadas demuestran que el entorno y nuestro estilo de vida influyen en la salud física y por ende en la longevidad.

Al respecto, algunos estudios realizados en diferentes poblaciones como medio rural y urbano, reportan diferencias en cuanto a mayor longevidad en el medio rural, menor dependencia y menor uso de los servicios médicos, en comparación con los del medio urbano, mientras que en otras investigaciones reportan más enfermedades crónicas, pobre salud y decremento físico, así como conceptos más erróneos en cuanto a la nutrición y mayor estancia hospitalaria en los residentes del medio rural.

En este estudio se abordaron las áreas cognitiva y afectiva, por su repercusión directa en la realización de las actividades de la vida diaria (funcionalidad) y su calidad de vida. Al respecto los costos sociales, familiares y sanitarios que implican el cuidado de los adultos mayores con deterioro cognoscitivo y/o emocional, justifican la realización de este tipo de estudios.<sup>2</sup>

Algunos países han avanzado en la formulación de nuevos objetivos sociales relacionados con la vejez. La preocupación principal es la configuración de un nuevo marco de relaciones entre la vejez y la dinámica social en la cual la calidad de vida de los años venideros se traduzca en tres objetivos esenciales:

1. Que la jubilación, no signifique la pobreza, las dificultades económicas son el origen de otras muchas dificultades y no se puede hablar de calidad de vida, si la persona no tiene recursos suficientes para cubrir las necesidades de supervivencia.
2. Mantener al anciano activo e independiente en su propio lugar, si han de ingresar en establecimientos asistenciales, habrá que facilitarse el retorno lo antes posible a su casa.
3. Que sean capaces de tomar decisiones personales respecto a su vida. La sociedad moderna aparta al anciano del proceso de las decisiones sociales, de todas, las decisiones que afectan a su vida o su salud, lo cual mina el control que puede tener sobre su existencia, afecta a su autoestima y en consecuencia a su calidad de vida.<sup>13</sup>

Dentro de los factores que han contribuido al aumento de la esperanza de vida se encuentran:

- Disminución rápidamente progresiva de la mortalidad general, particularmente de la mortalidad infantil, debido a un mejoramiento del nivel de vida y progreso medico-sanitario.
- Saneamiento progresivo del ambiente humano
- Eliminación y control de las antiguas epidemias de enfermedades infecciosas altamente letales, como viruela, lepra, cólera, peste, enfermedades de transmisión sexual, etc.
- Mejoramiento paulatino del nivel de vida
- Extensión de la educación general y de la educación para la salud.
- Eliminación o control de las grandes hambrunas de la antigüedad y mejoramiento de la calidad de la alimentación
- Progreso científico y, en particular, de las ciencias de la salud
- Mejoramiento creciente de las condiciones de trabajo de las masas trabajadoras
- Extensión de la protección medico-sanitaria a un porcentaje cada vez mayor de la población (seguridad social).
- Cambio paulatino de los modos de vida y de actitudes y comportamientos de la población frente a la salud, la enfermedad y la muerte.<sup>18</sup>

Las pruebas del estado mental y los exámenes neuropsicológicos comprueban de manera eficaz los trastornos del estado cognoscitivo y permiten vigilar el progreso de la demencia. Las pruebas neuropsicológicas de escala completa miden las memorias primaria y secundaria (verbal y no verbal), el lenguaje, la función visuoespacial, la capacidad para resolver problemas y establecer secuencias, la atención y el rendimiento psicomotor, con inclusión de tareas cronometradas.

Estas pruebas, por tanto, permiten valorar de manera sistemática las funciones cognoscitivas principales afectadas por la demencia; pueden requerirse varias horas para su aplicación.

A menudo se emplean pruebas cognoscitivas breves a la cabecera del paciente o en el consultorio del médico, para valorar con rapidez un número limitado de capacidades cognoscitivas con finalidades de investigación y para la valoración de vigilancia. La llamada escala Mini-Mental State mide memoria, orientación, concentración, lenguaje y praxis. Se ha demostrado una correlación importante entre estas pruebas cognoscitivas breves, lo que indica que miden aspectos similares a la demencia. Las puntuaciones de la Mini-Mental (miniexploración del estado mental) se correlacionan con los resultados de las pruebas neuropsicológicas.<sup>19</sup>

La prioridad al evaluar el funcionamiento físico y cognoscitivo consiste en estimular la independencia, educar y motivar a los pacientes, documentar los hallazgos, elaborar planes de atención, estimular los ejercicios, físicos y mentales.

Es ideal que el paciente continúe viviendo en su hogar, que permanezca ambulatorio y activo y se movilice dentro de su comunidad, esto retarda la declinación y proporciona mejor calidad de vida durante un tiempo más prolongado.

La reducción de la dependencia se divide en tres componentes:

Prevención primaria: anticipar la enfermedad y proporcionar protección

Prevención secundaria: detectar enfermedades no diagnosticadas o mal tratadas

Prevención terciaria: Atacar problemas incapacitantes.<sup>21</sup>

Debido a toda esta situación países como España, Estados Unidos, Canadá, entre otros, han tomado especial interés en este grupo de personas y cuentan con infraestructura cada vez mejor organizada para proporcionar atención médica y asistencial a las personas mayores, dentro de todo esto se cuenta con escalas de valoración médica para pacientes geriátricos, en las cuales se pueden valorar distintos rubros como deterioro cognoscitivo, depresión, estado nutricional, estado funcional, entre otros, escalas tales como el test de Katz y Barthel para funcionalidad o grado de dependencia, el de Folstein, Pfeiffer para deterioro cognitivo, el de Yesave para depresión, entre otros. Test que resultan muy útiles para evaluar el estado general de esta población, determinar pronósticos y tratamientos.

La vejez debe disfrutarse con más años de vida y de mejor calidad, con la certeza de que serán años verdaderamente agradables en los que una vida de trabajo constante se vea recompensada con la capacidad para realizar todas aquellas actividades recreativas de las que no se pudo disfrutar en otra época de la vida. El reto radica en desarrollar programas y servicios que ayuden al mayor número de personas a alcanzar la tercera edad en condiciones óptimas para disfrutarla.<sup>3</sup>

## JUSTIFICACIÓN

A lo largo de estas últimas décadas la población mundial ha desarrollado cambios importantes en su estructura demográfica. Es bien conocido que el número de años en la esperanza de vida de las personas ha aumentado y que cada vez será mas grande el numero de adultos mayores que habitan el mundo.

Nuestro país no esta exento de esta situación, ya que también en nuestro territorio hemos y estamos observando ya este fenómeno de transición demográfica.

Además, es importante recalcar, que el número de adultos mayores que acuden a nuestra consulta va en aumento y es necesario estar lo suficientemente capacitados para ofrecerles buenas opciones terapéuticas a todos sus problemas.

Es por lo tanto de principal importancia el brindar una adecuada atención a este grupo de pacientes, en la cual estén contemplados básicamente todos los aspectos es decir, el biológico, psicológico y social.

Cabe mencionar también de forma importante los siguientes datos:

Para el año 2020, el 12% de la población total mundial tendrá más de 60 años y, debido a la migración del campo a la ciudad, se estima que para el año 2000 75% de los ancianos residirán en zonas urbanas. En el año de 2002 los sujetos de 60 años y más representan 6.5% del total de la población en México.<sup>1</sup>

Hoy México es la undécima nación más poblada del mundo, con 97.4 millones de habitantes (INEGI 2000), y se prevé que para 2020 ocupara el noveno lugar entre los países con la mayor población de personas de edad, por delante de Italia, Francia y el Reino Unido. Aunque la población mexicana es predominantemente joven, su dinámica actual adquiere un envejecimiento paulatino. En 1990, por ejemplo, la mitad de la población era menor de 19 años, mientras que en 2000 era menor de 22 años, lo anterior se propicia por la disminución de los indicadores más importantes de envejecimiento.

La ONU recomendó, desde 1983, que la tercera edad se iniciara a los sesenta años. La proporción mundial de población de sesenta años y más se incremento de 9.2% en 1990 a diez por ciento en 2000.<sup>3</sup>

La información que se tiene en Latinoamérica es escasa, se han hecho estudios sobre el tema, en uno de ellos, en que participaron Argentina, Chile y

Cuba, se reporta que la prevalencia del deterioro cognoscitivo es de 4.5, 9.4 y 7.2% respectivamente. Estos datos se obtuvieron por medio de una evaluación de tamizaje aplicada a tres poblaciones mayores de 60 años, usando una versión adaptada del Examen Mínimo del Estado Mental de Folstein. En un reporte anterior Cuba reportó el 5.9% de prevalencia de padecimientos demenciales en personas mayores de 60 años, aunque no se especifica la causa. En Uruguay se detectó 10.7 casos por cada 1.000 habitantes, en la población general.

En México se estima que el 6% de la población mayor de 60 años padece algún tipo de deterioro cognitivo asociado con demencia, y en el Distrito Federal se estima que hay 41mil personas con esta enfermedad, cifra que se incrementará proporcionalmente al aumento de la población adulta, calculando que este cifra puede duplicarse cada cinco años.<sup>2</sup>

Los cambios demográficos en nuestro país han propiciado un envejecimiento de la población, actualmente como ya se mencionó, la población de más de 60 años es de un 6% aproximadamente. Dentro de esta población el 20.2% de hombres y el 62% de mujeres son viudos. El 40% vive con sus hijos o en compañía de algún otro familiar. Aunque un porcentaje grande de ancianos vive con su familia, esto no representa una mejoría en su calidad de vida pues predominan las malas condiciones de vivienda, económicas y nutricionales. La dependencia económica es un factor que se ha incrementado en los últimos años, pues mientras en 1960 el 15% de las personas mayores estaba incorporado a la fuerza laboral en 1990 disminuyó a 7.6%. La disminución actual de la población, abre la posibilidad de una redistribución de recursos para favorecer al anciano.<sup>7</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Resulta importante en este contexto el conocer entonces el grado de deterioro cognoscitivo que presentan este grupo de pacientes así como sus características sociodemográficas, para así saber que opciones tenemos para ofrecer a los adultos mayores, el pronóstico en cada caso particular y los puntos en los cuales nosotros como médicos familiares debemos incidir más.

**¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO Y  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS ADULTOS  
MAYORES EN LA UMF 20?**



## OBJETIVOS

### **Objetivo general**

Determinar la prevalencia de deterioro cognoscitivo y características sociodemográficas en los adultos mayores en la UMF 20

### **Objetivos particulares**

- 1- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes
- 2- Determinar el deterioro cognoscitivo existente en los adultos mayores de 60 años en la UMF20 mediante la escala de valoración mental

## HIPÓTESIS

ESTE TIPO DE ESTUDIO NO LLEVA HIPÓTESIS POR SER  
OBSERVACIONAL

## MATERIAL Y METODOS

### ➤ Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal, observacional

### ➤ Propósito del estudio

El propósito por el cual se realizó este estudio fue determinar la prevalencia de deterioro cognoscitivo en pacientes adultos mayores de 60 años y determinar las características sociodemográficas de los mismos , ya que considero que para nuestra práctica clínica es muy importante tener en cuenta esta situación.

### ➤ Sitio del estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 20

### ➤ Población de estudio

Pacientes que acuden a consulta a la UMF20, el número de acuerdo al estimado en nuestro tamaño de muestra, y que reúnan los criterios de inclusión.

### ➤ Criterios de inclusión

- 1.Pacientes que quieran participar en el estudio
- 2.Edad comprendida de 60 años en adelante
- 3.Pertenecientes a la UMF20

➤ Criterios de exclusión

1. pacientes con edad menor de 60 años
2. Que no pertenezcan a la UMF20
3. Pacientes con enfermedad que impida realizar la entrevista

➤ Criterios de eliminación

1. Pacientes adultos mayores de 60 años que no acepten participar en el Estudio.
2. Pacientes en los cuales no se puedan recabar los datos completos

➤ Tamaño de la muestra

El tamaño se obtuvo basándonos en la prevalencia deterioro cognoscitivo mencionada en los antecedentes (6%)

Utilizando la siguiente fórmula se calculó nuestro tamaño de muestra:

$$n^1 = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}{d^2}$$

Utilizando esta fórmula, tomando en cuenta la prevalencia reportada, y con una diferencia entre el valor esperado y el error aceptable de .02, la muestra calculada fue de 240 pacientes.

➤ Tipo de muestreo

Es de tipo no probabilístico de casos consecutivos ya que se eligió a cada paciente que cumplía con los criterios de selección dentro de un intervalo específico o hasta alcanzar nuestro número definido de pacientes.

➤ Variables de estudio

Universales

EDAD

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento

Definición operacional: Periodo comprendido como mínimo los 60 años y en adelante después de nacimiento

Escala de medición: nominal

Es una variable cuantitativa

SEXO

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer

Definición operacional: hombre o mujer

Escala de medición: nominal

Es una variable cualitativa

ESCOLARIDAD

Definición conceptual: máximo grado de estudio que tiene una persona

Definición operacional: cualquier nivel de estudios, como son analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura

Escala de medición: ordinal

Es una variable cualitativa

## ESTADO CIVIL

Definición conceptual: condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles

Definición operacional: soltero, casado, divorciado, viudo

Escala de medición: nominal

Es una variable cualitativa

## VIVIENDA

Definición conceptual: Lugar donde reside una persona

Definición operacional: propietario o no, contar con todos los servicios públicos básicos

Escala de medición: nominal

Es una variable cualitativa

## FAMILIA

Definición conceptual: conjunto de personas compuesto por un matrimonio y sus hijos y todas las personas unidad por un parentesco.

Definición operacional: Vive solo o no

Escala de medición: nominal

Es una variable cualitativa

Variables dependientes

#### DETERIORO COGNOSCITIVO

Será evaluado mediante la escala de valoración mental de Folstein, que engloba en sus items las funciones mentales superiores básicas

Definición conceptual: Se caracteriza por la pérdida progresiva de las funciones mentales y emocionales, lo suficiente para interferir con las actividades de la vida cotidiana y la calidad de vida de la persona que la padece.

Definición operacional: Se toman en cuenta tres grados de deterioro: el leve con un puntaje de 20 a 24 puntos, moderado con un puntaje de 16 a 19 puntos y severo con un puntaje menor a 15 puntos.

Escala de medición: cualitativa ordinal

.

.

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se presentan los resultados sobre la prevalencia de deterioro cognoscitivo encontrado en los adultos mayores encuestados en la UMF 20, el cual fue valorado con la Escala Minimental Folstein , así también como las características sociodemográficas de los pacientes.

Dicho instrumento fue aplicado a 240 pacientes adultos mayores, durante el periodo de febrero a mayo de 2005, de los cuales 5 fueron eliminados por no contar con el instrumento aplicado llenado de forma correcta, evaluándose entonces 235 pacientes en total.

Se observó que de acuerdo a la edad se distribuyeron en tres grupos de la siguiente manera: de 60 a 70 años con un 81.3%, de 71 a 80 años con un 17.9% y de más de 80 años con un 0.9%. (Ver tabla 1, gráfico 1.1)

De acuerdo al sexo, se distribuyeron en 47.7% pacientes masculinos y 52.3% de pacientes del sexo femenino ( tabla 1, gráfico 1.2)

En relación a escolaridad se encontró un 76.2% que estudiaron solo nivel primaria, 10.2% secundaria, 3.4% bachillerato, 3.8% licenciatura y 6.4% analfabetas.

Por lo que respecta al estado civil, se reportó un 65.5% para pacientes casados, 28.1% pacientes viudos, 3% pacientes divorciados y 3.4% pacientes solteros.



En relación a la vivienda, tenemos que un 98.3% tienen vivienda con servicios básicos y un 1.5% sin servicios básicos.

De acuerdo a familia se encontró que un 94.5% vive acompañado y un 5.5% vive solo.

Y por último, en cuanto a ocupación un 83.8% no trabaja y un 16.2% si trabaja.

En cuanto a la presencia de deterioro cognoscitivo tenemos que el 48.5% presentó deterioro cognoscitivo y un 51.5% no lo presentó. ( ver tabla 2, gráfico 2.1). Siendo el deterioro leve el más frecuente con un 26.8%, seguido con un 13% correspondiente al deterioro moderado y solo un 8.5% correspondiente al deterioro severo, ( ver tabla 3, gráfico 3.1)

En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes que se incluyeron en este estudio tenemos lo siguiente:

El grupo de edad situado entre 60 y 70 años presentó un deterioro leve de 53 casos, el deterioro moderado se observó en 23 casos y el deterioro severo se observó en 14 casos, y pacientes sanos, es decir, sin ningún grado de deterioro cognoscitivo fue de 101 casos. (ver tabla 4, gráfico 4.1)

En cuanto al grupo de 71 a 80 años, tenemos que 10 casos presentaron deterioro leve, 8 casos con deterioro moderado y 6 casos presentaron deterioro severo, y se presentaron 18 casos de pacientes sanos. ( ver tabla 4, gráfico 4.1)

En cuanto a los paciente mayores solo se presentaron 2 casos y ambos estuvieron exentos de algún grado de deterioro cognoscitivo.

De acuerdo con sexo se encontró que 29 hombres presentaron deterioro leve, 19 deterioro moderado y 9 con deterioro severo, así como 55 casos sin deterioro cognoscitivo.

Por su parte, en el sexo femenino se encontraron 33 casos de deterioro leve, 12 casos con deterioro moderado y 11 casos con deterioro severo, los casos sanos en este sexo fueron 66. (ver tabla 4, gráfico 4.2)

En lo referente a escolaridad tenemos que en el nivel primaria el deterioro se distribuyó de la siguiente manera: 56 casos con deterioro leve, 23 casos con deterioro moderado, 17 casos con deterioro severo y 81 casos sanos. A nivel secundaria solo se encontraron 2 casos con deterioro leve, 1 moderado y 1 severo, así como 20 casos de sanos, a nivel bachillerato no se presentó ningún grado de deterioro cognoscitivo, así mismo a nivel licenciatura.

Por último, dentro de los pacientes analfabetas se presentaron 4 casos de deterioro leve, 5 casos de deterioro moderado, 2 con deterioro severo y 3 sanos. (ver tabla 4, gráfico 4.3)

En cuanto a estado civil, en el grupo de casados se presentaron 43 casos de deterioro leve, 15 casos de deterioro moderado y 9 casos con deterioro severo, y 87 pacientes sanos.

En cuanto a los viudos, estos presentaron 17 casos con deterioro leve, 15 con deterioro moderado, 11 con deterioro severo y 53 casos sanos, en divorciados se presentaron solo 3 casos con deterioro leve y 4 casos sanos, y en el grupo de solteros 1 caso con deterioro moderado y 7 sanos. ( Ver tabla 4, gráfico 4.4)

Dentro de los pacientes con vivienda con servicios básicos se encontraron 62 casos con deterioro leve, 30 casos con deterioro moderado, 19 casos con deterioro severo, y 120 casos sanos, en la vivienda sin servicios básicos tenemos un caso con deterioro leve, otro con moderado y otro con severo, y un sano. ( ver tabla 4, gráfico 4.5)

En cuanto a los pacientes que viven con algún familiar se encontró que 62 casos presentaron deterioro leve, 27 casos presentaron deterioro moderado y 19 casos deterioro severo, así como 114 casos sanos. Y en cuanto a los pacientes que viven solos, 1 presento deterioro leve, 4 deterioro moderado y 1 severo, observándose 7 casos sanos. (ver tabla 4, gráfico 4.6)

De los casos que no trabajan, 57 presentaron deterioro leve, 29 deterioro moderado, 20 casos deterioro severo y 90 casos sanos.

Y en cuanto a los que desempeñan algún trabajo 5 casos presentaron deterioro leve, y 2 casos deterioro moderado, observándose en este grupo 32 pacientes sanos. ( ver tabla 4, gráfico 4.7)

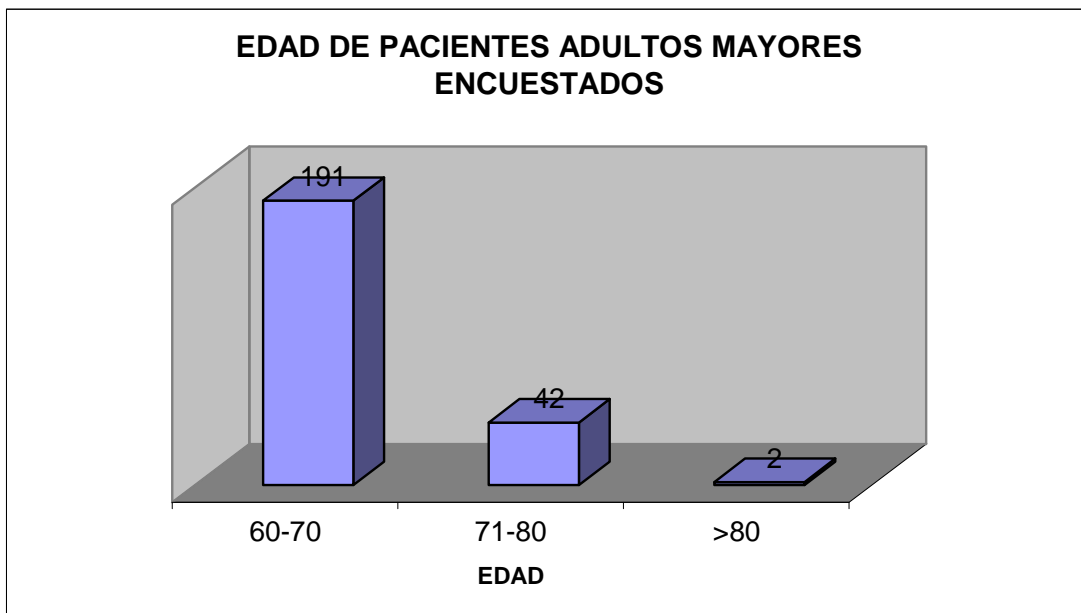
**TABLA 1**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ANCIANOS**  
**MAYORES DE LA UMF20**

CARACTERÍSTICAS SOCIALES	FRECUENCIA N=235	PORCENTAJE %
<b>EDAD</b>		
60-70	191	81.3
71-80	42	17.9
>80	2	0.9
<b>SEXO</b>		
HOMBRE	112	47.4
MUJER	123	52.3
<b>ESCOLARIDAD</b>		
PRIMARIA	179	76.2
SECUNDARIA	24	10.2
BACHILLERATO	8	3.4
LICENCIATURA	9	3.8
ANALFABETA	15	6.4
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO	154	65.5
VIUDO	66	28.1
DIVORCIADO	7	3
SOLTERO	8	3.4
<b>VIVIENDA</b>		
CON SEVICIOS BÁSICOS	231	98.3
SIN SERVICIOS BASICOS	4	1.7
<b>FAMILIA</b>		
VIVE ACOMPAÑADO	222	94.5
VIVE SOLO	13	5.5
<b>OCUPACIÓN</b>		
NO TRABAJA	197	83.8
TRABAJA	38	16.2

FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 1.1**

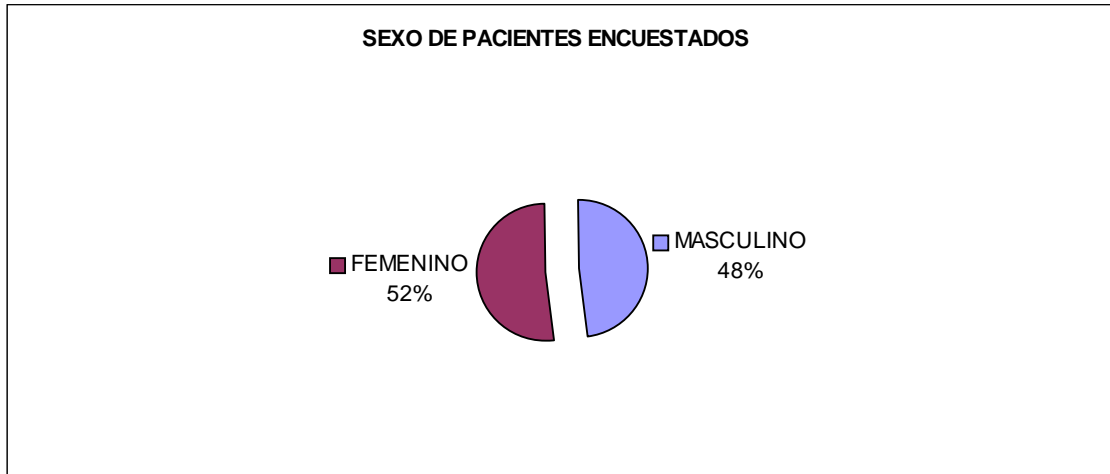
**FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD EN  
ADULTOS MAYORES DE UMF 20**



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

## GRAFICO 1.2

### DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SEXO DE LOS ADULTO MAYORES DE LA UMF 20



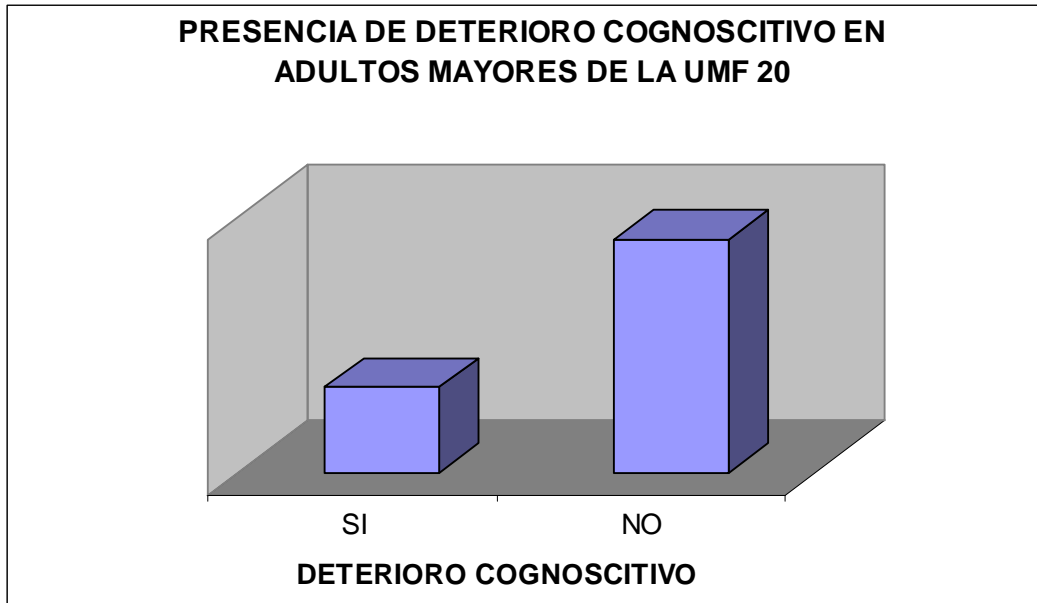
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**TABLA 2**  
**PRESENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO**  
**EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF 20**

VARIABLE	FRECUENCIA N=235	PORCENTAJE %
<b>DETERIORO</b>		
<b>COGNOSCITIVO</b>		
SI	114	48.5
NO	121	51.5

FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 2.1**



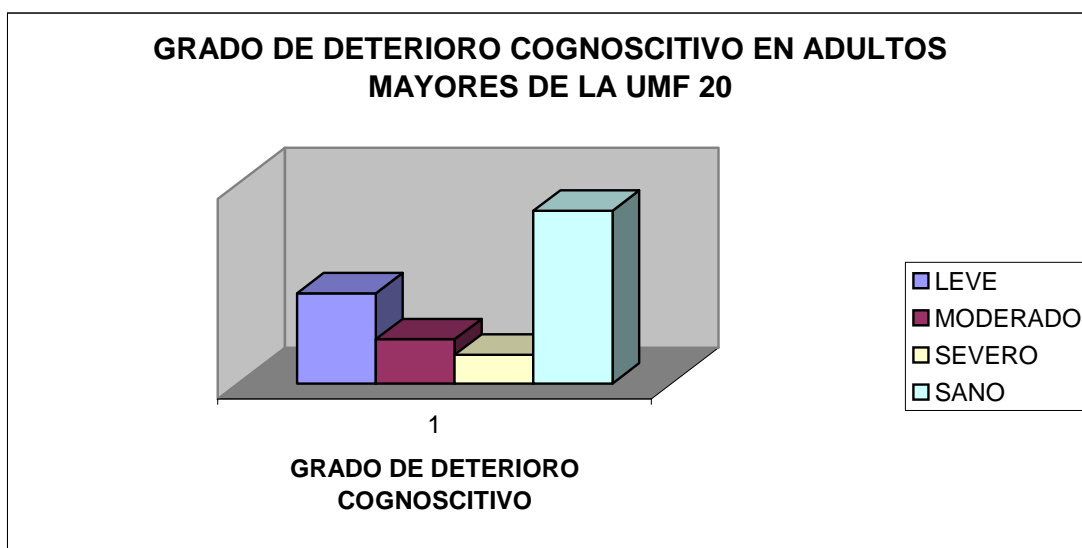
FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**TABLA 3  
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO  
EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF20**

<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA N=235</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
<b>GRADO DE</b>		
<b>DETERIORO</b>		
LEVE	63	26.8
MODERADO	31	13.2
SEVERO	20	8.5
SANO	121	51.5

FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 3.1**



FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

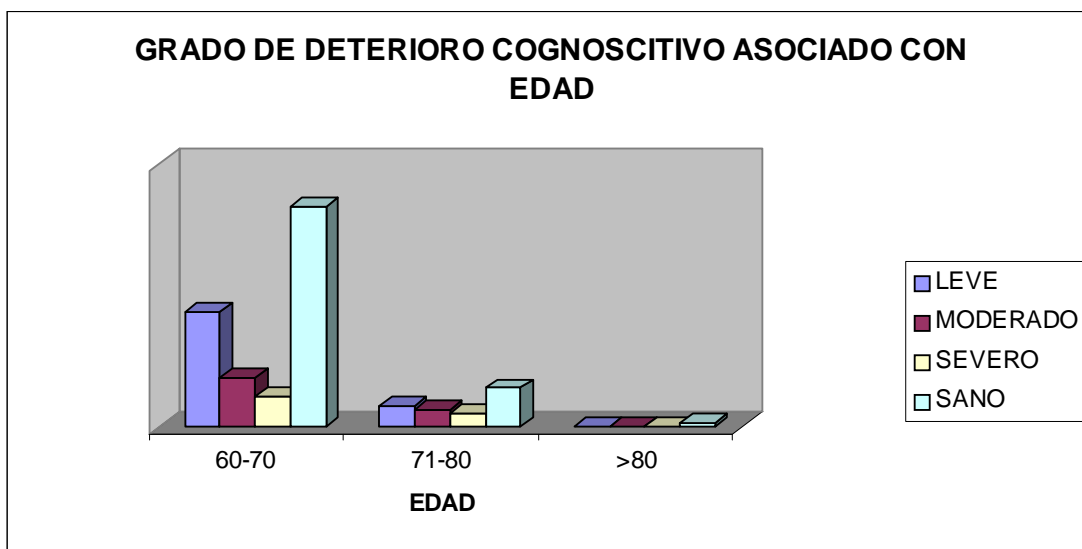


**TABLA 4**  
**GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO ASOCIADO A**  
**CARACTERISCAS SOCIALES EN ADULTOS MAYORES**  
**DE LA UMF 20**

VARIABLE	DETERIORO LEVE	DETERIORO MODERADO	DETERIORO SEVERO	SANO	TOTAL
<b>EDAD</b>					
60-70	53	23	14	101	191
71-80	10	8	6	18	42
>80	0	0	0	2	2
<b>SEXO</b>					
HOMBRE	29	19	9	55	112
MUJER	33	12	11	66	123
<b>ESCOLARIDAD</b>					
PRIMARIA	56	25	17	81	179
SECUNDARIA	2	1	1	20	24
BACHILLERATO	0	0	0	8	8
LICENCIATURA	0	0	0	9	9
ANALFABETA	4	5	2	3	14
<b>ESTADO CIVIL</b>					
CASADO	43	15	9	82	154
VIUDO	17	15	11	23	66
DIVORCIADO	3	0	0	4	7
SOLTERO	0	1	0	7	8
<b>VIVIENDA</b>					
CON SERVICIOS	62	30	19	120	231
SIN SERVICIOS	1	1	1	1	4
<b>FAMILIA</b>					
ACOMPAÑADO	62	27	19	114	222
SOLO	1	4	1	7	13
<b>OCUPACIÓN</b>					
NO TRABAJA	57	29	20	90	196
TRABAJA	5	2	0	32	39

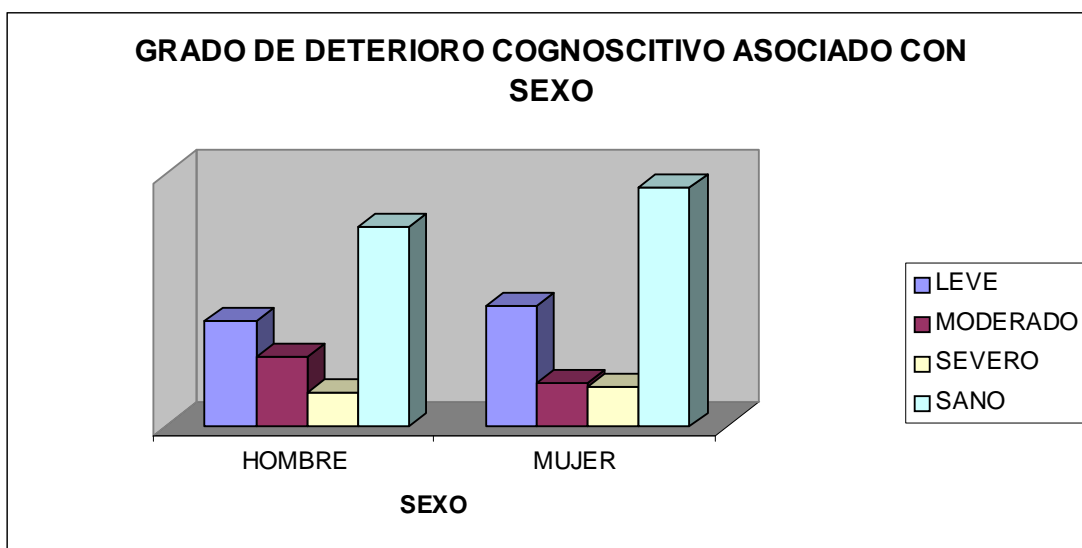
FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 4.1**



FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 4.2**



FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 4.3**



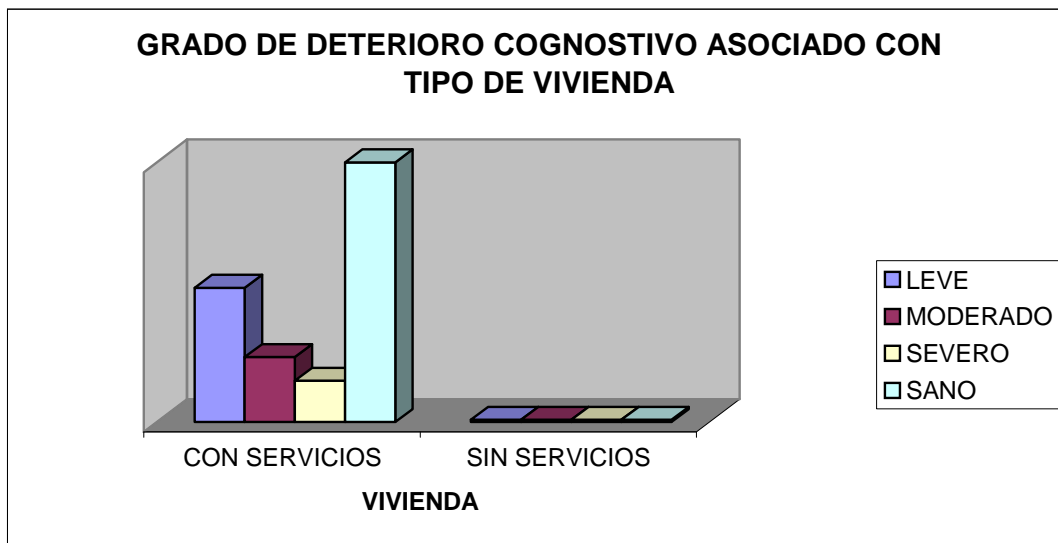
FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 4.4**



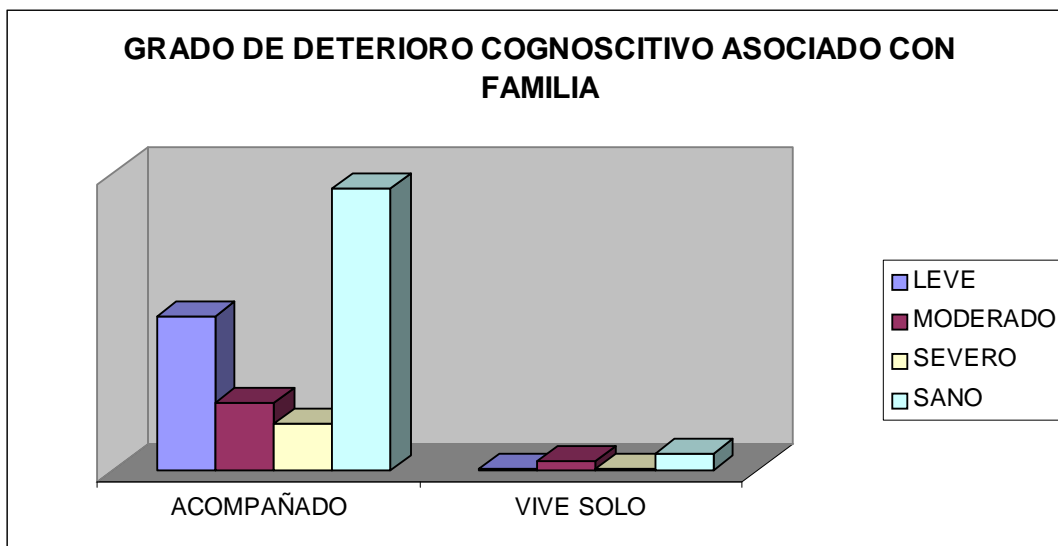
FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 4.5**



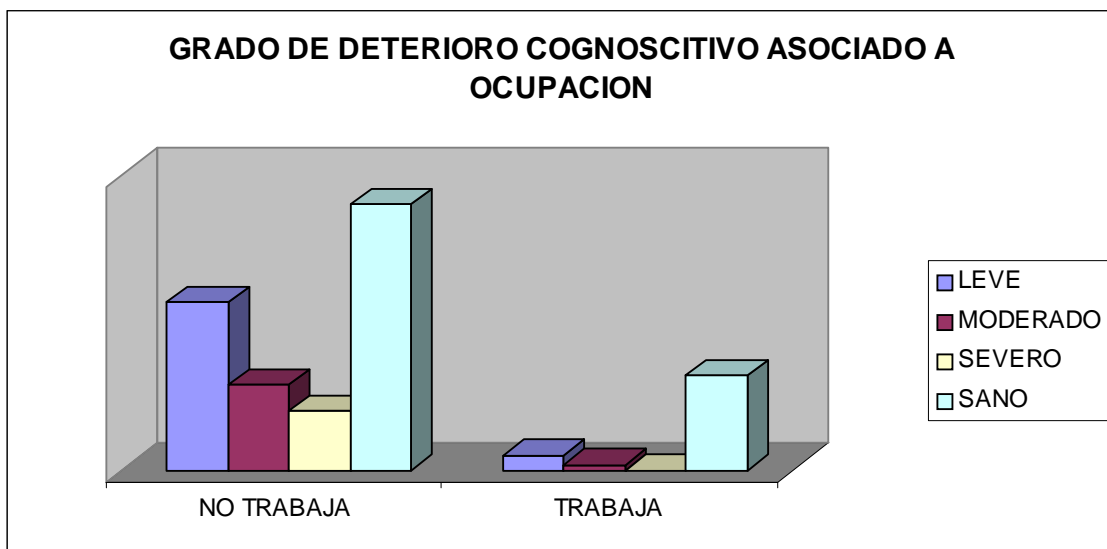
FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 4.6**



FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

**GRAFICO 4.7**



FUENTE.: INSTRUMENTOS APLICADOS A PACIENTES ADULTOS MAYORES DURANTE E L PERIODO DE FEBRERO A MAYO DE 2005

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio como ya se mencionó se incluyeron 235 pacientes pertenecientes a la UMF 20, de los cuales se observó que el 52.3% fueron mujeres y el 47.7% fueron hombres, observándose también un predominio del sexo femenino, distribución que esta acorde con lo encontrado en la mayoría de los países en el mundo.<sup>7</sup>

En cuanto a la edad de los pacientes, se encontró que el grupo predominante fue el de 60 a 70 años con un 81.3%, y con 17.9% para el grupo de 71 a 80 años, y solo un 0.9% para los pacientes mayores de 80 años, coincidiendo esto con la literatura en cuanto a la esperanza de vida esperada reportada.<sup>3</sup>

En cuanto a la presencia de deterioro cognoscitivo, el 48.5% reportó algún grado de deterioro, no coincidiendo este resultado con el de la población en general reportado en la estadísticas, sin embargo, coincidiendo si un poco el grado de deterioro severo que reportó el 8.5%, sin embargo este grado de deterioro no se presentó en el grupo de mayor edad, sino por el contrario fue poco mayor en el grupo de 60 a 70 años, resultado influido por otro tipo de factores, como el de escolaridad.<sup>10</sup>

El nivel de escolaridad primaria presentó más casos de deterioro cognoscitivo con un 54.7% del total de este nivel académico, dato relacionado con la literatura que menciona que el deterioro cognoscitivo es más propenso a presentarse en personas de bajo nivel educativo, hecho contrastado con los grupos de nivel bachillerato y licenciatura, en donde no se observó ningún grado de deterioro cognoscitivo.<sup>20</sup>

La mayoría de los casos presentó vivienda con servicios básico con un 98.3% y de estos casos el 48% presentó algún grado de deterioro, observándose entonces una tendencia un poco menor al 50% estando entonces de acuerdo con la literatura.<sup>2</sup>

En cuanto a la convivencia con familiares un 94.5% de los casos vive por lo menos con un familiar y de estos casos el 48.6% presentó algún grado de deterioro cognoscitivo.

Por último se encontró que la mayoría de los casos no trabaja, y el porcentaje encontrado fue de 83.8% y de estos casos el 54% presentó algún grado de deterioro cognoscitivo, coincidiendo esto como factor coadyuvante para presentar algún grado de deterioro cognoscitivo.

Con estos resultados se puede concluir que en nuestra muestra predominó el sexo femenino, y el grupo de edad más numeroso encontrado fue el de 60 a 70 años, la presencia de deterioro cognoscitivo reportó resultados muy similares comparado con la ausencia del mismo.

El grado de deterioro leve fue el que predominó, probablemente relacionado esto con el hecho de que el grupo predominante se situara en el grupo de menor edad.

El deterioro cognoscitivo fue más predominante a nivel primaria, siendo también del tipo leve, y en niveles escolares más altos no se presentó deterioro cognoscitivo o fue menos frecuente.

Además de que es importante señalar que si bien los pacientes analfabetas solo fueron 14 casos, 11 de estos presentaron deterioro cognoscitivo, resultado que representa una proporción importante.

En los pacientes viudos se presentó mayor prevalencia de deterioro cognoscitivo.

Asi mismo los pacientes que no cuentan con una vivienda con servicios básicos solo fueron cuatro casos pero de estos 3 presentaron algún grado de deterioro cognoscitivo.

Los pacientes que no trabajan en nuestro estudio son la mayoría, y más de la mitad de los mismos presentaron algún grado de deterioro cognoscitivo. Por último, de los pacientes que si trabajan fueron pocos, pero también solo pocos fueron los casos que presentaron deterioro cognoscitivo.



## COMENTARIOS FINALES

El deterioro cognoscitivo es un factor importante que se debe de tener en cuenta dentro de la práctica clínica diaria, y lo es por muchas circunstancias:

Antes que nada, hay que tratar de prevenirlo y muy importante también diagnosticarlo y dar tratamiento para ayudar a retardarlo lo más posible; y para diagnosticar algo primero hay que tener en cuenta que este problema de salud existe y que cada vez será más frecuente debido a la transición demográfica que se esta presentando desde hace ya varios años.

Tratar de tener un buen control de las enfermedades crónicodegenerativas tales como hipertensión y diabetes por que bien fundamentado esta que estas enfermedades contribuyen de forma importante al deterioro cognoscitivo de muchos pacientes y esto es algo que como médicos podemos evitar tratando de tener un buena relación médico paciente que se base en la confianza y en la orientación de la salud.

Nunca dejar de lado el entorno de nuestros pacientes por que como ya sabemos es factor importantísimo para que se prevengan, presenten o controlen muchísimas enfermedades.

Y también muy importante y aunque no haya formado parte de esta investigación es el que debemos tener presente que la depresión es una enfermedad muy frecuente en las personas y lo es también en el adulto mayor y es en este sobretodo en el que merma considerablemente las funciones mentales, por eso es importante diagnosticarla y tratarla.

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de deterioro cognoscitivo y las características sociodemográficas de los pacientes, sin embargo sería también interesante y útil asociarlo a la presencia de enfermedades como diabetes o hipertensión las cuales se han visto asociadas con este padecimiento y que por desgracia, cada vez cobran mayor importancia en nuestra sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar M. El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropologicomédico. RevUniGua.  
<http://www.cge.udg.mx7revistaudg/rug23/art2dossier23.html>
2. Arronte A. Evaluación del estado afectivo y cognoscitivo en las poblaciones de adultos mayores. Arch geric.2003 5 (4) :99-102
3. Borges A. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Publica de México. 1998; 40.(1):13-22
4. Coca A. Los ancianos hipertensos y deterioro cognoscitivo.<http://www.jubilo.es/asp/pagina.asp>
5. Diccionario Larousse de la Lengua española. Ed. Larousse. Mex. 1974.pp836
6. Escalas de valoración geriátrica
7. Hospital General de México. Las perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. 2000. UNAM, pp 53-59
8. Iraizos, I. Valoración geriátrica integral (II) valoración nutricional y mental del anciano. Servicio geriatría, Hosp.. de Navarra, Pamplona.  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1.html>
9. Iraizos. I. Valoración geriátrica integral (II). Serv Geriatria Hosp. Navarra España.  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple2/suple6.html>
10. Lara. M. Riesgos y daños a la salud en el proceso de envejecimiento. Salud comunitaria. 1998;11(2):20-25
11. Larrion J. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. Servicio de geriatría. Hosp.. de Navarra. Pamplona.  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales//textos/vol22/suple2.html>
12. Larrion J. Valoración geriátrica integral (III) Serv. Geriatria Hosp.. Navarra España.  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/Textos/vol22/suple1/suple7.html>
13. Leal. F. Indicadores de calidad de vida en la vejez. Arch Geric.2000; 3 (2 ):46-47

14. Lozano M. Programa de atención a la salud del adulto mayor. Salud comunitaria. 1998;2(2): 29:32
15. Manual Salud del anciano. Facultad de Med. UNAM. 2000. pp 567
16. Mejia J, Fajardo A, Gómez A. Tamaño de la muestra. Bol Med Hops Infant Mex, 1995;52(6):381-391.
17. Mendoza V, Sánchez M. Análisis y difusión de resultados científicos. UNAM. 2002. pp216
18. Morales J. Envejecimiento poblacional. Arch Geric.
19. Morris J. Clínicas medicas de geriatría. McGraw Hill Interamericana, Mex. 1994. pp 247
20. Ortiz D. Aspectos sociales del envejecimiento. Envejecimiento. Ed. Paidós, 1999. Mex. Pp 235-237
21. Rodríguez N. Geriatría evaluación funcional. 1996. Manual Moderno. Mex. pp 407-408
22. Russell G. Geriatric Failure to Thrive. Am Fam Phys 2004;70:343-50.
23. SSA. Programa específico de Deterioro Intelectual y demencias. Editorial
24. Velásquez L. Redacción del Escrito Médico. ED. Médicas del Hospital Infantil de México. 1999. pp206

## **ANEXO 1**

### **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Por medio de la presente YO (nombre y apellido)  
\_\_\_\_\_.

Acepto participar en el estudio que se realizara a pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No 20, el cual tiene como finalidad conocer la prevalencia de deterioro cognoscitivo así como conocer las características sociodemográficas de los pacientes.

Por lo cual estoy de acuerdo en contestar claramente a las preguntas que se me hagan , así habiéndome informado que dicha entrevista no me pone en riesgo , que es voluntaria , confidencial y que no tiene ningún costo , además de que será de utilidad para mi salud y para conocer datos estadísticos de las enfermedades estudiadas en dicha investigación. Y poder así crear estrategias educativas y de prevención en este grupo de pacientes.

**Firma del participante**

**FECHA.**

## ANEXO 2

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

#### EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE (Test Mini-Mental de Folstein)

NOMBRE  
EDAD  
FECHA

Dar un punto por cada respuesta correcta		Calif	Punteo
1. ¿Cuál es ...?	...el año		1
	... la estación		1
	... la fecha		1
	... el día		1
	... el mes		1
2, ¿En donde estamos?	País		1
	Estado		1
	Ciudad		1
	En que edificio		1
	Calle		1
3. Nombre tres objetos en un segundo cada uno. Después pida al paciente que repita los tres nombres. Dé un punto por cada respuesta correcta. Repita los nombres hasta que el paciente los aprenda			3
4. Cuenta de siete en siete. Pida al paciente que cuente en forma regresiva a partir de 100, de siete en siete, es decir, 93, 86, 79, etc. Deje de contar después de cinco intentos: dé un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa, puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés.			5
5. Pregunte los nombres de los tres objetos mencionados en el inciso 3. Dé un punto por cada respuesta correcta.			3

- |   |   |
|---|---|
| 6. Enseñe al paciente un lápiz y un reloj, y pida que nombre cada uno conforme los muestra.   | 2 |
| 7. Pida al paciente que repita "No, sí, ser o ver".   | 1 |
| 8. Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en tres etapas: "tome esta hoja de papel en su mano derecha. Dóblela a la mitad. Ponga la hoja en el piso"                  | 3 |
| 9. Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita: "Cierre sus ojos"  | 1 |
| 10. Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener un sujeto, un verbo y un complemento, y debe tener sentido, ignore los errores de ortografía. | 1 |
| 11. Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dé un punto si se parecen todos los lados y ángulos y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero                     | 1 |

## INTERPRETACIÓN

Deterioro leve 20 a 24 puntos  
 Deterioro moderado 16 a 19 puntos  
 Deterioro serio menos de 15 puntos

AL INICIO DE LA APLICACIÓN DE LAS VALORACIONES, SE PREGUNTARA TAMBIEN SUS DATOS GENERALES:

- EDAD, en años
  
- OCUPACIÓN. Se preguntará si realiza alguna actividad laboral o ninguna
- ESCOLARIDAD. Se preguntará de acuerdo a si es analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura
- ESTADO CIVIL. Se preguntará de acuerdo a si se es soltero, casado, viudo o divorciado
- TIPO DE VIVIENDA. Se preguntará si tiene servicios básicos o no
- SI VIVE SOLO O CON ALGUIEN.