



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA UMF No.46 CULIACÁN, SINALOA

**DETERIORO COGNOSCITIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN
EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 36 DEL IMSS EN
CULIACÁN, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SANTANA OLIVAS SALAZAR
RE REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2017-2503-53

CULIACÁN, SINALOA

2020

ASESOR: DR. MARTÍN ALBERTO FÉLIX PALMA



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.

**DETERIORO COGNOSCITIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN
EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 36 DEL IMSS EN
CULIACÁN, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SANTANA OLIVAS SALAZAR

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. MARTÍN ALBERTO FÉLIX PALMA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE/ASESOR DE
TESIS EN UMF 46

DR. JULIO MANUEL MEDINA SERRANO

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ELVA NIDIA ZAVALA LOZANO

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DRA. LAURA ELENA CASTRO CERVANTES

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SINALOA

CULIACÁN, SINALOA

2020

**DETERIORO COGNOSCITIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN
EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 36 DEL IMSS EN
CULIACÁN, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SANTANA OLIVAS SALAZAR

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme una vida y salud, lo que me ha permitido ver, convivir y disfrutar a toda mi familia, a la que también agradezco por su apoyo total, a mi Padre ya que siempre me impulso a ser mejor persona y amar mi trabajo y sé que siempre está a mi lado cuidándome desde su partida, a mi madre que día a día me demuestra apoyo, así como su amor incondicional siempre disponible las 24 horas del día, siempre con palabras de aliento y tranquilidad en los momentos más difíciles, a mis hermanos por estar siempre a mi lado con paciencia y respaldo constante, agradezco de una manera especial a mis hijos ya que han sido y serán el principal y más grande impulso para terminar mis metas y ser mejor cada día, porque me han enseñado lo hermoso que es la vida, que por más obstáculos que esta nos presente, su presencia me hacen más fuerte y resistente y es por ellos que inicie y terminare este meta, ser aliciente para que también cada día sean mejores en todo, son lo que más amo en este vida, agradezco a mi esposa por su apoyo incondicional en cada momento de esta etapa de mi vida, y de una forma muy especial a todos mis compañeros y amigos, los doctores Erika, Carmen Isabel, Florida, Patricia, Homero, Dr. Carreón, que juntos fuimos impulsos de nosotros mismos para superar los momentos más difíciles enfrentados en toda esta etapa, como una pequeña nueva familia, a nuestro tutor y amigo Dr. Martin Alberto Félix Palma que con sus conocimientos, paciencia y amistad supo darnos las herramientas para abrir y quitar obstáculos, su tiempo extra para darnos palabras de aliento en momentos que nos hicieron dudar de poder continuar con nuestro objetivo, gracias al tutor muchas gracias al amigo, sé que nuestra amistad es incondicional, gracias a mis compadres Isidro y Manolo por su apoyo constante y sincero, así como a todos mis amigos que de uno u otra forma formaron parte de esa fuerza que requerí para llegar a mi meta.

ÍNDICE

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	3
II. MARCO TEÓRICO	5
PANORAMA ACTUAL	5
ADULTO MAYOR	6
DETERIORO COGNOSCITIVO.....	8
PREVALENCIA.....	9
BASE FISIOLÓGICAS DEL DETERIORO COGNOSCITIVO.....	10
DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACION CON ALZHEIMER.....	10
DIAGNÓSTICO.....	11
SUBTIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO.....	12
ESCALAS DE EVALUACIÓN.....	13
EXAMEN COGNOSCITIVO DE FOLSTEIN “MINIMENTAL”.....	14
TRATAMIENTO.....	15
TIPO DE FAMILIA.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
JUSTIFICACIÓN	19
III. OBJETIVOS.....	21
GENERAL.....	21
ESPECÍFICOS.....	21
HIPOTESIS	22
IV. MATERIAL Y METODOS	23
TIPO DE ESTUDIOS	23
DISEÑO DE ESTUDIOS	23
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	23
TIPO DE MUESTREO.....	23
TAMAÑO DE MUESTRA	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN	30
INCLUSIÓN.....	30

EXCLUSIÓN	30
ELIMINACIÓN	30
V. RESULTADOS	31
DISCUSIONES	39
VI. CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS	45
ANEXOS	47
ENCUESTA	47
TEST FACES III	48
TEST MINIMENTAL STATE	49
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	52
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	31
GRÁFICO 2.....	32
GRÁFICO 3.....	33
GRÁFICO 4.....	33
GRÁFICO 5.....	34
GRÁFICO 6.....	35
GRÁFICO 7.....	36
GRÁFICO 8.....	37
GRÁFICO 9.....	38

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

DCL: Deterioro Cognoscitivo Leve.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

DCL-a: Deterioro Cognoscitivo Leve Amnésico.

DCL-f: Deterioro Cognoscitivo Leve Focal no Amnésico.

DCL-d: Deterioro Cognoscitivo Leve Difuso.

CDR: Escasa Clínica de la Demencia.

GDS: Escala Global de Deterioro.

MMSE: Minimental State Examination

RESUMEN

TÍTULO: Deterioro cognoscitivo y factores asociados en el adulto mayor de la UMF No.36 del IMSS en Culiacán, Sinaloa. **INVESTIGADORES:** Olivas S. S, Félix M.

INTRODUCCIÓN. El envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. **OBJETIVO.** Determinar el grado de deterioro cognoscitivo del adulto mayor e identificar factores asociados al problema de salud. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional en adultos mayores derechohabientes de la UMF No. 36. El instrumento de evaluación es un cuestionario general de recolección de datos, minimental state examination y FACES III. **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS:** Sí es factible debido a que se tienen los instrumentos y la población necesaria para la recolección de los datos. La unidad cuenta con recursos humanos y físicos suficientes para desarrollar las actividades de la investigación, por lo que es factible su implementación, se respetaron los principios básicos tanto de la ley general de salud en materia de investigación así como de la declaración de Helsinki. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se encuestaron través del test Minimental un total de 154 pacientes predominando las mujeres determinando que el deterioro cognoscitivo leve fue el que mayor de presentó en este estudio además se logró identificar los factores asociados al problema de salud.

PALABRAS CLAVE: Deterioro Cognoscitivo FACES III, Test Mini Mental State Examination.

SUMMARY

TITLE: Cognitive impairment and associated factors in the older adult of the UMF No.36 of the IMSS in Culiacán, Sinaloa. **RESEARCHER:** Olivas S. S, Félix M

INTRODUCTION. Normal aging as in the pathological, amnesic dysfunction is the most common cognitive alteration to the detriment of the quality of life and the capacity for new learning and in the evocation of valuable information. The deterioration of memory associated with age describes a decline in memory without another cause to explain it.

OBJECTIVE. Determine the degree of cognitive impairment of the elderly and identify factors associated with the health problem. **MATERIAL AND METHODS:** A

prospective, descriptive, cross-sectional and observational study was conducted in senior citizens entitled to FMU No. 36. The evaluation instrument is a general questionnaire for data collection, minimental state examination and FACES III. **FEASIBILITY AND**

ETHICAL ASPECTS. Yes, it is feasible because you have the tools and the population needed to collect the data. The unit has enough human and physical resources to develop the research activities, so its implementation is feasible, the basic principles of both the general health law on research as well as the Declaration of Helsinki were respected.

RESULTS AND CONCLUSIONS: A total of 154 patients were surveyed through the Minimental test, with women predominating, determining that the mild cognitive deterioration was the one that presented the highest in this study and it was also possible to identify the factors associated with the health problem

KEY WORDS: Cognitive impairment, FACES III, Mini Mental State Examination Test.

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores.

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos y estilos de vida saludables. De hecho, incluso a edad muy avanzada, la actividad física y la buena nutrición pueden tener grandes beneficios para la salud y el bienestar. Otros problemas de salud en muchos casos se tratan con eficacia, sobre todo si se los detecta a tiempo.

Sin embargo, en un estudio reciente sobre los progresos realizados a nivel mundial desde 2002, que abarcó más de 130 países, se señaló que, en las políticas de salud, el reto de la transición demográfica tiene prioridad baja, registrándose bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de personas mayores. (1)

La pérdida de la calidad funcional es el resultado de una salud física, social y mental deficiente, en donde las enfermedades crónicas degenerativas, así como las mentales influyen negativamente. Dentro de estas, que el deterioro cognoscitivo es actualmente uno de los temas más investigados como factor clave en la pérdida de la capacidad funcional.

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo

explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Uno de los factores de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión.

II. MARCO TEÓRICO

PANORAMA ACTUAL DE DETERIORO COGNOSCITIVO

Las Américas es una de las regiones del mundo más envejecida. En 2006, había 50 millones de adultos mayores, cifra que se estima duplicará para 2025, y volverá a hacerlo para 2050, cuando 1 de cada 4 personas tendrá más de 60 años (en el mundo, serán 1 de cada 5). La proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Además, las personas están viviendo más años de vida. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, se ganaron en promedio más de 20 años. En las Américas, más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80. (2)

Actualmente, el país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá. Sin embargo, proyecciones basadas en datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican que en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá. (1)

En México, en el censo del 2015 de población realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), señalan que en nuestro país residen 119.5 millones de personas: 48.6% son hombres y 51.4% mujeres. En Europa, por ejemplo, el porcentaje de población de 60 años y más es de 23.9%, mientras que, en nuestro país, es de 10.4% según información de la Encuesta Intercensal. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2030, el porcentaje de adultos mayores será de 20.4 millones, lo que representará 14.8 por ciento.

Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, señalan que del total de adultos mayores (60 años y más) 26% tiene discapacidad y 36.1% posee alguna limitación. En los primeros, los tipos de discapacidades más reportados son: caminar, subir

y bajar usando sus piernas (64.7%); ver [aunque use lentes] (41.4%) y escuchar [aunque use aparato auditivo] (25.9 por ciento). Mientras que en la población con limitación caminar, subir y bajar usando sus piernas (55.4%) y ver [aunque use lentes] (54.5%) son las actividades con limitaciones más declaradas.

Según cálculos de Naciones Unidas, en 1950 habían alrededor de 200 millones de adultos mayores, que aumentaron en 1975 a 350 millones, mientras que para el 2000 la cifra aumentó a 600 millones (10 % de los habitantes del planeta) y para el 2025 pueden ser 1100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975. Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones, o sea, un 102%. Por lo tanto, en el 2025 las personas de edad avanzada constituirán el 15% de la población mundial y para el 2050 el 20%, que se estima en alrededor de 2000 millones de ancianos. El envejecimiento demográfico es el gran desafío del tercer milenio.

ADULTO MAYOR

Biológicamente, los humanos comienzan a envejecer desde su nacimiento, pero con ritmos diferentes. Diversas situaciones sociales, el modo de vida, el entorno cultural, entre otros factores influyen acelerando o retrasando la evolución biofisiológica. (3)

A la etapa del proceso vital humano relacionado con el envejecimiento se le han dado varias denominaciones, como vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, entre otros. La vejez hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo, mientras que cuando se hace referencia a la “tercera edad” se habla de un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica, económica y psicológica, ya que se producen cambios en el funcionamiento cognoscitivo y emocional. (4)

Un concepto actual asociado a esta edad es el de “adulto mayor”, expresión utilizada de acuerdo con el criterio adoptado por las Naciones Unidas para referirse a las personas que superan los sesenta años de edad, en los países en desarrollo, y sesenta y cinco, en países desarrollados. (3)

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”. (5)

La problemática sobre la vejez no es nueva, las dificultades para enfrentarla y las actitudes frente a su existencia también han variado dependiendo de los valores culturales y de la historia específica de cada sociedad. (3)

Se han identificado varias condiciones que pueden rodear el proceso del envejecimiento, las cuales pueden ser positivas o negativas como lo son las enfermedades múltiples que rodean al adulto mayor y que propenden hacia el inicio de enfermedades crónicas, las cuales tienden a prolongarse y por supuesto a desencadenar secuelas que generarán discapacidad y con ello limitación en las actividades de la vida diaria. (4)

Los cambios cognoscitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en una disminución en la velocidad y en la eficiencia del procesamiento intelectual. Estos cambios intelectuales pueden reflejar un envejecimiento normal (benigno) o un envejecimiento anormal (demencia). (6) Aunque también se ve influido por las enfermedades padecidas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida, el tipo de vida que haya llevado la persona y los factores de riesgo y ambientales a los que ha estado sometida. (4)

DETERIORO COGNOSCITIVO

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común. El deterioro cognoscitivo leve (DCL) es la forma actualmente más aceptada para referirse al estado intermedio entre la normalidad y la demencia. Es un proceso degenerativo que precede a la demencia, y la memoria es la función más afectada. (7) Según National Institute on Aging y la Alzheimer's Association el DCL es cuando una o más funciones cognitivas se encuentran descendidas y el paciente y su familia presentan una queja en cuanto a ello. (4)

El DCL puede considerarse como un concepto difuso y mal definido, ya que las personas que son diagnosticadas como DCL pueden no permanecer estables en dicha categoría diagnóstica, y revertir a un estado cognoscitivo de normalidad. El disturbio de la memoria causa alteración significativa en el funcionamiento social o laboral pues ella es esencial para todos los aspectos de la vida diaria y su anormalidad afecta el aprendizaje y el recuerdo. (8)

El deterioro de la memoria asociado con la edad es un trastorno relativamente benigno que puede ser bastante común por el hecho de estar vinculado con el envejecimiento normal y el evidente incremento de la expectativa de vida en el ámbito mundial y nacional, con una mayor población de personas de la tercera edad y el consecuente aumento de enfermedades crónicas, propias de este segmento poblacional. En particular, las demencias y los trastornos cognoscitivos se han convertido en un problema importante de salud, por su alta incidencia debido a la transición poblacional en la que nos encontramos. (9)

Algunas características demográficas como la edad y escolaridad pueden afectar la capacidad funcional, es por eso que son unas de las variables más estudiadas en los pacientes con trastorno de memoria y demencia, y constituye en la actualidad el principal marcador de riesgo de la enfermedad de Alzheimer (EA), de tal forma que la prevalencia de esta se duplica cada 5 años a partir de los 60 años; pasa del 1 % entre los 60 y los 65 años al

4.3 % a los 75 años, hasta llegar al 28,5 % a los 90 años. (7)

Las actividades de la vida diaria realizadas con independencia y autonomía definen la capacidad funcional de un individuo y esta depende de la apropiada salud mental y física. La pérdida de la autonomía y la independencia suelen modificar la calidad de vida de las personas de una manera progresiva y esta modificación se hace más notoria cuando se pierde en edades avanzadas.

El deterioro cognoscitivo es un factor que contribuye en la disminución de la capacidad funcional, Cortés y colaboradores identificaron que el 49.6% de los adultos mayores de 60 años presentaban un deterioro cognoscitivo leve, influyendo considerablemente en el deterioro de la capacidad funcional de estos adultos. (10)

PREVALENCIA DE DETERIORO COGNOSCITIVO

El Deterioro Cognoscitivo es un síndrome de pérdida de una o varias funciones cognitivas, sin cumplir criterios de demencia. Su importancia en los últimos años se debe al crecimiento mundial de la población adulta mayor y su relación con el desarrollo de demencia.

Las enfermedades demenciales degenerativas forman parte de las patologías crónicas que se incrementan espectacularmente en este universo de poblaciones e individuos envejecidos. Ocupan el tercer lugar entre las enfermedades en costo económico y social, solo superada por el Cáncer y las Enfermedades Cardíacas, así como la cuarta causa de defunciones en el mundo desarrollado del siglo pasado. (11)

En Latinoamérica, se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscilan entre 3 y 6%: Uruguay (4.03%), Chile (5.96%) y Brasil (3.42%). (12) En la población mexicana se espera un crecimiento explosivo de la población geriátrica y, en consecuencia, un aumento significativo de casos de demencia. Actualmente se cuenta con algunos reportes clínicos

sobre la presencia de 500 mil a 700 mil personas con demencia, de las cuales se estima que 25% no han sido diagnosticadas. (13) Son pocos los reportes científicos sobre la prevalencia de la demencia en la población mexicana. En un estudio realizado en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de 4.7%, mientras que en otro realizado en una comunidad de Jalisco, se reportó 3.3 por mil habitantes. (14) Los estudios de prevalencia realizados en la población cubana indican que entre el 4% y el 5% de las personas mayores de 65 años padecen de Demencia con una marcada incapacidad. (11)

BASES FISIOLÓGICAS DEL DETERIORO COGNOSCITIVO

El DCL es considerado una patología caracterizada por el declive de las funciones cognitivas que puede o no estar presente en la vejez y se considera una entidad que está en un punto intermedio entre los llamados cambios normales que acompañan la vejez y el inicio de la demencia. (15)

La etiología clínica es heterogénea y abarca un amplio espectro que incluye patologías vasculares, degenerativas, metabólicas, traumáticas, psiquiátricas y otras. (16)

DETERIORO CONGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON ALZHEIMER

El DCL representa a menudo un estadio prodrómico en la transición entre el deterioro asociado al envejecimiento y el desarrollo de síndromes demenciales, entre ellos la demencia tipo Alzheimer. (17)

La enfermedad de Alzheimer (EA) en sus inicios comparte algunas características propias del envejecimiento normal y por esto la identificación de tal demencia es difícil. Comprender la diferencia entre una demencia y el Deterioro Cognoscitivo Leve es importante. Uno de los indicadores de EA es la atrofia hipocámpica la cual se logra distinguir mediante la resonancia magnética que demuestra los cambios en el cerebro. Mediante la neuroimagen se puede establecer un diagnóstico de Alzheimer. (18)

El Alzheimer es una enfermedad crónica, degenerativa en el encéfalo. Está clasificada dentro de la demencia degenerativa primaria, a pesar de eso, no siempre que existe DCL se evoluciona hacia EA.

La esencia del DCL es una alteración de memoria sin que exista una demencia. El diagnóstico de demencia, por otro lado, implica deterioro en otras áreas además de la memoria tales como en las habilidades espaciales o en las funciones ejecutivas, que limitarían el funcionamiento del individuo en el diario vivir. (6) Relacionado a esto Ávila y colaboradores encontraron que tres áreas de las funciones cognitivas estaban afectadas en mayor proporción de los pacientes, las cuales fueron: orientación y la atención y el cálculo con el 95.3%, la memoria inmediata con el 100%, luego le siguió la afectación del lenguaje con un 83.7% y menos afectada la memoria mediata con un 29.9%. (11)

DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNOSCITIVO

En el envejecimiento, las funciones cognoscitivas se caracterizan por un decremento y variabilidad en sus procesos, discernir si se trata de un envejecimiento normal o un deterioro patológico es clínicamente difícil; los límites no son precisos, además, intervienen variables como la edad, escolaridad y las diferencias poblacionales.

Para realizar un adecuado diagnóstico temprano de demencia y establecer el diagnóstico diferencial entre DCL y envejecimiento normal, el clínico tiene que obtener del paciente tres perfiles: neuropsicológico, afectivo-emocional y funcional. (6)

El consorcio Europeo para la EA propone los siguientes elementos para el diagnóstico del deterioro cognoscitivo leve:

- Quejas cognoscitivas procedentes del paciente y/o su familia.
- El paciente y/o el informador refieren un declive en el funcionamiento
- cognoscitivo en relación con las capacidades previas durante los últimos 12 meses.

- Trastornos cognoscitivos evidenciados mediante evaluación clínica (deterioro de la memoria y/u otro dominio cognoscitivo).
- El deterioro cognoscitivo no tiene repercusiones principales en la vida diaria, aunque el sujeto puede referir dificultades concernientes a actividades complejas del día a día.
- Ausencia de demencia.

SUBTIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO

Se ha propuesto la existencia de tres subtipos de DCL, cada uno de los cuales guardaría una relación más estrecha con una determinada evolución posterior. (19)

Se reconoce que los problemas de memoria no siempre son las funciones más afectadas, por lo que se aceptan distintos subtipos de DCL: amnésico, multidominio y no amnésico único dominio. (16)

1. DCL AMNÉSICO (DCL-a): Es el tipo más frecuente, implica la presencia de quejas subjetivas de alteración de la memoria, objetivadas mediante pruebas estandarizadas tomando como referencia datos normativos para la edad y escolaridad del sujeto. Aun así, las personas suelen tener buenos resultados en las pruebas de funcionamiento cognoscitivo general y mantienen básicamente preservadas sus actividades de la vida diaria.
2. DCL DIFUSO (DCL-d): Requiere la presencia de diversas disfunciones cognitivas (memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, alteraciones visoespaciales, etc.). Estos pacientes sostienen resultados normales en pruebas de cribado y mantienen su independencia en las actividades de la vida diaria.
3. DCL FOCAL NO AMNÉSICO (DCL-f): Implica una alteración leve de alguna función cognitiva diferente a la memoria (ej. Lenguaje) que pudiera evolucionar hacia una afasia progresiva primaria o de las funciones ejecutivas que podría orientarnos hacia una demencia frontotemporal.

ESCALAS DE EVALUACIÓN PARA DETERIORO COGNOSCITIVO

Al ser el envejecimiento un concepto tan general, resulta un poco complejo identificar referentes empíricos específicos para medirlo. Los instrumentos para valorar la funcionalidad física o mental del adulto mayor contemplan dos aspectos fundamentales: las funciones cognitivas y el estado emocional en el envejecimiento, estos permiten identificar y cuantificar posibles trastornos que puedan afectar a la capacidad de autosuficiencia del adulto mayor, lo que hace posible establecer un adecuado plan terapéutico. (4)

La evaluación neuropsicológica se requiere para distinguir los cambios cognoscitivos asociados con la edad que pueden reflejar bien sea un envejecimiento normal (benigno) o un envejecimiento anormal (demencia). Existen dos tipos de escalas funcionales; aquellas que evalúan las funciones básicas de la vida diaria (bañarse, comer, ir al baño sin ayuda, etc.), alteradas únicamente en casos de niveles de demencia moderados o graves; y aquellas que evalúan funciones más complejas (como el manejo financiero, y el uso de los medios de transporte), mostrando cambios en las etapas iniciales de una demencia. (6)

Las pruebas cognitivas de cribado son las herramientas básicas con las que se dispone para promover una detección temprana y precisa del deterioro cognoscitivo. Sin embargo, una exploración neuropsicológica exhaustiva es necesaria para un diagnóstico certero de demencia o DCL. (16)

Son varios los instrumentos para la evaluación cognitiva, y sus resultados permiten establecer un diagnóstico aproximado de DCL. Entre las escalas de mayor utilidad empleadas para poder hacer un seguimiento entre el envejecimiento normal y los diversos estadios de demencia, pasando por el DCL están: en primer lugar, el CDR (Escala Clínica para la Demencia) y en segundo lugar el GDS (Escala global de deterioro). Las cuales deben utilizarse con mucha precaución dada la posibilidad de “confusión” tomando en cuenta el poco esclarecimiento de los límites entre normalidad, DCL y EA. (19)

No se ha establecido una batería neuropsicológica específica para diagnosticar DCL o EA en sus estados iniciales. Los tests de rastreo cognoscitivo que se utilizan con más frecuencia en la actualidad son los tests de rastreo generales, los cuales tienen la finalidad de hacer un cribado del estado cognoscitivo general del sujeto (Minimal State Examination, Folstein, Montreal Cognitive Assessment, etc.); Tests de rastreo específicos, los cuales se centran en una exploración más concreta de una función (test del reloj, test de fluidez verbal, etc.); Tests de rastreo de un subtipo de DCL, los cuales tienen la finalidad de detectar un subtipo de DCL (Florida Brief Memory Screen Loewenstein). (16)

EXAMEN COGNOSCITIVO DE FOLSTEIN “MINIMENTAL”

El Minimal State Examination (MMSE) es una prueba neuropsicológica breve muy utilizada para realizar evaluación cognitiva (6). Fue desarrollado por Marshall Folstein en 1975 con el objeto de contar con una herramienta portátil, rápida y fácil de aplicar para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos.

Este test evalúa diferentes aspectos de la cognición, incluyendo orientación temporal, espacial, recuerdo inmediato, atención, memoria episódica, lenguaje y función visoespacial. El desempeño está influenciado por la edad y nivel educacional, siendo esta última variable la más significativa como predictor de desempeño en el test.

El Minimal se puntúa en función del número de aciertos en las pruebas, de tal forma que puntuaciones altas indican un mejor funcionamiento cognoscitivo. En la versión española, la puntuación total oscila entre 0 y 35, clasificándose de la siguiente manera:

- ≥ 27 : Normal
- 21-26: Daño cognoscitivo medio
- 11-20: Daño cognoscitivo moderado
- 0-10: Daño cognoscitivo severo

Pese a que este último examen no es lo suficientemente adecuado para diagnosticar en

detalle cuadros amnésicos, es la prueba de tamizaje más utilizada en la consulta ambulatoria, por lo que es de utilidad conocer el comportamiento de simuladores en esta prueba. (20)

No existe consenso ni en la cantidad ni en los tipos de pruebas neuropsicológicas necesarias para el diagnóstico de cualquier tipo de DCL.

TRATAMIENTO PARA DETERIORO COGNOSCITIVO

A pesar de que, en el momento actual, el DCL no tiene un tratamiento específico, se están utilizando medicamentos específicos para retrasar el diagnóstico clínico de la EA, al igual que el uso de antioxidantes, particularmente vitamina E o selegilina, o ambos, por similitud con el efecto neuroprotector que estas sustancias muestran en EA. Actualmente, se ha elevado el interés hacia los inhibidores de la HMG-coA reductasa (estatinas) ya que han demostrado disminuir el riesgo de desarrollar EA en 70%. Sin embargo, ninguno de estos tratamientos puede ser considerado aún como eficaz e indicado para el Deterioro Cognoscitivo Leve, hasta que existan suficientes ensayos clínicos bien diseñados que así lo confirmen. (19)

El estilo de vida juega un papel primordial en la prevención y/o mejora del deterioro cognoscitivo. El concepto de “vida saludable” engloba más de un aspecto a tomar en cuenta, se habla de tener hábitos saludables que coadyuven a mantener un buen estado de salud. Siguiendo una alimentación completa, variada y suficiente; Asistiendo a consulta médica de forma rutinaria y evitando el sedentarismo, debido a que se está evidenciado que al mantener un estilo de vida físicamente activo el adulto mayor obtiene retribuciones para su salud, entre las que destaca el incremento en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. (12)

Siguiendo las pautas de un “envejecimiento saludable” el cual es entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la

vejez, y sigue los siguientes objetivos principales de prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, promover conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de la capacidad, manejar enfermedades crónicas avanzadas, asegurar la dignidad, eliminar las barreras a la participación y compensar la pérdida de la capacidad. (21)

TIPO DE FAMILIA

La existencia de un paciente crónico altera la dinámica familiar y modifica las actividades en el entorno para cumplir con la demanda que el paciente necesita, contribuyendo esto de cierta manera a que el adulto mayor no logre su control adecuado por falta de apoyo familiar. Se ha observado que la funcionalidad familiar influye en la calidad de vida del paciente. (22)

Existe actualmente un mayor consenso respecto de cuáles son los aspectos que deberían considerarse en la indagación del funcionamiento familiar, se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones es una de las herramientas actualmente utilizadas para medir la funcionalidad familiar. (23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, en nuestra sociedad, el número de personas mayores de sesenta años está aumentando en mayor grado que ningún otro grupo de edad, produciéndose un cambio significativo en la pirámide poblacional.

La OMS pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. El Alzheimer constituye el 65 % de todas las demencias, y aunque no es un hecho generalizado de que todos los casos de deterioro cognoscitivo desarrollen un estado más avanzado como lo es la enfermedad de Alzheimer, existe un porcentaje relativamente alto de personas que experimentan cambios cognoscitivos con pérdida de su autonomía y volviéndose un problema de salud pública la cual impacta en los servicios sanitarios del país. (24)

Se estima que al menos la mitad de los casos de demencia no son diagnosticados en las etapas iniciales y que únicamente una cuarta parte de las personas que sufren demencia reciben tratamiento en la etapa inicial que es en la que se considera que las medicaciones pueden tener algún efecto positivo. (6)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de deterioro cognoscitivo y sus factores asociados en el adulto mayor derechohabiente de la UMF #36 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN

La población está cambiando, según las estadísticas nos estamos volviendo una sociedad predominantemente adulta, según datos de la OMS entre 2000 y 2050 se duplicará la población de adultos mayores de 60 años, pasando del 11% al 22%. Mientras que a nivel nacional, según la encuesta intercensal 2015, en México hay 12.4 millones de personas de 60 y más años, lo que representa 10.4% de la población total (25). Debido al aumento considerable de la esperanza de vida, donde actualmente las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más allá, y disminución de la mortalidad, lo cual es un logro que trae consigo muchas responsabilidades en donde las enfermedades crónico degenerativas son las protagonistas. No se trata solo de vivir más, si no de la calidad de vida con la que se cuenta para vivir esos años ganados.

El Deterioro Cognoscitivo es un síndrome de pérdida de una o varias funciones cognitivas, sin cumplir criterios de demencia. Las enfermedades demenciales degenerativas forman parte de las patologías crónicas que se incrementan espectacularmente en este universo de poblaciones e individuos envejecidos. En Latinoamérica, se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscilan entre 3 y 6%. En la población mexicana son pocos los reportes científicos sobre la prevalencia de la demencia, en un estudio realizado en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de 4.7%, mientras que, en otro realizado en Jalisco, se reportó 3.3 por mil habitantes.

El aumento en la atención sanitaria continua y la necesidad de personal calificado para atender a este grupo de edad es cada vez más evidente. La preservación de las funciones cognitivas es una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, por lo que su deterioro reduce el grado de independencia, de autonomía personal, de interacciones sociales y en definitiva de la calidad de vida.

La importancia de la detección del Deterioro Cognoscitivo está en los beneficios que aporta a la población, el hecho de poder adelantarse a la aparición de los síntomas de Alzheimer y

prevenir un estado de dependencia. Por esa razón, resulta importante identificar los casos de adultos mayores que presenten deterioro cognoscitivo, antes de que este llegue a etapas avanzadas que puedan poner en riesgo la calidad de vida del paciente geriátrico.

III. OBJETIVOS

A. GENERAL

Describir el grado de deterioro cognoscitivo del adulto mayor e identificar factores asociados al problema de salud.

B. ESPECÍFICOS

- Registrar las características sociodemográficas del adulto mayor derechohabiente de la UMF #36.
- Estimar el promedio de los valores antropométricos (peso, talla, IMC) del adulto mayor.
- Estimar la proporción de pacientes con deterioro cognoscitivo basado en el en test minimental estate examination
- Registrar la frecuencia de comorbilidades, antecedentes patológicos presentes en el adulto mayor
- Determinar la proporción de pacientes según tipo de familia
- Identificar el tipo de familia de acuerdo al test FASCES III
- Identificar factores asociados al deterioro cognoscitivo (edad, sexo, antecedentes patológicos, tipo de familia)

HIPOTESIS

Más del 49% del adulto mayor se ve afectado en su capacidad cognoscitiva leve por lo que presentan una dependencia para las actividades diarias.

HIPOTESIS NULA

En el adulto mayor se ve afectado su capacidad cognoscitiva leve en menos del 49%.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Encuesta descriptiva

DISEÑO DE ESTUDIO

Encuesta prospectiva, descriptiva, transversal y observacional

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Adulto mayor derechohabiente de UMF #36 Culiacán, Sinaloa de septiembre 2017 a agosto 2019.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia

TAMAÑO DE MUESTRA

Se invitó a participar a todos los pacientes derechohabientes de la UMF #36, que acudieron a la consulta durante el periodo del estudio y aquellos que aceptaron a participar bajo la firma de la carta del consentimiento informado y además cumplieron con los criterios de selección en la investigación. El número de participantes se estimó con la siguiente fórmula:

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

Donde:

Z_{α} \equiv Valor crítico (en este caso es de 1.96, usando un nivel de confianza del 95%)

p \equiv proporción esperada (en este caso 10% = 0.10)

δ \equiv Precisión (en este caso deseamos un 5%)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.10 * (1 - 0.10)}{0.05^2} = 138$$

Dado que algunos pacientes aceptaron a participar y en el transcurso de la realización del proyecto la información necesaria para el cumplimiento de objetivos no se obtuvo, se propuso aumentar la muestra en un 10%. Así el tamaño de muestra necesario fue 154 pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recolectados se captaron en el Excel y posteriormente se organizaron en cuadros y gráficas. Las medidas estadísticas descriptivas que se estimaron fueron: media, mediana, desviación estándar, porcentajes y frecuencias, así como intervalos de confianza del 95% y se buscaron identificar factores asociados usando la prueba *Ji-cuadrada de Pearson*. Un valor p menor de 0.05 será considerado estadísticamente significativo. Todos los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico Stata Intercooled versión 13.1.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES
Edad	Años cumplidos del paciente desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	≥ 60 años de edad	Cualitativa	Discreta	≥ 60 años de edad
Sexo	Características fenotípicas de los individuos distintivas de masculino y femenino.	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Hogar Comerciantes, Empleados Jubilados o pensionados Otros	Cualitativa	Nominal	Hogar Comerciantes, Empleados Jubilados o pensionados Otros
Escolaridad	Nivel de estudios máximo alcanzado por el paciente.	Sin estudios Primaria Secundaria Bachillerato Profesional	Cualitativa	Ordinal	Sin estudios Primaria Secundaria Bachillerato Profesional
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltero Casado Unión libre Viudo divorciado	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre Viudo divorciado
Grado de deterioro cognoscitivo	Grado de pérdida de las funciones cognitivas de los pacientes. Aplicación test	Minimental State Examination ≥ 27 : Normal 21-26: Daño cognoscitivo medio 11-20: Daño cognoscitivo moderado	Cualitativa	Ordinal	Grados de deterioro: ≥ 27 : Normal 21-26: Daño cognoscitivo medio 11-20: Daño cognoscitivo moderado

		0-10: Daño cognoscitivo severo			0-10: Daño cognoscitivo severo
Complicaciones/ Comorbilidades	Enfermedades que presenta algún familiar y que el paciente recuerde.	Si No Especificar: Hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, etc...	Cualitativas	Nominal	Si No Especificar: Hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, etc...
Funcionalidad familiar	Es el resultante de procesos entre los integrantes de la familia. Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros. Facultad de un sistema familiar para cambiar su poder de estructura, relación de roles y las reglas en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.	Aplicación test FACES III COHESIÓN No relacionada Semirrelacionada Relacionada Aglutinada ADAPTABILIDAD Rígida Estructurada Flexible Caótica	Cuantitativa	Discreta	COHESIÓN No relacionada Semirrelacionada Relacionada Aglutinada ADAPTABILIDAD Rígida Estructurada Flexible Caótica

Procedimiento para identificar el tipo de familia

Una vez que el paciente se incluyó en el estudio, se le aplicó el test FACES III, para evaluar la funcionalidad familiar. Además, se completó la sección de variables sociodemográficas y clínicas, previamente estructurada en el cuestionario.

Test FACES III

Es un instrumento que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (1=nunca, 2=casi nunca, 3=algunas veces, 4=casi siempre, 5=siempre). (23)

La **Cohesión** es la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. La **adaptabilidad** es la posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia.

Cohesión familiar

La Unidad familiar, intelectual, y/o física que los miembros de una familia sienten entre sí. Los ítems (Escala de Likert: 1-5) para esta dimensión son:

- Los miembros de la familia se dan apoyo entre si
- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos
- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia
- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- Nos sentimos muy unidos
- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- Consultamos unos con otros para la toma de decisiones
- La unión familiar es muy importante

Familia	Puntaje
No relacionada	10 – 34
Semirrelacionada	35 – 40
Relacionada	41 – 45
Aglutinada	46 - 50

Adaptabilidad familiar

Se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo. Los ítems (Escala de Likert: 1-5) para esta dimensión son:

- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad
- Nuestra familia cambia de modo de hacer sus cosas
- Padres e hijos se ponen de acuerdo con relación con los castigos
- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- En nuestra familia las reglas cambian
- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre otros
- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- Es difícil decir quien hace las labores del hogar

Familia	Puntaje
Rígida	10 – 19
Estructurada	20 – 24
Flexible	25 – 28
Caótica	29 – 50

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Adulto mayor derechohabiente de la UMF No. 36 del IMSS en Culiacán, Sinaloa.
- Ambos sexos
- Que acepten participar en la encuesta durante el período de estudio, previo consentimiento informado.

EXCLUSIÓN

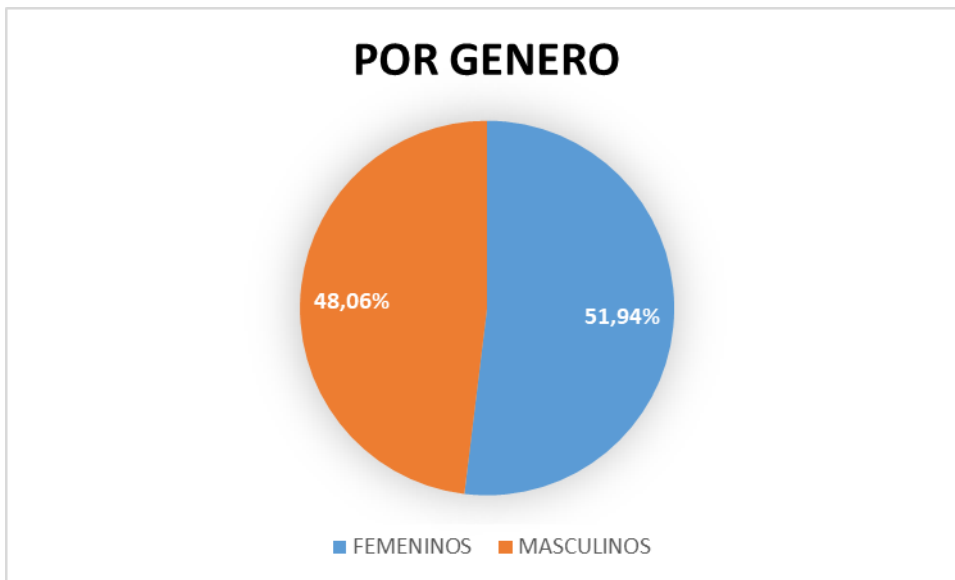
- Pacientes que no acepten participar en el estudio o autorizar el consentimiento informado.
- Pacientes que no sean derechohabientes de la UMF No. 36 del IMSS en Culiacán, Sinaloa.

ELIMINACIÓN

- Aquellos que no llenen de manera completa las encuestas para el cumplimiento de objetivos.

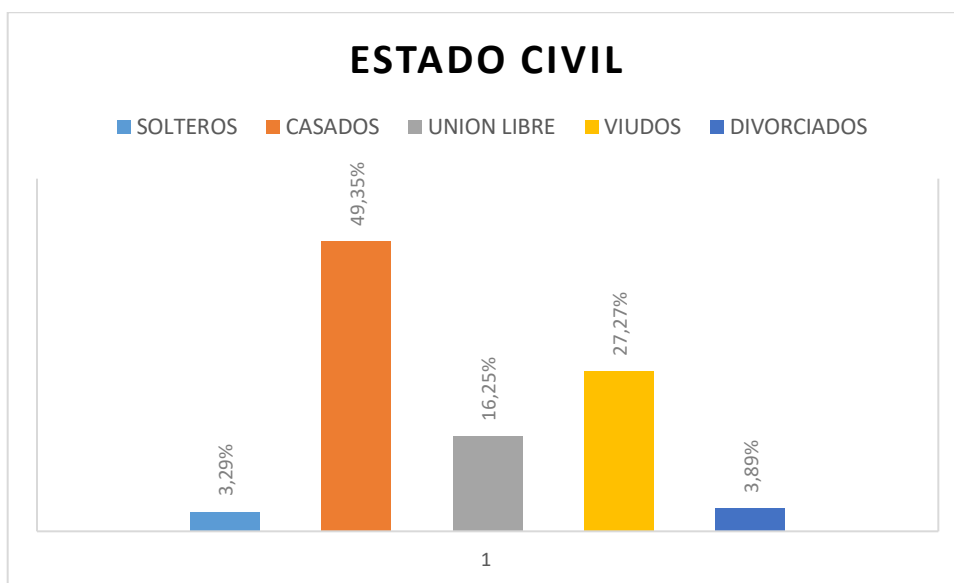
V. RESULTADOS.

Se realizó un estudio donde se encuestó una totalidad de 154 paciente, siendo un número de pacientes femeninas de 80 (51.94%), y masculinos 74 (48.06%), con un rango de edad promedio de 70.2 años, siendo de 60 años la edad menor y 98 la mayor, como se puede observar en el gráfica número 1.



GRÁFICA 1. Género

De acuerdo a su estado civil fueron 5 (3.24%) solteros, 76 (49.35%) casados, 25 (16.25%) en unión libre, 42 (27.27%) viudos y 6 (3.89%) divorciados, explicados en el gráfico número 2.



GRÁFICA 2. Estado civil

En base a la escolaridad, 29 (18.83%) son sin escolaridad, 61 (36.91%) de primaria, 27 (17.53%) secundaria, 22 (14.28%) bachillerato y 15 (9.75%) de profesional, como se ve en la gráfica número 3.

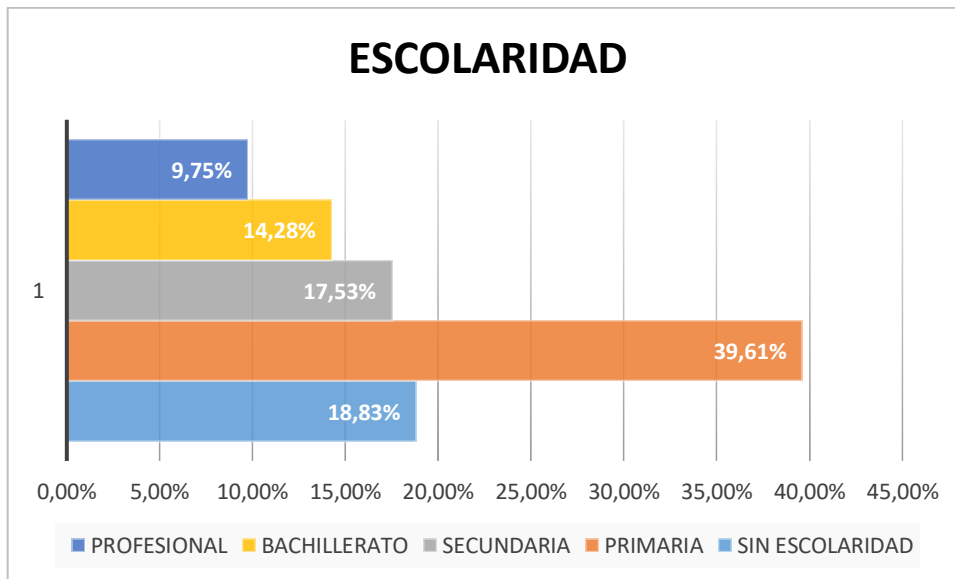


GRÁFICO 3. Escolaridad

Según la ocupación de los encuestados al hogar fueron 56 (36.36%), comerciantes 14 (9.09%), jubilados o pensionados 29 (18.84%), empleados 38 (24.67%), otros 17 (11.04%) como se aprecian en el grafico número 4.



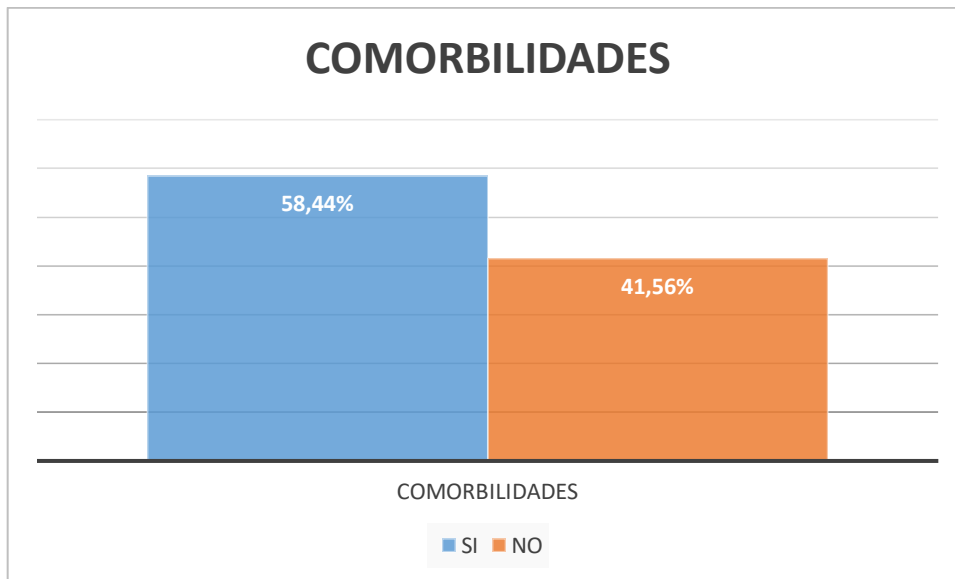
GRÁFICO 4. Ocupación

Personas con consumo de sustancias nocivas como alcohol si 45 (29.23%), no 109 (70.77%); y tabaco si 101 (65.58%), no (34.42%) ver en grafico número 5.



GRÁFICO 5. Sustancias nocivas

Con respecto a las comorbilidades encontradas en los pacientes estudiados, si presentaron en 90 (58.44%), y no presentaron 64 (41.56%) como se observa en las siguiente grafica número 6.



GRÁFICA 6. Comorbilidades

De acuerdo a los tipos de comorbilidades asociadas a los encuestados se observaron Hipertensión arterial sistémica 28 (18.18%), Diabetes Mellitus 20 (12.98%), Dislipidemia 16 (10.38%), cardiopatías 6 (3.89%), HPB 5 (3.24%), Glaucoma 3 (1.94%), Parkinson 2 (1.29%), Catarata 1 (0.64%), Ca de Mama 1 (0.64%), Ca de Pulmón 2 (1.29%), Ca de colon 1 (0.64%), secuela de EVC 6(3.89%), así como sección medular 1 (0.64%) observándose en la gráfica número 7.

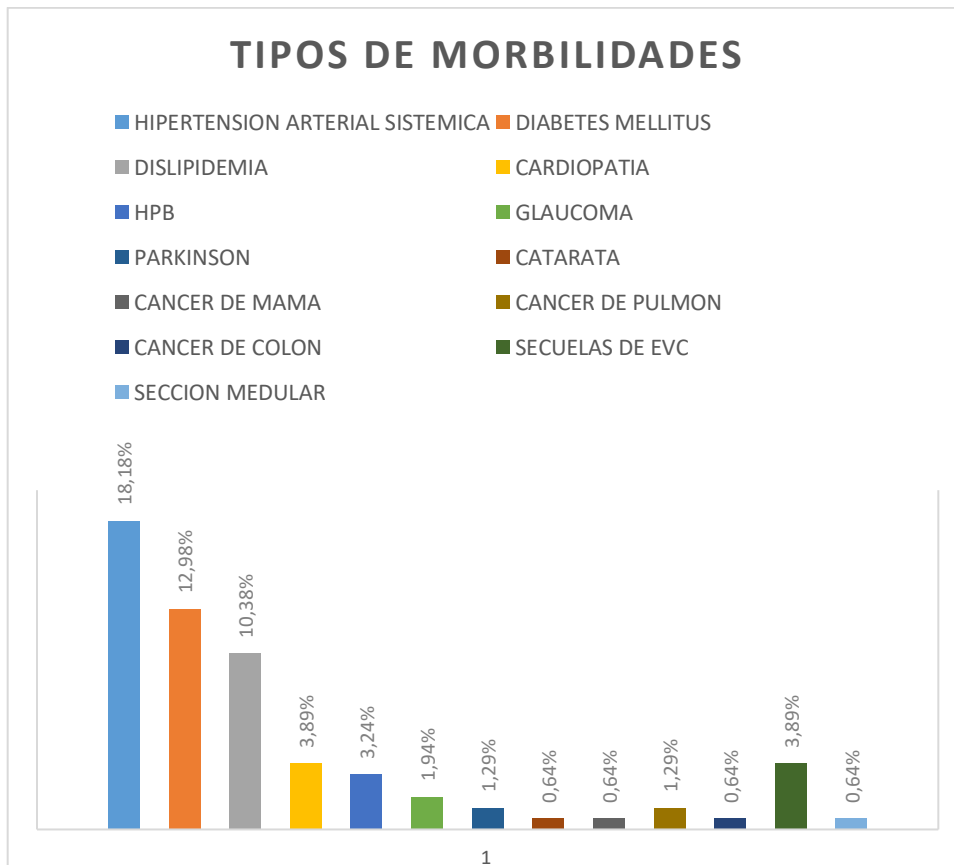
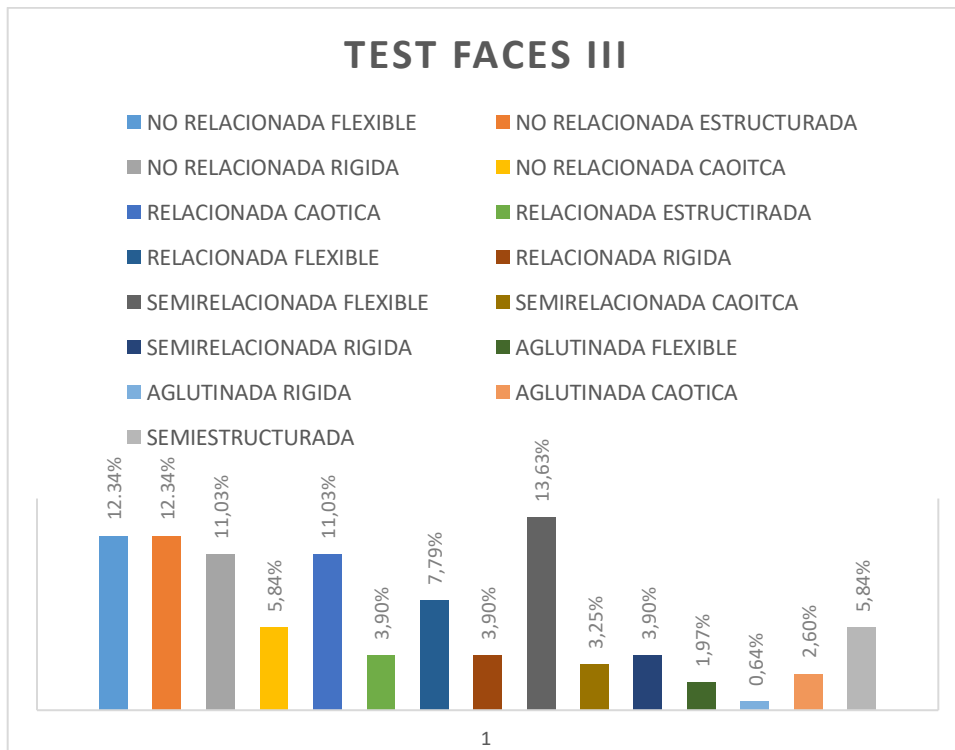


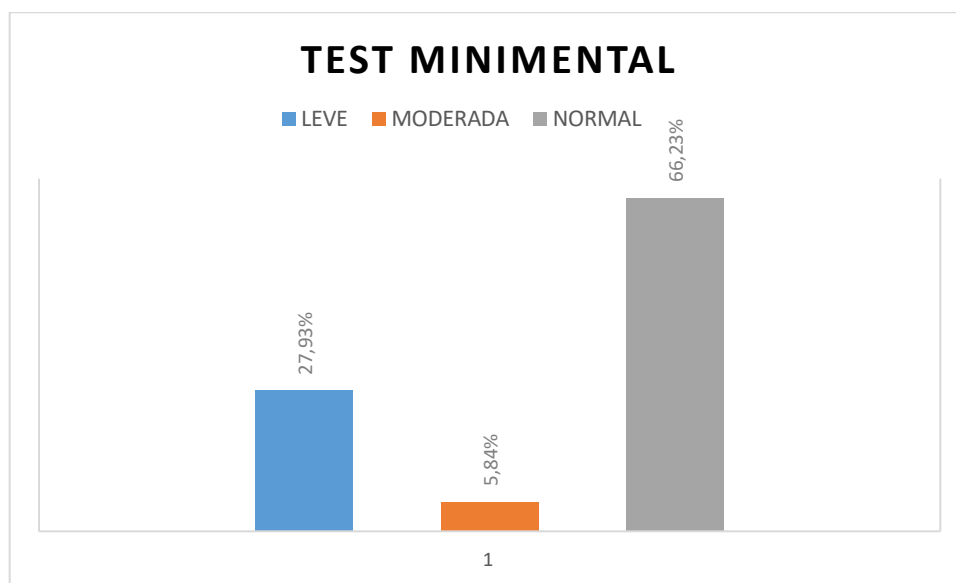
GRÁFICO 7. Tipos de comorbilidades

De acuerdo a la cohesión y adaptabilidad se encontraron los siguientes tipos de familia, Semirrelacionada flexible 20 (13.63%), no relacionada flexible 19 (12.34%), no relacionada estructurada 19 (12.34%), no relacionada rígida 17 (11.03%), relacionada caótica 17 (11.03%), relacionada flexible 12 (7.79%), no relacionada caótica 9 (5.84%), Semirrelacionada estructurada 9 (5.84%), relacionada estructurada 6 (3.90%), relacionada rígida 6 (3.90%), Semirrelacionada rígida 6 (3.90%), Semirrelacionada caótica 5 (3.25%), aglutinada caótica 4 (2.60%), aglutinada flexible 3(1.97%), aglutinada rígida 1 (0.64%), explicadas en la gráfica número 8.



GRÁFICA 8. Tipos de familia por cohesión y adaptabilidad

En cuanto al grado de deterioro cognoscitivo según el test Minimental las personas que presentaron deterioro leve 43 (27.93%), moderado 9 (5.84%), normal 102 (66,23%), que se observa en le gráfica número 9.



GRÁFICA 9: Estado cognoscitivo

DISCUSIÓN

En un estudio realizado, en los Consultorios Médicos 12, 13, 24, 26 y 29 del área de salud "Alcides Pino" del municipio de Holguín, Cuba, escogidos aleatoriamente, en el período de enero a diciembre del año 2006 por Ávila Oliva, Marcia M.; Vázquez Morales, Edgar; Gutiérrez Mora, Mónica, de tipo observacional sobre el Deterioro cognoscitivo en el Adulto Mayor. La muestra quedó representada por 129 pacientes con deterioro cognoscitivo, al distribuir los adultos mayores relacionando la edad y sexo, observaron que el mayor porcentaje que era 57.4% corresponde al sexo femenino y 42.6% al masculino lo que evidencia un predominio de las mujeres en este grupo de estudio. El rango de edad estudiado fue entre 60 a más de 90 años con un rango de edad media de 63.5 años, según el nivel educativo se demuestra que el nivel de primaria predomina entre las personas del estudio con 38.1%, mientras que en la medida en que el nivel escolar se incrementaba el número de pacientes pertenecientes a estos disminuía. Con lo que respecta a los factores nocivos y comorbilidades valorados en este estudio el hábito de fumar estuvo presente en 36 pacientes para un 27.9%, seguido de la Hipertensión Arterial con 35 casos (27.1%), en orden decreciente le continúan la Cardiopatía Isquémica con 11 casos (8.5%) y la Diabetes mellitus con 10 casos (7.8%). Al evaluar el grado de severidad del deterioro cognoscitivo se vio que la mayoría tenían un grado leve de deterioro cognoscitivo (CDR=1) con 65 pacientes para un (50.4%), 35 pacientes igual a un (27.1%) presentó un grado moderado de deterioro cognoscitivo (CDR=2), y 15 pacientes que tenían grado Severo del deterioro cognoscitivo (CDR=3) para un (11.6%). En comparación con el estudio que realizamos se estudiaron 154 personas de la UMF 36, Culiacán Sinaloa México en el año 2018, Encuesta prospectiva, descriptiva, transversal y observacional, con un total de 74 (40.06%) del sexo masculino y 80 (51.94%) femenino, con un rango de edad de 60 hasta 90 y más años con una rango de edad media de 70.2 años, según el nivel educativo fue similar al estudio en mención ya que fue mayor el de primaria con 61 (39.61%), de igual manera entre mayor nivel académico es menor el grado de deterioro cognoscitivo entre los pacientes, en cuanto a los factores nocivos que se valoraron se observó que al igual a este estudio se observa el consumo de tabaco y alcohol siendo de mayor predominio el hábito del tabaco el cual está

presente en 101 personas (65.58%) y en 53 (34.42%) no, alcohol si 45 (29.23%), no 109 (70.77%), en las comorbilidades la Hipertensión Arterial Sistémica se asoció en 28 (18.18%) personas, seguida de Diabetes Mellitus con 20 (12.98%), y Dislipidemia 16 (10.38%), de acuerdo a la Valoración para ver el grado de severidad del deterioro cognoscitivo se observó que no presento deterioro en número de 102 (66.23%), seguida de 43 (27.93%) con grado leve y con grado moderado 9 (5.84%), y por sexo con deterioro leve fueron 20 (12.98%) femeninas y 23 (14.93%) masculinos, en deterioro moderado femeninas fueron 4 (2.60%), masculinos 5 (3.25%), siendo de mayor predominio en masculinos a diferencia del otro estudio donde fue mayor en el sexo femenino, probablemente ya que fueron la mayoría de los encuestados, y en el resto de los factores tomados en cuenta hay mucha similitud en ambos estudios.

En otro estudio de corte transversal, observacional y descriptivo. Se realizó a partir de información primaria obtenida de 4 248 adultos mayores de 60 años que residían en zona urbana y centros poblados de las diez regiones en las que se dividió el Departamento de Antioquia. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. Carolina Cortés-Muñoz, Doris Cardona-Arango, Ángela Segura-Cardona y María O. Garzón-Duque. De los adultos mayores encuestados, 2621 (61.7 %) son mujeres, 1627 (38.3%) hombres, además se identificó que el nivel académico que predominó fue la primaria con 2820 (66.4 %) personas, y de acuerdo al estado civil son 1716 (40.4 %) son viudos y 1529 (36.0 %) son casados, en cuanto a comorbilidades 2625 (61.8%) con hipertensión arterial sistémica, la diabetes alcanzo 845 (19.9%), con sustancias nocivas 2795 (65.8%) usaban el tabaco y 2012 (49.5%) consumían alcohol. El deterioro cognoscitivo moderado alcanza cifras de 1835 (43.2%), el leve se presentó en 1618 un (38.1%) y 335 el (7.9 %) de los adultos se vio afectado por el deterioro severo, Comparándolo con el estudio que realizamos se de 154 personas de la UMF 36, Culiacán Sinaloa México en el año 2018, Encuesta prospectiva, descriptiva, transversal y observacional, con un total de 74 (40.06%) del sexo masculino y 80 (51.94%) femenino,

con un rango de edad de 60 hasta 90 y más años con una rango de edad media de 70.2 años, según el nivel académico fue similar siendo mayor el de primaria con 61 (39.61%), se observó que a mayor nivel académico es menor el grado de deterioro cognoscitivo entre los pacientes, De acuerdo a su estado civil fueron 76 (49.35%) casados, 25 (16.25%) en unión libre, 42 (27.27%) viudos y 6 (3.89%) divorciados y en cuanto a los factores nocivos que se valoraron se observó que se observa el consumo de tabaco y alcohol siendo de mayor predominio el hábito del tabaco el cual está presente en 101 personas (65.58%) y en 53 (34.42%) no, con ingesta de alcohol si 45 (29.23%), 109 (70.77%) sin ingesta de alcohol, en cuanto a las comorbilidades la Hipertensión Arterial Sistémica se asoció en 28 (18.18%) personas, seguida de Diabetes Mellitus con 20 (12.98%), y Dislipidemia 16 (10.38%), y en nuestro estudio se observó que se presentaron con un estado normal cognoscitivo en número de 102 (66.23%), seguida de 43 (27.93%) con grado leve y con grado moderado 9 (5.84%), y por sexo con deterioro leve fueron 20 (12.98%) femeninas y 23 (14.93%) masculinos, en deterioro moderado femeninas fueron 4 (2.60%), masculinos 5 (3.25%), por lo tanto en el estudio realizado en Colombia se presentó un mayor porcentaje con deterioro cognoscitivo moderado y en el nuestro no hubo ningún paciente con ese grado, ya que el mayor fue el grado de deterioro leve el que prevaleció, fue mayor en las femeninas a diferencia que en el nuestro que fue en los masculinos ya que fue mayor el número de encuestados de este género, el mayor número de personas están casadas, por lo demás hay mucha similitud en cuanto al uso de las sustancias nocivas y comorbilidades.

El ENASEM (Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México) es un estudio prospectivo tipo panel realizado en sujetos mexicanos nacidos antes de 1951, y en sus parejas. Fue realizado por el Centro de Estudios de Población de la Universidad de Pensilvania, el Centro de Investigaciones de Población de la Universidad de Maryland y el Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin, El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de México realizó el trabajo de campo. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro

cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México, Salud Publica México 2007. Se analizó un total de 4183 sujetos adultos mayores del ENASEM. Las edades se encuentran en un rango de 65 a 105 años, con una edad promedio de 72.5 años. La proporción de mujeres es de 2204 (52.7%), mayor que la de hombres 1979 (47.3%), con respecto a su estado civil, con 2384 (57%) las personas casadas, seguidas de viudos con 1359 (32.5%), también se evaluó como en los demás estudios el nivel educativo predominando en este las personas con primaria sin terminar 1505 (36.6%), y que no cursaron ningún nivel con un total de 1438 (34.4%), considerándose en 70% personas analfabetas, o con menos de 5 años de escolaridad, Ninguna de las comorbilidades autorreportadas como Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes mellitus entre otras, mostró asociación significativa en personas con deterioro cognoscitivo sin dependencia, pero si se observó mayor asociación en pacientes con deterioro cognoscitivo con dependencia de las comorbilidades ya mencionadas, no se evaluó el uso de sustancias nocivas, ni se clasificó el grado de deterioro cognoscitivo de las personas estudiadas. En comparación con nuestro estudio donde se analizaron 154 personas de la UMF 36, Culiacán Sinaloa México, Encuesta prospectiva, descriptiva, transversal y observacional, con un total de 74 (40.06%) del sexo masculino y 80 (51.94%) femenino, con un rango de edad de 60 hasta 98 años con una rango de edad media de 70.2 años, según el nivel educativo fue similar al estudio en mención ya que fue mayor el de primaria con 61 (39.61%), de igual manera entre mayor nivel académico es menor el grado de deterioro cognoscitivo entre los pacientes, en cuanto a los factores nocivos que se valoraron se observó que al igual a este estudio se observa el consumo de tabaco y alcohol siendo de mayor predominio el hábito del tabaco el cual está presente en 101 personas (65.58%) y en 53 (34.42%) no, en las comorbilidades la Hipertensión Arterial Sistémica se asoció en 28 (18.18%) personas, seguida de Diabetes Mellitus con 20 (12.98%), y Dislipidemia 16 (10.38%), de acuerdo a la Valoración para ver el grado de severidad del deterioro cognoscitivo se observó que no presento deterioro en número de 102 (66.23%), seguida de 43 (27.93%) con grado leve y con grado moderado 9 (5.84%), y por sexo con deterioro leve fueron 20 (12.98%) femeninas y 23 (14.93%) masculinos, en deterioro moderado femeninas fueron 4 (2.60%), masculinos 5 (3.25%), en

este estudio comparado con el realizado por nosotros también es mayor el género femenino contra los masculinos en el nuestro, así como también fue mayor el deterioro cognoscitivo de grado leve en estos, hay similitud en cuanto al estado civil prevaleciendo en ambos las personas casadas, y de igual forma al grado académico entre menor este mayor es el riesgo de deterioro, no se hacen referencia hacia el uso de sustancias nocivas como factores de importancia, y con muy poca relevancia las comorbilidades comprándolo con el nuestro.

VI. CONCLUSIÓN

- Se encuestaron 154(100%) personas, de los cuales fueron 80 (51.94%) mujeres y 74 (40.06%) hombres.
- Según el estado civil de mayor prevalencia es casados con 76 (49.35%) personas.
- En cuanto al nivel de escolaridad, el número mayor de personas fue de 61 (39.62%) de primaria que presentaron la mayoría de los encuestados.
- El hábito de fumar tabaco se relacionó en 101 (65.58%) personas de las encuestadas.
- La Hipertensión Arterial Sistémica 28 (18.18%), fue la comorbilidad mayormente asociados a los pacientes con deterioro cognoscitivo.
- Según su ocupación se observa mayor relación en personas que se dedican al hogar 56 (36.36%).
- Según el tipo de familia de mayor presentación es la semirrelacionada flexible 20 (13.63%).
- El deterioro cognoscitivo leve fue el que mayor de presentó en este estudio en 43 pacientes (27.93%).

REFERENCIAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Junio 08]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
2. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.. Organización Mundial de la Salud; 2015.
3. Lozano-Poveda D. Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2011; 13(2): 89-100.
4. Alvarado A, Salazar Á. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2): 57-62.
5. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 Junio 07]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
6. Rosselli M, Ardila A. Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012; 12(1): 151-162.
7. Samper J, Llibre J, Sánchez C, Pérez , Morales E, Sosa S, et al. Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve. Rev Cub Med Mil. 2011; 40(3).
8. García-Herranz S, Díaz-Mardomingo M, Peraita H. Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. Anales de Psicología. 2014; 30(1): 372-379.
9. Roselli M, Ardila A. La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. Acta Neurol Colomb. 2010; 26(3): 59-68.
10. Cortés-Muñoz C, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Revista de Salud Pública. 2012; 18(2): 167-178.
11. Avila O, Vázquez E, Gutiérrez M. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor.. Ciencias Holguín. 2007; 13(4): 1-11.
12. Carazo P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: El taekwondo como alternativa de mejoramiento.. Revista Educación. 2001; 25(2): 125-135.
13. SSA. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2012.

14. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo L. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*. 2007; 49(4): 475-481.
15. Casanova-Sotolongo P, Casanova-Carrillo P, Casanova-Carrillo C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de medicina Genral Integral*. 2004; 20(5).
16. Londoño L, fuentes L, Villalba F. Capacidad predictiva de una batería de pruebas neuropsicológicas en el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo leve (DCL) en un grupo de adultos. *Revista Encuentros*. 2015; 13(1): 25-35.
17. Reyes-Figueroa J, Rosich-Estragó M, Bordas-Buera E, Gaviria-Gómez A, Vilella-Cuadrada E, Labad-Alquézar A. Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Rev Neurol*. 2010; 50(1): 653-660.
18. Samper J, Llibre J, Sosa S, Solórzano J. Del envejecimiento a la enfermedad de alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2011; 10(3): 319-327.
19. Samper J, Llibre , Sánchez C, Sosa S. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2011; 10(1): 27-36.
20. González-Hernández J, Podlech A, Ihle S, Uribe R, Rodas C. Utilidad del Minimental de Folstein para diferenciar simuladores de pacientes con cuadro amnésico de causa orgánica. *Revista Memoriza.* 2012; 9(1): 9-15.
21. Espinoza L. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(3): 139-141.
22. Kanán Cedeño E, Rivera Heredia E, Rodríguez Orozco A, López Peñaloza J, Medellín Fontes M, Caballero Díaz P. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración. *Psicología y Salud*. 2010 Julio-Dic; 20(2).
23. Schmidt V, Barreyro P, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*. 2010 Abril; 3(2).
24. Pedraza C. Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Escritos de Psicología*. 2013; 6(3): 1-4.
25. INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Online].; 2015 [cited 06 Julio 2017]. Available from: <http://www.inegi.org.mx/>.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ años

Peso _____ kg Talla _____ m IMC _____ kg/m²

Presión arterial sistólica _____ mmHg Presión arterial diastólica _____ mmHg

Género

1. Femenino _____ 2. Masculino _____

Edo civil:

1. Soltero _____ 2. Casado _____ 3. Unión libre _____

4. Viudo _____ 5. Divorciado _____

Escolaridad

1. Sin escolaridad _____ 2. Primaria _____ 3. Secundaria _____

4. Bachillerato/técnica _____ 5. Profesional _____ 6. Postgrado _____

Ocupación

1. Hogar _____ 2. Comerciante _____ 3. Estudiante _____

4. Jubilado _____ 5. Empleado _____ 6. Otro _____

Consumo de alcohol

1. Si _____ 2. No _____

Consumo de tabaco

1. Si _____ 2. No _____

Antecedentes patológicos

Sabe si algún familiar ha tenido enfermedades tales como:

Parentesco	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Dislipidemia	Cáncer	Otros especifique
Madre					
Padre					
Hijos					
Tíos					
Abuelos maternos					
Abuelos paternos					

ANEXO 2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Test Faces III

ITEM	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
Los miembros de la familia se dan apoyo entre si					
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos					
Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad					
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia					
Nuestra familia cambia de modo de hacer sus cosas					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Padres e hijos se ponen de acuerdo con relación con los castigos					
Nos sentimos muy unidos					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
En nuestra familia las reglas cambian					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre otros					
Consultamos unos con otros para la toma de decisiones					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
La unión familiar es muy importante					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

ANEXO 3. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Orientación Temporal

¿En qué año estamos?	0	1	Puntuación máxima: 5
¿En qué estación?	0	1	
¿En qué día (fecha)?	0	1	
¿En qué mes?	0	1	
¿En qué día de la semana?	0	1	

Orientación Espacial

¿En qué lugar estamos?	0	1	Puntuación máxima: 5
¿En qué piso?	0	1	
¿En qué ciudad?	0	1	
¿En qué provincia estamos?	0	1	
¿En qué país?	0	1	

Fijación de recuerdo

Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación.

Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.

Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

Atención Cálculo

Si tiene 30 pesos y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar la prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.

Puntuación: 30 (0-1), 27 (0-1), 24 (0-1), 21 (0-1), 18 (0-1)
O (0-1), D (0-1), N (0-1), U (0-1), M (0-1)

Recuerdo Referido

Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.

Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

Lenguaje

DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera,

Puntuación: lápiz 0-1, reloj 0-1.

REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros")

Puntuación: 0-1.

ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "Tome un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".

Puntuación: Tome con la mano derecha 0-1, dobla por la mitad 0-1, pone en suelo 0-1.^[L]_[SEP]

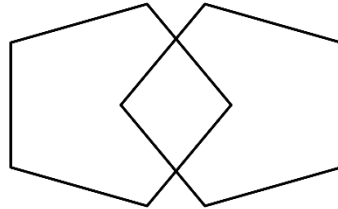
LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase

Puntuación: 0-1.

ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)

Puntuación: 0-1

COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.



Puntuación: 0-1.

Puntuación Total

--

Clasificación

Normal	≥ 27
Daño cognitivo medio	21-26
Daño cognitivo moderado	11-20
Daño cognitivo severo	0-10

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2017												2019											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Recopilación Bibliográfica					x	x	x																	
Elaboración del protocolo						x	x	x	x															
Selección de la Muestra								x	x	x	x													
Recolección de la información												x	x	x	x	x								
Análisis de Resultados															x	x	x	x						
Elaboración de reporte final																		x	x	x	x	x	x	
Defensa de tesis																								x

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

<p>Nombre del estudio: Patrocinador externo (si aplica): Lugar y fecha: Número de registro: Justificación y objetivo del estudio: Procedimientos: Posibles riesgos y molestias: Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Participación o retiro: Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>Determinación del grado de deterioro cognoscitivo y factores asociados en el adulto mayor en derechohabiente de la UMF #36.</p> <p>No aplica</p> <p>Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, derivado de los pacientes de la tercera edad derechohabiente de la UMF #36 en el periodo 2017-2019. R-2017-2503-53</p> <p>. El envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Objetivo. Determinar el grado de deterioro cognoscitivo del adulto mayor e identificar factores asociados al problema de salud.</p> <p>Una encuesta previamente estructurada será aplicada a los pacientes.</p> <p>No tiene riesgos ni molestias para los participantes.</p> <p>Directamente no existen beneficios para los participantes, sin embargo, la información recabada será de gran utilidad para la toma de decisiones con respecto al problema de salud de interés y que en un futuro sea utilizado como estrategia en beneficio del adulto mayor.</p> <p>Es un estudio epidemiológico, observacional y no existe en ningún momento la intervención del investigador. Los participantes podrán abandonar el estudio en el momento deseado y no tendrá ninguna consecuencia sobre su atención.</p> <p>La información recabada será utilizada de manera general. La confidencialidad será garantizada siguiendo la Declaración de Helsinki, acuerdo celebrado en Brasil n el 2013.</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Beneficios al término del estudio: orientar al paciente y familia sobre la enfermedad</p> <p>Investigador Responsable: Colaboradores: Dr- Martín Alberto Félix Palma matin.felixp@imss.gob.mx</p>	<p>En caso de colección de material biológico (si aplica): No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</p> <p>Para la toma de desiciones y estrategias para el control de la lesión</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dr. Olivas Salazar Santana. Correo: dr.sos_28@outlook.com, Celular: (668) 173-49-60.</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>
<p>_____ Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p> <p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p> <p>Clave: 2810-009-013</p>

