

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE IRAPUATO CLAVE: 110400

**DETECCIÓN DE DEMENCIA EN LA POBLACIÓN USUARIA DE LA
CLÍNICA HOSPITAL IRAPUATO DEL ISSSTE CON LA
UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE FOLSTEIN DE MAYO A
OCTUBRE DE 2003**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DR. RAMIRO GARCÍA JUÁREZ

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo, respectivamente.
NOMBRE: Dr. Ramiro García Juárez
FECHA: 16-08-05
FIRMA: [Signature]

IRAPUATO, GUANAJUATO

1999

m346937

2005



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.

**DETECCIÓN DE DEMENCIA EN LA POBLACIÓN USUARIA DE LA
CLÍNICA HOSPITAL IRAPUATO DEL ISSSTE CON LA
UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE FOLSTEIN DE MAYO A
OCTUBRE DE 2003**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RAMIRO GARCÍA JUÁREZ

AUTORIZACIONES:

ma J.A. Muñoz
DRA. JOSEFINA MUÑOZ GUTIÉRREZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA CLÍNICA
HOSPITAL ISSSTE DE IRAPUATO, GUANAJUATO

[Signature]
DR. ENRIQUE JESÚS YAÑEZ PUIG

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS

[Signature]
DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E.



**DETECCIÓN DE DEMENCIA EN LA POBLACIÓN USUARIA DE LA
CLÍNICA HOSPITAL IRAPUATO DEL ISSSTE CON LA
UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE FOLSTEIN DE MAYO A
OCTUBRE DE 2003**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RAMIRO GARCÍA JUÁREZ

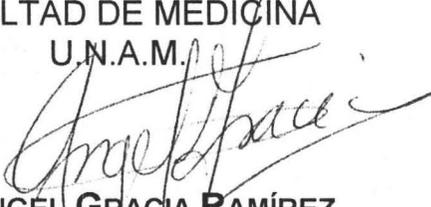
AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

Marco Teórico	1
Etiología y Clasificación de la demencia	2
Anatomía patológica y Manifestaciones Clínicas	3
Alteraciones Por Lesiones del Lóbulo Temporal y Parietales y áreas de Brodmann	4
Alteraciones Occipitales en las áreas 17, 18 y 19 de Brodmann	5
Afasia de Wernicke y Criterios Diagnósticos para la Demencia.....	6
Criterios NISDS-AIREN sobre la Demencia Vasculare y Protocolo Diagnostico	7
Tratamiento Farmacológico de la Demencia.....	8
Tratamiento no Farmacológico de la Demencia.....	9
Perfilar la actividad de los procesos Amnésicos	10
Planteamiento del problema, justificación, objetivo general, objetivos específicos Criterios de inclusión, criterios de eliminación	11
Metodología.....	12
Resultados.....	13
Gráfica 1 y 2 de acuerdo al grado de Deterioro Cognitivo y edad	14
Gráfica 3 Deterioro Cognitivo Grave de acuerdo a sexo y edad	15
Gráfica 4 Deterioro Cognitivo Moderado de acuerdo a sexo y edad	16
Gráfica 5 Pacientes con Deterioro Cognitivo Leve de acuerdo a sexo y a edad	17
Discusión y Conclusión	18
Referencias	19
Anexos:	
Escala de Folstein	20
Escala del Reloj	21
Escala de Yesavage	22

MARCO TEORICO

Antecedentes científicos y desarrollo histórico.

La demencia es una enfermedad cerebral de naturaleza crónica y progresiva manifestada por el deterioro de al menos dos funciones corticales superiores y como deterioro principal, la memoria (1,2,3,4).

La demencia se conoce desde tiempos remotos. en el siglo II con Galeno el cual incluye el término de demencia en sus estudios, en el siglo XVIII con Rush quien realiza las primeras descripciones clínicas, en 1795 Baile que describe la dilatación ventricular y Wills describe la atrofia cortical en 1894 Binswanger describe la leucoencefalopatía arterioesclerosa, en 1901 Pierre Marie habla del síndrome lacunar, en 1905 con Klippel y Hermitte que describen la demencia con lesión vascular, en 1907 Alois Alzheimer publica un estudio anatómico patológico de una enferma de 51 años de edad y hace referencia a la demencia senil y presenil bajo una sola denominación sobre las bases de las alteraciones neuropatológicas, en 1910 aparece la enfermedad de Alzheimer como demencia presenil en el manual de psiquiatría de Kreppelin, 1915 Pick describe la atrofia cerebral focal, en 1968 con Blessed y Roth los cuales describen cambios histopatológicos en la enfermedad de Alzheimer en personas mayores de 65 años con demencia y en 1989 Redthich el cual describió las placas seniles (4,13)

EPIDEMIOLOGIA

Existe una gran disparidad entre los diferentes estudios debido en gran parte a la utilización de diferentes criterios diagnósticos y en su realización se cometen algunos errores metodológicos como distorsión en la participación y exclusión de los casos leves.

Se estima que la demencia se manifiesta, según algunas publicaciones de las décadas 80 y 90 en algunos países europeos y sobre todo en el país de España se dan reportes de prevalencia de demencia de un 4.8-36% en mayores de 65 años y se habla de que a mayor edad mayor prevalencia, entre el 10-20% se dan en formas leves y moderadas entre los 70-80 años y las cuales se asocian con frecuencia a trastornos de ansiedad y depresión entre otras y las formas graves en mayor porcentaje(2,4)

En México no existen estadísticas de prevalencia, sin embargo al igual que en otros países se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, en los que tienen bajo grado de escolaridad, falta de estimulación mental en familias que tienen un bajo nivel socioeconómico así como en la desnutrición fetal infantil y con carga alostática alta (4,16).

Actualmente México cuenta con una población mayor de 60 años de aproximadamente de 7.6 millones y la tecnología médica y los cambios en el estilo de vida afectan a la edad con la aparición de enfermedades crónico-degenerativas(14)

La incidencia de la demencia aumenta de forma gradualmente y se duplica cada 5 años hasta la edad de los 90 años.

La demencia por Enfermedad de Alzheimer se observa más en mujeres que en hombres, pero la demencia por enfermedad vascular se observa más en hombres(1). La demencia por Alzheimer se da más en la raza negra y en la novena década de la vida y sobre todo en los países europeos de occidente y en Norteamérica y en países orientales y en Rusia se observan con mayor frecuencia la demencia vascular(factores ambientales y étnicos) 2,3).

ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes son por Alzheimer de un 55-60% Vasculares de 10-20% y por cuerpos difusos de Lewy de un 5-10% mixtas; multi-infarto mas Alzheimer de 10-20% enfermedad de Parkinson y Huntington de 5-8%, enfermedad de Pick (fronto temporal) de 5-10% y por medicamentos de 1-5%

Se clasifican en:

A) Degenerativa primaria de predominio cortical

- 1.- Enfermedad de Alzheimer
- 2.-Enfermedad de cuerpos difusos de Lewy
- 3.-Demencia frontotemporal: Enfermedad de Pick (afectación del cuerpo estriado) y Degeneración del lóbulo frontal (afectación de la neurona motora).
- 4.-Degeneración corticobasal
- 5.-Degeneraciones Focales: Demencia semántica, Amusia y Aprosodia progresiva, Atrofia cortical posterior, Aprasia primaria progresiva, Afasia primaria progresiva y Prosopognosia progresiva.

B) Degenerativa de predominio subcortical

- 1.-Enfermedad de Parkinson
- 2.- Parálisis supranuclear progresiva
- 3.-Corea de Huntington
- 4.- Enfermedad de Hallerborden-Splazt
- 5.-Degeneración Talámica
- 6.-Degeneración Espinocerebelosa

C) Demencias vasculares:

- 1.-Isquémicas como multiinfarto, enfermedad del pequeño vaso, estado lacunar, vasculitis, infarto intratégico, Enfermedad de Binswanger,CADASIL y cardiopatía hipertensiva,
- 2.-Isquemia-hipóxica como inferto zona frontera, encefalopatía anóxica isquémica, infartos incompletos.
- 3.-Hemorrágicas como angiopatía, amiloidea, hematoma subduraly hemorragia subaracnoidea.

D) Demencias sistémicas como: de origen infeccioso, endocrinometabólicas, expansiva intracraneal, tóxico-medicamentosas, desmielinizantes,traumáticas, conectivopatías y alteraciones psiquiátricas.(12).

ANATOMIA PATOLÓGICA Y MANIFESTACIONES CLINICAS

La atrofia cortical| bilateral y simétrica. Se puede afectar desde la corteza de los lóbulos hasta los ganglios basales pasando por el hipocampo, tálamo, etc. Y se van a observar pérdida de neuronas evidentes, por estudios histopatológicos, de la presencia de placas seniles y marañas neurofibrilares en las áreas afectadas del cerebro y también se pueden ver placas y ovillos con depósito de proteínas beta amiloide A4, en un 19% en la sexta década y de un 79% en la novena década (1,8).

De acuerdo a el área afectada se representarán las manifestaciones clínicas y recordemos que existen 52 áreas de Brodmann y que cada una se relaciona con una función específica, ejemplo las áreas 4 y 6 se relacionan con movimientos voluntarios y su lesión produce parálisis espástica en cara, brazo y pierna contra laterales. El área premotora, área 6 y motora suplementaria sí sufren lesión produce parálisis menor, con mayor espasticidad, con reflejo de presión contra lateral y las lesiones bilaterales se acompañan de succión (1,2,3,4).

El área 8 interfiere con el mecanismo del giro de la cabeza de los ojos contralateral y la lesión del área suplementaria izquierda produce mutismo al principio y posteriormente desaparece y se produce una afasia motora transcortical con disminución de lenguaje pero se conserva la capacidad de elaboración de nombres.

La lesión del área 44 del hemisferio cerebral dominante, generalmente el izquierdo, y otras partes de la corteza motora superior y posterior causa por lo menos una pérdida de la expresión verbal, pero es temporal y al recuperarse del habla el paciente queda con disprosodia, disartria cortical, agramatismo retención de palabras con significado y la omisión de artículos, preposiciones y conjunciones. Y las lesiones más extensas que incluyen cortezas adyacentes insular y motora dan alteraciones más intensas del lenguaje impersistente como : agrafia, apraxia de la cara, labios y lengua.

Las lesiones de las áreas 23 y 24 (corteza límbica medial o corteza periforme) dan datos clínicos pocos claros a pesar que controlan la respiración y la micción.

Las áreas restantes frontales 9 y 12 si la lesión es leve dan pocos datos específicos pero si la lesión es extensa se pueden presentar:

- 1.- Falta de iniciativa y espontaneidad, disminución del lenguaje, actividad motora y las reacciones sociales interpersonales son escasas y superficiales
- 2.- Alteración de la personalidad expresada por falta de preocupación por las consecuencias de los actos y desinhibición social, excitación infantil, irritabilidad y despreocupación,
- 3.-Alteración leve de la inteligencia descrita como falta de concentración, atención e incapacidad para analizar todos los aspectos de un problema y realización de actividades planeadas, alteración del pensamiento abstracto, alteración de la memoria leve, pero si se afectan áreas orbitarias y preamigdalinas la pérdida de la memoria es grave.

4.- Alteración de la marcha y la bipedestación como marcha de base amplia postura en flexión pasos cortos y arrastrando los pies(apraxia de la marcha o ataxia del lóbulo frontal de Bruns y reflejos primarios).

ALTERACIONES POR LESIONES DEL LÓBULO TEMPORAL

1.- efectos de la lesión unilateral del lóbulo temporal dominante.

- a) Cuadrantanopsia homónima superior
- b) Afasia de Wernicke
- c) Alteraciones en las pruebas de material verbal presentada a través de sentido de Audición.
- d) Agnosonomía o afasia amnésica.
- e) Amusia (incapacidad para leer y escribir música).

2.- Alteraciones por lesión unilateral del lóbulo temporal no dominante

- a) Cuadrantanopsia homónima superior
- b) Incapacidad para juzgar las relaciones especiales
- c) Alteraciones en las pruebas con material presentado visualmente
- d) Incapacidad para reconocer melodías.

3.- Efectos producidos por la afectación de cualquiera de los lóbulos temporales:

- d) Ilusiones y alucinaciones auditivas
- e) Conducta psicótica (agresividad)
- f) Cuadrantanopsia homónima superior

4.- Efectos producidos por la afectación de ambos lóbulos temporales:

- a) Trastorno mnésico de Korsakoff
- b) Apatía y placidez
- c) Aumento de la actividad sexual
- d) Rabia fingida
- e) Sordera cortical.

ALTERACIÓN DE LOS LÓBULOS PARIÉTALES AREAS DE BRODMANN 1,2,3,5,7,31,39,40.

1.-Efectos producidos por la afectación de los lóbulos derecho o izquierdo

- a) Síndrome cortical y extensión sensorial (hemianestesia)
- b) En niños hemiparesia o hemiatrofia contralateral leve
- c) Falta de atención visual, a veces anosognosia apraxia de construcción y al vestirse descuido de la mitad opuesta del cuerpo

d) Abolición del nistagmo optocinética de un lado

2.-.-Efectos producidos por la lesión unilateral del lóbulo parietal dominante

- a) Trastornos del lenguaje (apraxia)
- b) Asterognosia bimanual (agnosia táctil)
- g) Síndrome de Herzman (agrafia acalculia, y agnosia de dedos)
- h) Apraxia ideacional o ideomotor bilateral

Si son lesiones suficientemente extensas se presenta flojedad con indiferencia a la enfermedad, incapacidad para pensar con claridad, falta de atención y alteraciones de la memoria.

ALTERACIONES OCCIPITALES DE LAS AREAS 17, 18 Y 19 DE BRODMANN

Hemianopsia homónima contralateral, alestesia visual, palinopsia, ilusiones visuales y alucinaciones elementales (1,2,3,4,5 y 6). Las lesiones bilaterales causan ceguera cortical sobre todo cuando se lesionan las áreas 18 y 19 y los pacientes no reconocen visualmente a los objetos a pesar de que el fondo de ojo y los reflejos pupilares son normales.

Se presenta alexia o incapacidad para leer (ceguera de palabras, agnosia verbal visual), los pacientes ven letras y palabras, pero no saben el significado. También se presentan alteraciones de localización topográfica y el paciente no puede describir ni encontrar objetos en el ambiente con los que estaba familiarizado (8 por lesión occipito-parietal bilateral), tienen incapacidad para identificar alguna cosa familiar, prosopagnosia y es debido a alteraciones por lesión occipito-temporales inferomediales.

AFASIA DE BROCCA (AFASIA MOTORA MAYOR)

Cuando se afecta el área de Brocca (circunvolución frontal inferior).

El paciente presenta alteraciones para la escritura y del habla ya que se acompaña de agramatismo simplificado y de una alteración menos evidente en la comprensión del lenguaje. Ciertas frases estereotipadas y sencillas como "eh", buenos días o expresiones soeces se pronuncian con mayor facilidad y las letras de las canciones populares pueden ser cantadas sorprendentemente bien. También se presenta alteración del mismo grado de intensidad en la comunicación escrita con cualquiera de las manos y si está paralizada la mano derecha el paciente no podrá escribir con la izquierda y si está indemne la mano derecha tampoco podrá escribir lo que se le ordena. El habla es escasa y consiste en nombres, verbos transitivos, abjetivos importantes y se omiten muchas de las palabras pequeñas (artículos, preposiciones y conjunciones) dando al lenguaje un carácter agramático y telegráfico.

El lenguaje vacilante y lacónico es una afasia no fluida.

Cuando existe lesión del área de Brocca de circunvoluciones precentral y postcentral, del cuerpo estriado así como las áreas de Brodmann 43, 44 y 45 se presentará una afasia de Brocca grave, sin embargo la comprensión se presentará.

AFASIA DE WERNICKE

Es una afasia sensitiva receptiva posterior y fluida generalmente es debida a una EVC, y se presenta como trastornos de la comprensión del habla(incapacidad para distinguir entre los elementos de las palabras o fonemas tanto habladas como escrita) y que refleja afección de las áreas de asociación auditiva a su separación de la corteza auditiva primaria. También se presenta un habla fluida, pero parafásica que revela la función principal de la región auditiva en la regulación del lenguaje. Hay incapacidad para repetir las palabras habladas y escritas y hay incapacidad para leer(alexia).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Criterios de demencia del DSMIV

- a) Desarrollo del Déficit cognoscitivos múltiples que se manifiestan por:
 - 1.-Alteración de la memoria; alteración de la capacidad de aprendizaje de nueva información o recordar información previamente aprendida.
 - 2.- Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia y de la función ejecutiva.
- b) Los defectos cognoscitivos de los criterios anteriores han de ser de suficiente intensidad que provoquen deterioro de la actividad social y laboral.

Criterios de demencia de la CIE-10

- 1.- Deterioro de la memoria
- 2.-Deterioro del pensamiento y del razonamiento
- 3.- Interferencia de la vida cotidiana para las actividades
- 4.- Conciencia clara. Posibilidad de la superposición delirio / demencia
- 5.-Síntomas presentes al menos 6 meses

Criterios NICDS sobre Enfermedad de Alzheimer

A) Criterios para enfermedad de Alzheimer probable

- 1.-Demencia establecida por examen clínico, documentada con el Mini-Mental, la escala de Blessed y otras pruebas neuropsicologías.
- 2.- Déficit en dos o más áreas cognitivas
- 3.- Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones
- 4.- Ausencia de trastornos de conciencia
- 5.- Comienzo entre los 40 y 90 años de edad y más frecuente a los 65.
- 6.- Ausencia de otras enfermedades que explique la demencia.

B) Diagnóstico clínico de Enfermedad de Alzheimer Posible

- 1.- Demencia en ausencia de otros trastornos neurológicos, psiquiátricos o sistémicos, que puedan ser causa de demencia.
- 2.- Presencia de una enfermedad sistémica o cerebral que pueda provocar demencia aunque no sea causa de la misma.

- 3.- En estudios de investigación cuando se identifique un deterioro cognitivo progresivo y grave en ausencia de otra causa identificable.

C) Diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer Definitivo

- 1.- Cumplir los criterios de Enfermedad de Alzheimer probable
- 2.- Evidencia histológica obtenidas por autopsia o biopsia

CRITERIOS NISDS-AIREN SOBRE LA DEMENCIA VASCULAR

- 1.- Demencia
- 2.- Enfermedad vascular bien diagnosticada
- 3.- Una relación entre las dos entidades manifestadas o sugeridas por una o más de la siguientes:

Inicio de la demencia a los tres meses siguientes a un ictus.

- A) Deterioro agudo de la función cognitiva
- B) Fluctuación o progresión escalonada de los déficit cognitivo.

PROTOCOLO DIAGNOSTICO

A) La historia clínica

B) Valoración neuropsicológica mucho muy importante para el diagnóstico de demencia a través del Test y escalas evaluatorias.

1.- Escalas breves cognitivas los instrumentos de cribado son pruebas cortas, accesibles, de aplicación rápida y sin necesidad de grandes normas de utilización que aportan información inicial y valiosa : Minimental de Folstein, Mental Status, Questionnaire de Khan, Test del Reloj de Shulman, el Short Portable Status Questionnaire y el Cognitive Capacity Screening Examination. Otra que es muy importante para diagnosticar deterioro cognitivo leve es el Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly el cual hace recordar como era el paciente hace 10 años y se compara con el estado actual y consta de 17 puntos.

2.- Escala de Evaluación Funcional : la versión modificada del índice de Blessed-Tomlinson-Roth o el Functional Assessment Questionnaire, la Escala de Katz que contempla actividades de la vida diaria como hábitos de alimentación, vestido control de esfínteres, movilidad, Personalidad y Conducta y la Escala de Lawton y Brody que contempla la vida instrumentada.

3.- Baterías Neuropsicológicas : las baterías breves son, en realidad escalas cognitivas extensas que sistematizan una evaluación general del estado mental y para ello tenemos el CAMDEX para la evaluación cognitiva y otra es la Alzheimer's Disease Assessment Escala (12,15,16)

Entre los instrumentos de estadificación global de uso clínico está el Clinical Dementia Rating, el Functional Assessment Staging (FAST) el cual contempla 16 puntos y valora desde un paciente sano hasta uno con demencia grave.

C) Técnicas de Neuroimagen y se contemplan dos grupos:

1.- Las que proporcionan una imagen estructural como la TC axial y la RM aún más precisa sobre áreas afectadas sobre lóbulos temporales y da mayor claridad a la sustancia tanto gris como blanca y al líquido cefalorraquídeo.

2.-Las de neuroimagen funcional de estas están la PET que permite obtener una imagen o un mapa de la fisiología. La bioquímica, la hemodinámica, y la farmacológica. El dato más importante es el hipometabolismo en la corteza temporoparietal bilateral en la enfermedad de Alzheimer, mientras que la corteza motora, sensitiva y visual primarias y los ganglios de la base muestran un metabolismo conservado y la SPECT (tomografía computarizada por la emisión de fotón único el patrón más característico es el déficit de flujo en regiones temporoparietales y tiene una sensibilidad del 82 % para la enfermedad de Alzheimer⁽¹²⁾).

3.- Otros elementos diagnósticos: EEG, Genotipificación ApoE, determinación de proteínas del LCF (A beta 42), Rx de tórax, USG cerebral, ECG, hemograma, función tiroidea, ácido fólico y B12.

TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Tratamiento Farmacológico. Los objetivos de este tratamiento son:

- 1.- Mejorar o elevar la pérdida del rendimiento cognitivo
 - 2.- Mejorar o elevar la pérdida de funciones cognitivas
 - 3.- Mantener la autonomía del paciente el mayor tiempo posible
 - 4.- Mejorar el estado y sentimiento de salud.
- a) Inhibidores de la acetilcolinesterasa que constituye el Patrón Oro empleados en la Enfermedad de Alzheimer y en la actualidad se dispone del donepezilo que es un inhibidor selectivo y reversible con una vida media plasmática larga, sin hepatotoxicidad, con dosis de 5mg. Al día las primeras semanas y posteriormente 10 mg.
- La rivastigmina que comparte las mismas características que la anterior y que se inicia con 3 mg. al día y se aumenta progresivamente hasta con 12 mg. al día dividida en dos tomas al día.
- Existen muchos más como la galantamina, fisostigmina, la tacrina, memantina y cabe mencionar el alto costo, los efectos adversos y la poca eficacia que presentan de tal manera que se prescribirán en casos muy específicos.
- b) Otros fármacos como los antioxidantes pudieran tener algún grado de beneficio como el alfatocoferol y la selegilina que se han utilizado con resultados esperanzadores.
- c) Los antiinflamatorios se pudieran usar aunque cabe aún la duda de cuales son los más apropiados, las dosis y cuando hay que utilizarlos.
- d) Terapia Hormonal se ha descrito como los estrógenos regulan la acción de neuronas colinérgicas en el hipocampo y en el sistema límbico, sin embargo hasta ahora sólo se han utilizado como preventivos y no como terapéuticos.
- e) Terapia etiopatogénica en la actualidad se están haciendo ensayos clínicos con medicamentos dirigidos directamente sobre la placa amiloide y se intenta desarrollar modelos de vacunas que probablemente algún día contaremos con ellas.
- f) Tratamiento de los trastornos de conducta en este rubro contamos con haloperidol, teoridazina, trazodona, risperidona para los trastornos del ritmo del sueño vigilia y para los delirium y estados de agitación y cabe mencionar la importancia que conlleva esta medicación dada la carga para el cuidador y a los familiares.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Este incluye en conjunto de estrategias terapéuticas con fines de rehabilitación, de las capacidades cognitivas y modificaciones de la conducta ya para ello nos ocuparemos de la Psicomotricidad-sinestesia, ocupaciones, mantenimiento de las actividades de la vida diaria terapias de la orientación a la realidad y artísticas y otras o orientaciones específicas como la estimulación cognitiva, entrenamiento, reminiscencia y modificación de la conducta, reeducación individual específica, reentrenamiento amnésico.

La formación de grupos de actividades prácticas para los intercambios lingüística y estimulación general de las capacidades manuales etc.

El Entrenamiento Mnésico

El entrenamiento no tiene una acción específica centrada sobre un proceso de memorización dado pero eleva el nivel global del funcionamiento de los procesos cognitivos del sistema. La gimnasia cerebral representa el ejemplo característico de este tipo de entrenamiento preventivo pero se considera como un método de reeducación de los ancianos degradados o con el cerebro lesionado.

La dimensión sociológica también debe ser abordada mantener la higiene de la vida y de las actividades físicas (paseos, jardinería etc) fermentar la vida familiar (hijos, amigos, vecinos etc) estimulación intelectual (lectura, números, letras etc) participación de la vida social (clubes etc) ya que el anciano se degrada con el encierro mas rápidamente que aquellos que están abiertos al mundo exterior.

Rendimiento Mnésico

La finalidad de los programas de reentrenamiento de la memoria es explorar a lo máximo los procesos de memorización que aunque son eficaces disminuyendo su carga de trabajo y enseñar al paciente unas cuantas reglas mnemotécnicas muy simples y concretas aplicables a la vida diaria. El paciente adquiere nuevas estrategias eficaces y aprende a describir y organizar entre si los índices que facilitan la memorización.

Al paciente amnésico se le hará utilizar una doble codificación visual a las informaciones verbales, el principio de representación mental de imágenes y recíprocamente.

Habrá que modificar la necesidad el interés o la motivación .

Restaurar las actividades de los procesos amnésicos

__1.- Memoria verbal a corto plazo se mantiene haciendo recitar al paciente listas de palabras solas apareadas o frases.

2.- La memoria que largo plazo se estimula de la misma forma, pero se intercala otra actividad y se le pide al paciente que resuma un texto o que exprese lo vivido un día anterior.

3.- La memoria semántica se examina con cuestionarios de cultura general o preguntas relacionadas con los acontecimientos de la actualidad.

4.- La memoria biográfica se examina con preguntas de la vida pasada con los familiares y con los álbumes de fotos familiares (15).

Perfilar La Actividad De Los Procesos Amnésicos

A través de la memoria verbal se pueden mantener varios índices:

- A) Los índices visuales son muy utilizados en las cuales se presenten listas de palabras al retener y las imágenes que representan.
- B) Índices fonéticos se le pide al paciente que construya una palabra con las primeras letras que hay que retener.
- C) Índices semánticas se agrupan los items a retener por su semántica.

La memoria visual se presentan imágenes que el paciente debe reconstruir.

La memoria topográfica se orientan los pacientes a los lugares previamente conocidos (15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con frecuencia se tratan a pacientes mayores de 65 años de edad con alteraciones cognitivas que nos pueden hacer pensar en un problema de demencia, en la consulta externa, por lo que es de suma importancia conocer la morbi-mortalidad de esta patología ya que muchas veces no se piensa en esta enfermedad y aún más por que no se conocen las tablas de valoración para realizar los diagnósticos tempranos y los tratamientos oportunos, en el primer nivel de atención de salud y mucho menos la reeducación y la rehabilitación que ésta demanda (10,11).

De acuerdo a las estadísticas internacionales que muestran un avance importante en la frecuencia de ésta enfermedad debido a que se está invirtiendo la pirámide poblacional y cada vez somos una población más vieja a nivel mundial y los recursos materiales y humanos tendrán que orientarse hacia este rubro. En México se estima que aproximadamente son 7.6 millones los mayores de 60 años y que a medida que aumentan las expectativas de vida aumentará la población geriátrica (4,12,16).

JUSTIFICACIÓN

La demencia es un problema de salud pública mundial que solamente en estados unidos de norte América afecta más de cuatro millones de personas y que tiene un costo anual de más de 50 billones de dólares y del 20-40 % de las personas mayores de 85 años sufren de esta enfermedad; en México el 5% de la población mayor de 70 años sufren de esta enfermedad y estas cifras aumentan a medida que la población se vuelve mas longeva y en 5 a 10 años nuestra población del ISSSTE Irapuato de más de 70 años del 20 % y la demencia por donde aumentará por lo que se hace necesario he indispensable conocer la incidencia y la prevaencia de esta enfermedad para iniciar lo mas pronto posible con búsqueda de factores de riesgo medidas preventivas, tratamiento oportuno y rehabilitación ya que los costos tanto social como económicos son elevadísimos (4,

OBJETIVO GENERAL

Detección de Demencia en la población usuaria del ISSSTE Irapuato con el apoyo de la escala de Folstein en un periodo cumplido de mayo a octubre del 2003.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Detectar la demencia oportunamente en pacientes mayores de 65 años

Detectar oportunamente la demencia en pacientes femeninos

Detectar oportunamente la demencia en pacientes masculinos

La detección de las demencias hechas con la escala de Folstein con el apoyo de la escala del reloj y la escala de Yesavage.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes usuarios de la Clínica Hospital ISSSTE Irapuato mayores de 65 años.

Pacientes que aceptaron la entrevista

Pacientes acompañados de un familiar

Pacientes que no les hayan hecho el Diagnóstico de demencia

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes no derechohabientes del ISSSTE de la CMF Irapuato

Paciente que no aceptaron la entrevista

Paciente que no acudió con su familiar

Pacientes que tengan el diagnóstico de demencia

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes que presentan algún proceso patológico agudo

Pacientes que no querían continuar con la entrevista.

METODOLOGÍA

1.- Se pidió a vigencia de derechos la población otorgando los siguientes datos:

Adscrita..... 91 847
Registrada.....73 948
Usaria.....66 714

De éstos 11543 están entre 60 y 69 años de edad y 7 143 mayores de 70 años.

2.- Se determino la muestra con la formula:

$$\text{Población Infinitiva} = \frac{Z^2 \times P \times Q}{D^2}$$

Siendo el resultado de 258 PACIENTES

3.- Se entrevista al paciente adulto mayor en el consultorio y se selecciona para el estudio de acuerdo a criterios, entre los meses Mayo a Octubre del 2003

4.- Se lleva a cabo el consentimiento según los criterios de Helsinki.

5.- Se aplica la escala de Folstein (ver anexos)

6.- Se lleva a cabo la prueba del Reloj.

7.- Se lleva a cabo la escala de Yessavage

8.- Se realizaron las escalas para emitir un diagnóstico.

9.- Análisis de resultados.

*Nota: El familiar sólo comprobará datos del interrogatorio sin intervenir en las escalas directamente.

VARIABLES

DEPERNDIENTES

Sexo

Edad

Escolaridad

Enfermedades concomitantes como; depresión, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebro vascular.

INDEPENDIENTES

Estado civil

Alcoholismo

Tabaquismo

Enfermedades concomitantes como: Diabetes Mellius II, Hipertensión Arterial y estado nutricional .

RESULTADOS

65-69 años deterioro cognitivo leve 12 que corresponde al 24.48%
4 hombres y 8 mujeres que corresponde al 33.33% de los hombres y 66.66% de mujeres
No deterioro cognitivo 37; 18 hombres y 19 mujeres

70-79 deterioro cognitivo leve 30; 12 hombres y 18 mujeres. Que corresponde al 34.88%
Corresponde el 40 % de los hombres y 60 % de las mujeres.
No deterioro cognitivo 86; 46 hombre y 40 mujeres

80 y más deterioro cognitivo 24; 12 hombres y 12 mujeres, que corresponde al 42.1%
50 % para los hombres y 50% para las mujeres
No deterioro cognitivo 33; 14 hombres y 19 mujeres.

65-69 años deterioro cognitivo moderado 6; 2 hombres y 4 mujeres. Que corresponde a
33.33% para los hombres y 66.66% para las mujeres
70-79 deterioro cognitivo moderado 21; 9 hombres y 12 mujeres. Que corresponde a un
42.85% para los hombres y un 47.15% para las mujeres.

65-69 años deterioro cognitivo grave 0 pacientes
70-79 años deterioro cognitivo grave 4; 2 hombres y 2 mujeres. Corresponde aun 50% para
las mujeres y un 50% para los hombres.
80 y más años deterioro cognitivo grave 5 ; 3 hombres y 2 mujer. Corresponde a un 57,15%
para los hombres y un 42,85% para las mujeres.
VER GRAFICAS

De 258 pacientes encuestados 102 presentaron algún grado de deterioro cognitivo que
corresponde a un 39.53% y 156 que no presentaron deterioro cognitivo o sea 60,47 %.

De los 258 pacientes encuestados; 138 son mujeres y 120 hombres.

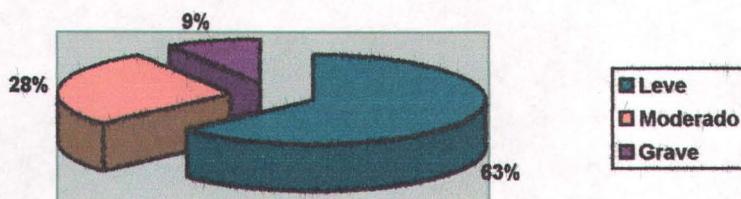
De 138 mujeres encuestadas 60 presentaron algún grado de deterioro cognitivo que
corresponde a un 43.47%. De estas 60 pacientes, 36 son analfabetas y 34 presentaron algún
grado de depresión.

De 120 hombres encuestados 43 presentaron algún grado de deterioro cognitivo que
corresponde a un 35.83 %. De estos 43 pacientes con deterioro cognitivo 11 son analfabetas
y 10 presentaron algún grado de depresión.

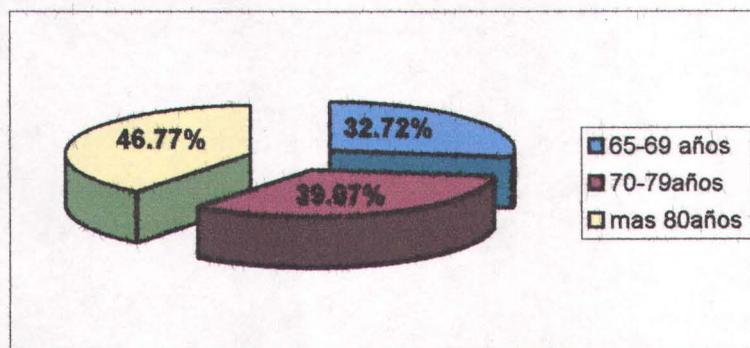
De 78 mujeres que no presentaron deterioro cognitivo 22 mujeres presentaron algún grado
de depresión contra 34 pacientes que presentaron algún grado de depresión y además algún
grado de deterioro cognitivo.

De 120 hombres 78 no presentaron algún grado de deterioro cognitivo de estos 1 es
analfabetas y 19 presentaron algún grado de depresión.(VER GRAFICAS).

Grafica 1; de acuerdo al grado de deterioro cognitivo.

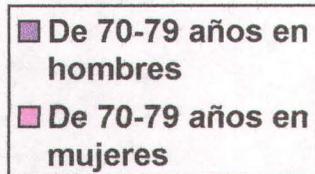
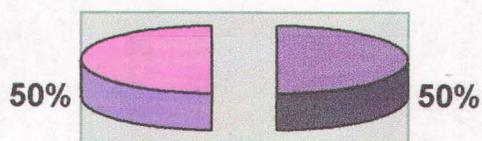


Grafica 2; Deterioro Cognitivo de acuerdo a la edad.

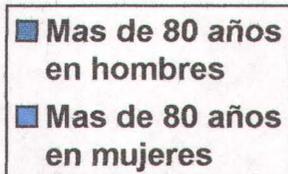
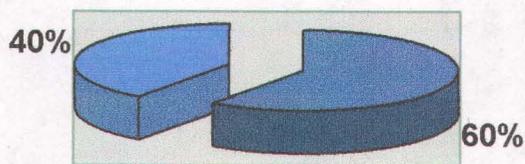


Graficas 3; Deterioro cognitivo grave de acuerdo a sexo y edad.

Grafica 3 a

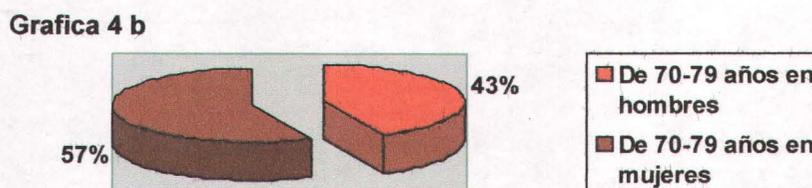
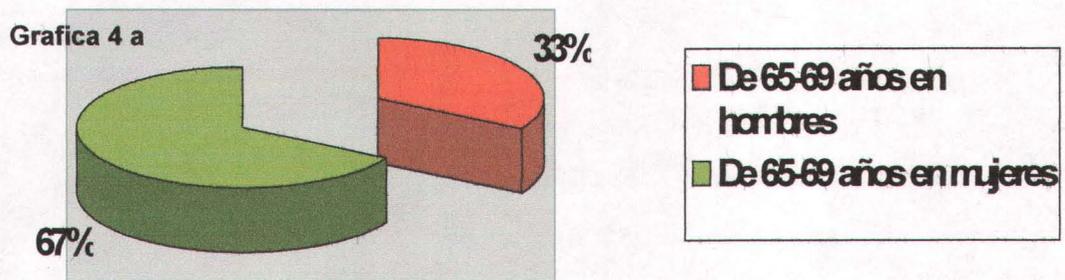


Grafica 3 b



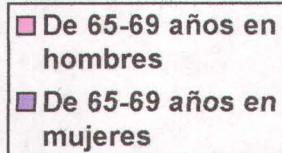
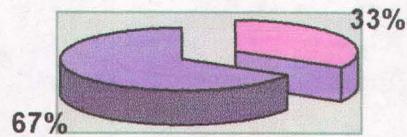
Graficas 4; Deterioro cognitivo moderado de acuerdo a sexo y edad.

Graficas 4; Deterioro cognitivo moderado de acuerdo a sexo y edad.

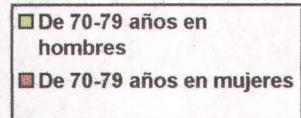
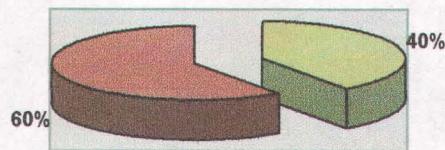


Graficas 5; Pacientes con deterioro cognitivo leve de acuerdo a sexo y edad.

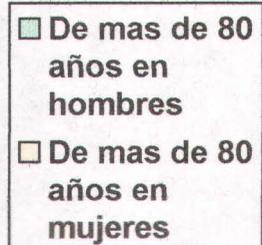
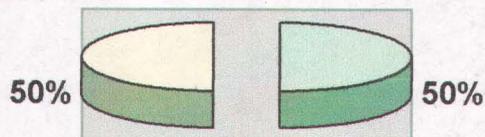
Grafica 5 a



Grafica 5 b



Grafica 5 c



DISCUSION

En el campo de la neuroepidemiología de las demencias la prevalencia ha sido, sin duda alguna, la más investigada y lo más destacable de los resultados publicados es la gran disparidad entre los diferentes estudios, debido en gran parte a la utilización de diferentes criterios diagnóstico y al error más habitual que es la distorsión en la participación, frecuente en estudios observacionales y otro error frecuente es la exclusión de los casos leves de demencia por la tendencia de incluir solamente casos moderados y graves(s).

Los resultados obtenidos en este estudio son semejantes a los obtenidos en algunos países europeos como en España que dan cifras hasta del 36 % de prevalencia de las demencias en general como las moderadas y graves contra un 28.47% de deterioro cognitivo moderado y un 8.82% de deterioro cognitivo grave, sin embargo en este estudio que presento el deterioro cognitivo leve es hasta del 64. 3% y cuyo dato no encontré comparativo.

Se sabe que la frecuencia de la demencia es mayor a medida que aumenta la edad del paciente y en este estudio se observa que la edad es un factor de riesgo muy importante para la presentación de deterioro cognitivo y que va, en los pacientes de 65 a 69 años, de un 33.5% hasta 39.07% entre edades de 70 y 79 años y un 46.03% en mayores de 80 años.

De acuerdo al sexo muchos autores consideran mayor frecuencia en mujeres que en hombres (2,4,12). Y estudio los resultados obtenidos son a favor de las mujeres en todos los grados y edades, excepto en los mayores de 80 años para el deterioro cognitivo grave (ver última gráfica).

Se sabe de la importancia e influencia de la depresión y del analfabetismo sobre la presentación del deterioro cognitivo y en este estudio se observó que efectivamente influyeron de forma importante al igual que la enfermedad de Parkinson antecedentes de EVC, desnutrición etc.

CONCLUSION

De los resultados obtenidos en este estudio se concluye que la frecuencia de la demencia se presenta más en el sexo femenino y que a medida que aumenta la edad también aumenta esta enfermedad y que los factores de riesgo tales como enfermedades concomitantes como son : la depresión las enfermedades cerebro vasculares en analfabetismo, la desnutrición la hipertensión arterial y la diabetes entre otras influyen en forma importante para la presentación de esta patología de tal manera propongo que se lleven a cabo acciones específicas para la detección de los procesos demenciales e n el primer nivel de atención ya que este nivel atiende al 85% de la población, considero que estas acciones son factibles de llevarse a cabo en la clínica hospital ISSSTE Irapuato ya que tenemos una población de 11 543 de 60 -69 años y 7143 mayores de 70 cifras que permitirán la aplicación de escalas de Folstein, prueba del Reloj y Yesavage para ofrecerles una mejor calidad de vida a estos grupos etarios.

REFERENCIAS:

- 1.- Adams et. al. Principios de Neurología, Edición 6ta. 199, PP, 381-389. Y 417-425.
- 2.- Alberca S. Lopez, pousa Enfermedad del Alzheimer y otras demencias edición 2da 2002 PP, 17-25,59-69,121, 147,293-301,309,327, 443, 631.
- 3.- De León, Mony J Atías De la Enfermedad del Alzheimer, 2003, PP 61-69.
- 4.- Harrison et, al. Vol I Edicion 15th, 2002, PP 140-147.
- 5.- Hassart Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, Edicion 3ra , 2000, PP, 1199-2000.
- 6.- DSM: manual de Diagnostico de los Trastornos Mentales Barcelona Masson 1998,PP, 189-199.
- 7.- Krassoviet, Miguel, demencia Presenil,y Senil. México DF del 1998, PP, 203-207.
- 8.- Manual de Merck de Geriatria, 1998, PP, 1004-1027.
- 9.- Miniaturas Sistema Nervioso Central, 2002, PP, 32-63.
- 10.-Rodriguez et.al. Geriatria México DF 2003 PP 321-323.
- 11.- Saiz, Jerónimo Manual de Psicogeriatría clínico, 2001, PP, 173, 182, 197.
- 12.- Salgado Alba Manual de Geriatria, tercera edición 2003, PP, 120, 577- 581.
- 13.-Scoot SA. Crutcher KA. Nerve Growth Factor and Alzheimer's disease RV. Nerosa, 1994, PP, 179-211.
- 14.- Witehuose Pj. DL. Clarck et.al Alzheimer's and senile demetia Loss of neurons in the basal Forebrein, Science 1982 PP 215, 1237-1239.
- 15.- Rodríguez Gonzáles M. Ed. Masson, PP, 87-89 Y 91-99.
- 16.-www.inegi-gob.mx/inegi /est2000.
- 17.-Carolin Kmaynard Differntiate Depresion From Dementia 2003, PP, 18-20.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

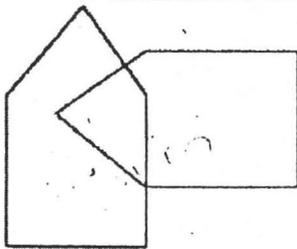


2 de

Almaza Gutierrez Cve. RIDR 511019-6

cardiopatía, Analfabeta

MINI EXAMEN MENTAL FOLSTEIN.

(AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: NO SABE LEER NI ESCRIBIR)	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.	
DÍGAME EL DÍA DE LA SEMANA, DÍA DEL MES, MES, ESTACIÓN DEL AÑO Y AÑO EN EL QUE ESTAMOS. (EN MARZO, JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE SE DAN VALIDAS CUALQUIERA DE LAS DOS ESTACIONES DEL MES)	0-5
DÍGAME EL NOMBRE DEL CENTRO, EL PISO, LA CIUDAD, LA PROVINCIA Y EL PAÍS EN EL QUE ESTAMOS	0-5
FIJACIÓN	
REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESETA, MANZANA. (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA MÁX. 5 PTS.)	0-3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
SI TIENE 30 PESETAS Y ME LAS VA DANDO DE TRES EN TRES, ¿CUÁNTAS LE VAN QUEDANDO?	0-5
REPITA 3-9-2 HASTA QUE SE LO APRENDA. AHORA DÍGALO AL REVÉS EMPEZANDO POR LA ÚLTIMA CIFRA, LUEGO LA PENÚLTIMA Y FINALMENTE LA PRIMERA.	0-3
MEMORIA.	
¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE HE DICHO ANTES? DÍGALAS	0-3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.	
¿QUÉ ES ESTO?(MOSTRAR UN RELOJ) ¿Y ESTO? (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO).	0-2
REPITA LA SIGUIENTE FRASE: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS.	0-1
SI UNA MANZANA Y UNA PERA SON FRUTAS, EL ROJO Y EL VERDE ¿QUÉ SON?; ¿Y UN PERRO Y UN GATO?	0-2
COJA EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO	0-3
LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE "CIERRE LOS OJOS"	0-1
ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA	0-1
COPIE ESTE DIBUJO(0-1 PUNTOS).	
 <p>(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)</p> <p>NOTA TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR GAFAS SI LAS PRECISA HABITUALMENTE.</p> <p>TOTAL.....</p> <p>(NIVEL DE CONCIENCIA: 1=ALERTA, 2=OBNIBULADO)</p>	
PUNTO DE CORTE: 23/24	
GRADO DE DETERIORO COGNITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; >14 = GRAVE)	

3
4
2
2
2
1
0
2
0
0
2
0
0
0
18



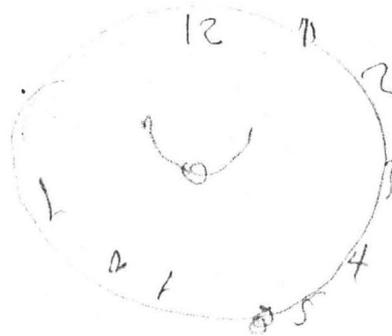
Carlota Riquelme Muñoz 83a

FURL 5708126

PRUEBA DEL RELOJ

SE LE PIDE AL PACIENTE QUE DIBUJE UN RELOJ DE FRENTE CON NUMEROS Y MANECILLAS EN UN CIRCULO DE 10 CM DE DIAMETRO.

UN PUNTO MAS PARA LOS SEGUIMIENTOS DELINEADOS:	
TODOS LOS 12 NUMEROS PRESENTES.	1
LUGARES DE LOS NUMEROS DENTRO DEL CIRCULO	1
LOS NUMEROS EN ORDEN NUMERICO CORRECTO	1
LOS NUMEROS SIMETRICAMENTE UBICADOS EN SUS EJES	1
AMBAS MANECILLAS PRESENTES	1
UN PUNTO MENOS PARA EL SEGUIMIENTO:	
ADICIONA NUMEROS O SE ARREPIENTE	1
DIBUJA LINEAS SEGMENTADAS	1
TODOS O ALGUNOS NUMEROS ROTADOS	1
PUNTUACIÓN TOTAL	
MÁXIMA PUNTUACIÓN = 5	
MINIMA PUNTUACIÓN = 3	





ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA).

		SI	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0 <input checked="" type="checkbox"/>
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0 <input checked="" type="checkbox"/>
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0 <input checked="" type="checkbox"/>
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0 <input checked="" type="checkbox"/>
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	0
PUNTUACION TOTAL _____			
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.			