



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 7
DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS.**

**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
SEMIPRESENCIAL**

**“COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL
DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN UMF DEL IMSS ZONA
METROPOLITANA AGUASCALIENTES”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. IRMA ENGRACIA HERNÁNDEZ SANTOS

AGUASCALIENTES, AGS. 2009



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 7
DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS.**



**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
SEMIPRESENCIAL**

**“COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL
DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN UMF DEL IMSS ZONA
METROPOLITANA AGUASCALIENTES”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. IRMA ENGRACIA HERNÁNDEZ SANTOS

AGUASCALIENTES, AGS. 2009

**“COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA
DEMENCIA SENIL EN UMF DEL IMSS ZONA METROPOLITANA
AGUASCALIENTES”
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 7
DELEGACION AGUASCALIENTES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
SEMIPRESENCIAL**

PRESENTA:

DRA. IRMA ENGRACIA HERNÁNDEZ SANTOS

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.**

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.**

AGUASCALIENTES, AGS. 2009

**“COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA
DEMENCIA SENIL EN UMF DEL IMSS ZONA METROPOLITANA
AGUASCALIENTES”
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 7
DELEGACION AGUASCALIENTES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
SEMIPRESENCIAL**

PRESENTA:

DRA. IRMA ENGRACIA HERNÁNDEZ SANTOS

AUTORIZACIONES

**DR. MARCO ANTONIO LÓPEZ MONTOYA
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR. AGUSTIN CRUZ ZAVALA
ASESOR METODOLOGICO Y DEL TEMA DE LA TESIS**

AGUASCALIENTES, AGS. 2009

TITULO DE TESIS

**“COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA
DEMENCIA SENIL EN UMF DEL IMSS ZONA METROPOLITANA
AGUASCALIENTES”**

DEDICATORIA

A DIOS

Fuente de vida y sabiduría a quien he confiado el éxito de esta etapa de mi vida.

A MI FAMILIA

Fuente inagotable de luz, fe, amor y esperanza, siendo la parte más querida de mi existencia

A MI ABUELITA EMILIANA PALOS PADILLA

Por haberme dejado como herencia la más hermosa perla de la esperanza de reunirnos algún día halla en el cielo.

A MI ABUELITA JULIA CASTILLO RUIZ

Por ser la musa de mi inspiración

A MI PADRE ROBERTO HERNANDEZ PALOS

Por enseñarme que el peligro solo se desafía con el valor. Gracias por ser el hombre que eres nunca te olvidare te llevo siempre en mi corazón.

A MI MADRE MA. GUADALUPE SANTOS CASTILLO

Gracias por darme la existencia y disfrutar de lo bello que es la vida.

A MI HERMANA GRACIELA

Con mi amor y reconocimiento a su calidad humana que la identifica

A MIS SOBRINOS AUSCENTES

Nueva luz en mi vida y estrellas del mañana que la continuan irradiando

A MI SOBRINA

Paola Montserrat y Rooney Dueñas Hernández
Hermosísimos luceros gracias por formar parte de mi vida y mis desvelos, es una forma de decir te quiero

A TODA MI FAMILIA

Padres y hermanos

Deseando que siempre el amor de 11 se distribuya en 10 y que el amor de 10 Valga por 11

AL GRAN AMOR DE MI VIDA

Mil gracias por tu espera por permitir culminar mi sueño

A LOS MÉDICOS científicos de la ciencia de la salud gracias por dar sabiduría a la humanidad

A NUESTROS ENFERMOS gracias a la especie humana por existir

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mis padres y hermanos quienes me han acompañado durante toda mi carrera recibiendo siempre su apoyo incondicional.

A mi padre de quien recibo a diario sus bendiciones, gracias padre por inculcarme siempre el deseo de seguir luchando y por los principios inflexibles que han regido tu vida.

A mi madre hermosísimo lucero de original inocencia, de virginal pureza y singular figura, mil gracias madre por brindarme en todo momento tu amor y tus cuidados y desvelos y agradecerle y admirarte tu gran amor a la familia.

Al Sr. José Muñoz Flores que ha sido una fuente constante de inspiración. Por su comprensión desinteresada y por su perseverante cariño quiero expresarle mi sincero agradecimiento.

Al Dr. Agustín Cruz Zavala, que ha leído meticulosamente cada parte del manuscrito, así como ha aportado valiosas sugerencias, contribuyendo a la tarea meticulosa y prolongada de la lectura de las pruebas así como a la preparación para llevarse a cabo este trabajo.

A los médicos directivos y médicos familiares de las UMF del IMSS en la Delegación Aguascalientes en su zona metropolitana por su colaboración y buena voluntad para la realización de este estudio y la UMF 2 y 3 del área foránea donde se aplico la prueba piloto mil gracias a su gran equipo que la conforma.

A los HGZ 1 y HGZ 2, a la UNAM que influyeron en mi formación como profesional en la disciplina del conocimiento.

A mis maestros médicos por darme su tiempo y atención al enriquecer mis conocimientos durante mi trayecto en mi carrera.

Al Dr. Marco López Montoya por su paciencia, orientación y dedicación de su tiempo incondicional durante mi formación.

A mis pacientes motivo y estímulo de este estudio gracias por existir y a todas aquellas personas, de una u otra manera hicieron posible la realización de la existencia de este estudio.

Al ilustre investigador Dr. Jesús Valdivia gracias por su conocimientos, habilidad y sugerencias, por sus momentos dedicados a la lectura meticulosa de este trabajo.

Y sobre todo a Dios por haberme dado la existencia permitiéndome concluir esta etapa de mi vida al estar en todo momento conmigo. Mil gracias.

“MI VIEJO”

AMADO HIJO:

El día que esté viejo y ya no sea el mismo, ten paciencia y compréndeme. Cuando derrame comida sobre mi camisa y olvide como atarme mis zapatos, tenme paciencia y recuerda las horas que pasé enseñándote a hacer las mismas cosas.

Si cuando conversas conmigo, repito y repito las mismas palabras y sabes de sobra como termina, no me interrumpas y escúchame. Cuando eras pequeño, para que te durmieras, tuve que contarte miles de veces el mismo cuento hasta que cerrabas los ojitos.

Cuando estemos reunidos y, sin querer, haga mis necesidades, no te avergüences y comprende que no tengo la culpa de ello, pues ya no puedo controlarlas. Piensa cuantas veces, cuando niño, te ayudé y estuve pacientemente a tu lado esperando a que terminaras lo que estabas haciendo.

No me reproches porque no quiera bañarme; no me regañes por ello. Recuerda los momentos que te perseguí y los mil pretextos que te inventaba para hacerte más agradable tu aseo.

Cuando me veas inútil e ignorante frente a todas las cosas tecnológicas que ya no podré entender, te suplico que me des todo el tiempo que sea necesario para no lastimarme con tu sonrisa burlona.

Acuérdate que fui yo quien te enseñó tantas cosas. Comer, vestirse y como enfrentar la vida también como lo haces, son producto de mi esfuerzo y perseverancia.

Cuando en algún momento mientras conversemos, me llegue a olvidar de qué estamos hablando, dame todo el tiempo que sea necesario hasta que yo recuerde, y si no puedo hacerlo, no te impacientes; tal vez no era importante lo que hablaba y lo único que quería era estar contigo y que me escucharas en ese momento.

Si alguna vez ya no quiero comer, no me insistas. Sé cuanto puedo y cuando no debo. También comprende que con el tiempo ya no tendré dientes para morder ni gusto para sentir.

Cuando mis piernas fallen por estar cansadas para caminar... dame tu mano tierna para apoyarme como lo hice yo cuando comenzaste a caminar con tus débiles piernecitas.

Por último, cuando algún día me oigas decir que ya no quiero vivir, y que sólo quiero morir, no te enfades. Algún día entenderás que esto no tiene que ver con tu cariño o cuanto te ame. Trata de comprender que ya no vivo, sino que sobrevivo, y eso no es vivir.

Siempre quise lo mejor para ti y he preparado los caminos que has debido recorrer. Piensa entonces que con este paso que me adelanto a dar, estaré construyendo para ti otra ruta en otro tiempo, y otra dimensión pero siempre contigo.

No te sientas triste, enojado o impotente por verme así. Dame tu corazón, compréndeme y apóyame como lo hice yo cuando comenzaste a vivir.

De la misma manera como te he acompañado en tu sendero, te ruego me acompañes a terminar el mío. Dame amor y paciencia, que te devolveré gratitud y sonrisas con el inmenso amor que tengo por ti.

Atentamente: Tu viejo.

RESUMEN

TITULO: Competencia clínica del Médico Familiar en el diagnóstico de la demencia senil en las UMF del IMSS de la zona metropolitana de Aguascalientes.

LUGAR DONDE SE DESARROLLO: En las UMF de IMSS de la zona metropolitana de Aguascalientes (UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10)

PUESTO QUE DESEMPEÑA EL AUTOR: Médico residente del tercer año del postgrado en Medicina Familiar

INTRODUCCION: En el país existe un retraso en el manejo, diagnóstico y entendimiento de la demencia senil por parte del médico probablemente por una baja competencia clínica. Los cambios demográficos, la incompetencia médica y las circunstancias sociodemográficas que ha vivido nuestro país, incrementan el riesgo de padecer demencia senil, se desconoce la infraestructura los conocimientos la habilidad y la actitud del médicos necesarios para responder a los requerimientos de la población, situación que se agudiza ya, que los individuos que la padecen son estigmatizados y excluidos del ámbito familiar, laboral y social. El médico competente puede modifica la morbilidad con una alta competencia clínica y métodos clínicos de diagnóstico, cuando solo se trata de un deterioro cognitivo leve en el curso de la enfermedad y no confundirla con otros trastornos psicóticos, facilitando la autonomía funcional, mejorando la calidad de vida durante el mayor tiempo posible, ayudando a la adaptación de los cambios, retardando complicaciones y discapacidad física, que son causa de morbimortalidad, con grave repercusión familiar, social y laboral, lo que disminuye la tasa de hospitalizaciones y costos de atención en salud.

OBJETIVOS: Caracterizar la competencia clínica del Médico Familiar en el diagnóstico de la demencia senil en UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes.

MATERIAL Y METODOS: Se utilizó un diseño observacional descriptivo transversal simple. En una muestra probabilística aleatoria simple de 100 médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social en zona metropolitana Aguascalientes. Se buscó caracterizar la competencia clínica en cada una de las dimensiones que la integran. Se realizo una encuesta con 8 items para conocer las características sociodemográficas de los médicos familiares, el área cognitiva se valoro con un cuestionario de un caso clínico real con 32 ítems de opción múltiple, en el área de habilidades se realizo una lista de cotejo, observando al médico como interroga y explora al paciente estandarizado en demencia senil, la actitud afectiva se realizo con una escala de Likert con 34 reactivos.

INDICE DE CONTENIDO	PAGINA
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION	9
5. JUSTIFICACION	10
6. OBJETIVOS	11
7. MARCO TEORICO	12
8. MARCO CONCEPTUAL	27
9. METODOLOGIA	48
TIPO DE DISEÑO	48
UNIVERSO DE TRABAJO	48
UNIDAD MUESTRAL	48
UNIDAD DE OBSERVACION	48
UNIDAD DE ANALISIS	48
CRITERIOS DE SELECCIÓN	49
CRITERIOS DE INCLUSION	49
CRITERIOS DE NO INCLUSION	49
CRITERIOS DE EXCLUSION	49
MUESTRA	50
TIPO DE MUESTRA	50
TAMAÑO DE LA MUESTRA	50
DEFINICION DE LAS VARIABLES	51
TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	52
LOGÍSTICA	53
PRUEBA PILOTO	55
PLAN DE ANALISIS, METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION	57
10. CONSIDERACIONES ETICAS	58
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	59
12. RESULTADOS	60
INDICE DE CUADROS	60

	CUADRO 1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES PARTICIPANTES	.....	60
	CUADRO 2 DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL	.....	61
	CUADRO 3 Y 4 DISTRIBUCION DEL NIVEL COGNITIVO EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES	.....	62
	CUADRO 5 Y 6 DISTRIBUCION DEL NIVEL DE HABILIDADES EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES	.....	64
	CUADRO 7 Y 8 DISTRIBUCION DEL NIVEL DE LA ACTITUD EN RELACION CON LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES	.....	66
	INDICE DE GRAFICOS	.....	68
	GRAFICO 1 NIVEL COGNITIVO DEL MÉDICO FAMILIAR	.....	68
	GRAFICO 2 NIVEL DE HABILIDADES DEL MÉDICO FAMILIAR	.....	69
	GRAFICO 3 NIVEL DE LA ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR	.....	70
13.	DISCUSION	.....	71
14.	CONCLUSION	.....	73
15.	RECOMENDACIONES	.....	74
16.	REFRENCIAS BIBLIOGRAFICAS	.....	75

17.	ANEXOS	.....	80
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	.....	81
	OPERALIZACION:	.....	82
	OPERALIZACION DEL CONCEPTO	.....	82
	OPERALIZACION DEL METODO	.....	85
	OPERALIZACION DEL PLAN DE ANALISIS	.....	86
	INSTRUMENTOS DE MEDICION	.....	87
	CUESTIONARIO DE LAS CARACTERISTICAS SCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES	.....	87
	CUESTIONARIO DE COMPETENCIA CLINICA A NIVEL COGNITIVO	.....	91
	HOJA DE COTEJO DE LA COMPETENCIA CLINICA A NIVEL DE HABILIDADES	.....	97
	CUESTIONARIO DE COMPETENCIA CLINICA NIVEL ACTITUD	.....	105
	RESULTADOS DEL PLAN DE ANALISIS OBTENIDOS DEL PROGRAMA COMPUTACIONAL SPSS	.....	108

1. INTRODUCCION

En México existe un retraso en el manejo diagnóstico y entendimiento de la demencia senil.¹ La pérdida de la memoria es la deficiencia mental de mayor prevalencia en la escala mundial y la principal causa de demencia senil en algunos pacientes. Es considerada, como un problema de salud pública, difícil de contrarrestar si el médico no tiene la competencia clínica para su diagnóstico.¹

En México el 6% de la población mayor de 60 años padece algún tipo de demencia senil, se calcula que existen entre 500 000 a 700 000 pacientes, no diagnosticándose ni el 25% de ellos, calculando que esta cifra puede duplicarse cada cinco años.^{1,2}

En la delegación Aguascalientes del IMSS la demencia senil representa el lugar 24 de morbilidad dentro de los padecimientos psiquiátricos, el 3.3 % corresponden a demencia senil.³ Actualmente se desconoce un estudio de prevalencia y que lugar ocupa en defunciones hospitalarias y costos de atención en salud. Las complicaciones constituyen una de las principales causas de mortalidad y discapacidad física, con graves repercusiones.

El riesgo de presentar demencia en los pacientes con deterioro cognitivo en mayores de 65 años de edad, es de 10% a 15% presentan demencia leve a moderado y que el 6% presentan demencia grave.⁴ Cuando inicia es común que trascorra progresivamente e indefinidamente siendo irreversible en fase terminal.⁵

La mayoría de los pacientes con demencia senil tienen una evolución del deterioro cognitivo leve de 2-4 años, el moderado menos de 10 años y el grave más de 10 años, la incidencia y el agravamiento aumentan con la edad.⁵

Por lo que es necesario una educación médica continua al médico del primer nivel orientada al diagnóstico oportuno con métodos clínicos de diagnóstico, lo que le ayudaría a identificar los factores de riesgo condicionantes de las complicaciones y retrasar el agravamiento, con lo cual se puede obtener consecuencias reversibles, y prolongadas que llegue a la fase terminal siendo la incompetencia del médico, un punto de partida de la evolución y agravamiento del paciente demenciado.

Generalmente un error en el diagnóstico es precedido por una incompetencia clínica al confundir la demencia senil con otros síndromes psiquiátricos,² lo que se considera una falla en la atención médica en cuanto a su evolución y factores de riesgo siendo un punto de partida las complicaciones.

Una de las estrategias que debe realizar el médico competente, es aumentar su competencia clínica en el diagnóstico oportuno, cuando solo se trata de un deterioro cognitivo leve, para evitar el agravamiento y prolongar su evolución a la demencia senil generalmente en demencias potencialmente reversibles, al disminuir la tasa de mortalidad, hospitalizaciones y costos de atención en salud siendo primordial hacer un cambio en la competencia clínica en sus tres dimensiones conocimiento, habilidad y actitud del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil.²

2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El agravamiento de la demencia senil es de vital importancia en el manejo del paciente demenciado por lo que en la literatura varios autores en diferentes partes del mundo han realizado numerosos estudios de investigación relacionados con el tema. Pero no se ha encontrado evidencia de que existan trabajos de investigación sobre la evaluación de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil, aunque si existen varios artículos que hablan de la competencia clínica en diferentes áreas clínicas que se describen a continuación.

En D.F. en 1998, Sabido SMC, Viniegra VL. Realizaron un estudio de competencia y desempeño clínico de médicos del primer nivel de atención en el diagnóstico y manejo de pacientes con diabetes mellitos tipo II. En 4 UMF del IMSS. Mediante dos instrumentos de medición. Un cuestionario de 224 reactivos elaborado de 6 casos clínicos reales para medir la competencia clínica, una guía de DMII para medir el desempeño ante dos pacientes. Se aplicó a 118 médicos. El 57% de los médicos obtuvieron nivel bajo o muy bajo. Concluyeron que la competencia era más baja en las unidades con mayor carga asistencial.⁶

Gutiérrez GSN, Viniegra VL, y Col. En 1999 en México. En un estudio de Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar en el estudio y manejo integrador de la salud familiar. Se valoraron siete indicadores con 187 reactivos en 10 médicos, mediante el instrumento de la prueba de Kuder Richardson, fue de 0.95, la prueba de Kappa ponderada con índice de 0.28 considerándose el resultado bajo. Concluyeron que a pesar de los esfuerzos en la elaboración del instrumento continua siendo deficiente el conocimiento.⁷

Tun QMC, Viniegra VL. y Col. Evaluaron un estudio sobre los efectos del currículo por competencias en medicina familiar y la influencia del tiempo de experiencia clínica. En un estudio prospectivo transversal. Se evaluando 23 residentes de Medicina Familiar del primer y segundo año. Con 6 casos clínicos y 200 enunciados de indicadores de la competencia. Participaron 13 (57%) residentes de primer año y 10 (43%) de segundo; 74% mostró un bajo nivel de competencia clínica. Concluyen que es el escenario donde se desenvuelven, no los años de experiencia lo que muestra el bajo nivel de competencia clínica.⁸

García A. y Col. (1999) Realizaron un estudio de competencia clínica de los médicos familiares en hipertensión arterial. Estudio descriptivo exploratorio, en 165 médicos del IMSS en el DF. En cada uno de los cinco indicadores que la integran, sus tres variables. Constituido por 6 casos clínicos reales, con 160 afirmaciones. La calificación global fue de 36 puntos (22.5%) obteniéndose un nivel muy bajo tanto globalmente, como en cada uno de los indicadores. Concluyen que al empeorar las condiciones de trabajo y los que no tienen el curso disminuye el nivel de competencia.⁹

Donají RBC. Col. Practicaron un estudio de competencia clínica en hipertensión arterial sistémica de alumnos de pregrado de dos escuelas de medicina. Con 5 casos clínicos y 150 reactivos, en 9 indicadores, con coeficiente en la P. de Kuder-Richarson de 0.89. En un estudio transversal. Hubo diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos. Del grupo 1 (94%) con 86 alumnos, obtuvieron competencia clínica baja y muy baja; del grupo 2 (87%) con 63 alumnos intermedia y baja. Concluyen que casi todos los estudiantes se situaron en competencia clínica baja y muy baja. Estos estudios concuerdan con los encontrados por García encontrando que el 83% de los médicos estudiados se encontraban en la categoría baja y muy baja.¹⁵

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Delegación Aguascalientes del Instituto Mexicano del Seguro Social el primer nivel de atención lo conforma el Médico Familiar que atiende cerca del 80% de los pacientes derechohabientes.¹¹

En el IMSS Aguascalientes la población del adulto mayor de 60 años y más siendo 54.427 de los cuales 28.437 son mujeres y 25.990 son hombres, que representan el 22%, en este grupo etareó.¹¹

El primer nivel de atención lo conforman, 5 UMF urbanas, (UMF1, UMF7, UMF8, UMF9, UMF10), que dan atención a usuarios con 4248 consultas diarias. En estas UMF laboran 221 médicos familiares que brindan atención a 238.4 adultos mayores para cada médico familiar, donde se resuelve el 80% de los problemas de salud.³

Esto representa el 48.9% de médicos familiares que laboran en el turno matutino, el 47.5% en el turno vespertino, y el resto en el turno nocturno. La edad promedio es de 46.8 años, la antigüedad en el instituto es de 15.6 promedio de años laborados, solo el 15.8% tienen estudio de postgrado en medicina familiar.¹²

En el Año 2008 se registraron 5302 consulta en psiquiatría de las cuales 3.3% correspondieron a demencia senil, ocupa el 24 lugar dentro de los padecimientos psiquiátricos.³

Otras publicaciones reportan que las complicaciones son causa de un 70% a 90%, siendo la causa más común la admisión hospitalaria. Del 13% a 28% son reversibles, las más frecuentes son las metabólicas, la depresión y las drogas.¹ Su evolución en mayores de 65 años es, que de un 10% a 15% presentan deterioro cognitivo leve a moderado, el 6% presentan demencia grave.⁴ El deterioro cognitivo leve evoluciona de 2 a 4 años, el moderado menos de 10 años y el grave más de diez años.⁵ Según la etiología y un diagnóstico oportuno, el 15% de los pacientes pueden curarse y 20% mejorarse. 5

La competencia clínica para el diagnóstico de la demencia senil no se ha identificado con precisión observándose un retraso en el diagnóstico.^{1, 2} Se desconoce datos de prevalencia y que lugar ocupa la demencia senil en la comorbilidad, defunciones hospitalarias y costos en salud.

Actualmente se cuenta con programas de salud mental, existen instrumentos para el diagnóstico que es necesario, implementar como intervenciones de educación médica continua para incrementar el nivel de la competencia clínica de los médicos de primer contacto en el diagnóstico oportuno de los pacientes con demencia senil.¹³

Las guías clínicas que contribuyen a trasladar la evidencia de la investigación a la práctica clínica, que fueron creadas en el IMSS, para unificar criterios clínicos, diagnósticos, terapéuticos y toma de decisiones clínicas así como insumo importante

para actividades académicas que facilitan el desarrollo del médico durante su práctica, no fueron adaptadas para hacer diagnóstico en demencia senil.¹²

A nivel internacional en 1993, en el proyecto de las guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos compendio 2004 (American Psychiatric Association) basada en la evidencia. Han sido avaladas por su exhaustividad y especificidad en la práctica clínica.¹⁴

Las guías clínicas y las Guías de consulta rápida no se crearon para servir de estándares en la atención médica. Los datos clínicos están sujetos al cambio a medida que evolucione el conocimiento científico y tecnológico y la evolución de los síntomas clínicos. Deben de considerarse como una orientación; su cumplimiento no asegura un resultado satisfactorio en todos los casos, ni tampoco debería considerarse como si comprendieran todos los métodos de atención adecuada o excluyeran otros métodos que pretendan conseguir los mismos resultados.¹⁴ El manual del DSM-IV y el CIE-10 describen las enfermedades mentales de manera sencilla y clara tomando en cuenta los criterios diagnósticos.²⁰

No se ha identificado el nivel de competencia clínica para el diagnóstico de la demencia senil. El médico no detecta el problema al inicio del cuadro e incluso, cuando está en etapas avanzadas, frecuentemente lo confunde, porque aun se observa un retraso en el diagnóstico, sin embargo puede modificar su morbimortalidad con la implementación de educación médica continua con programas de salud mental e instrumentos de valoración diagnóstica, adecuados y de fácil acceso al médico de primer contacto, dejarle en claro la importancia de diagnosticarla, lo ideal es detectarla cuando solo se trata de un deterioro cognitivo leve, que es cuando se puede hacer más por el enfermo principalmente en demencias potencialmente reversible y se encuentra en contacto con el primer nivel de atención.¹ Retardando las complicaciones y su gravedad.

En otras publicaciones se reporta que la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con demencia senil es del 70% al 90% de los ancianos, y presentan agitación psicomotora en un 80%, depresión 40%, psicosis 33%, delirium 11%, abuso de alcohol y psicotrópicos de 3% a 9%, agresión, trastornos del sueño, ansiedad, apatía, irritabilidad, rigidez, siendo los síntomas más frecuentes.^{16, 1} Anormalidades metabólicas en un 5%, toxicidad de drogas en un 10%. La falta de un diagnóstico oportuno permite que la enfermedad progrese a etapas avanzadas en la que el paciente requiere de frecuentes y prolongadas hospitalizaciones, con grave repercusión y grado variable de invalidez, disfunción familiar y social, con altos costos de atención y altas tasas de mortalidad. Los que en su gran mayoría se pudieran retardar si al paciente se le hubiera realizado un diagnóstico oportuno.

Estudios realizados en el área de hipertensión arterial han demostrado que el 83% de los médicos familiares estudiados se encontraban en las categorías baja y muy baja. No existiendo niveles de competencia alta ni muy alta.¹⁰ El nivel de competencia clínica del médico familiar es desconocido, lo cual repercute en su conocimiento, habilidad y actitud hacia el diagnóstico de la demencia senil, lo que no permite una

detección oportuna de los síntomas iniciales, siendo frecuente su agravamiento y complicaciones en pacientes demenciados no diagnosticados oportunamente.

Los factores que influyen son: Institucionales: (Políticas: La participación de las instituciones sociales educativas gubernamentales y de salud. Recursos: No se han identificado los costos de atención en salud y recursos existentes que documentar la demencia senil. Capacitaciones: El nivel de competencia clínica es desconocido, aunque se cuenta con programas de salud mental e instrumentos de valoración que es necesario implementar, como intervenciones de educación médica continua, dirigidas a médicos que no son expertos y adecuadas a la población mexicana).¹³ En la práctica del personal de salud: La competencia clínica: (Conocimiento: lo que el médico debe de saber sobre el diagnóstico del paciente con demencia senil. Habilidad lo que el médico hace para el diagnóstico del paciente con demencia senil. Actitud lo que el médico siente hacia el diagnóstico del paciente con demencia senil).

Otros factores son un pobre desempeño pudiendo quizás relacionarse con, el cansancio, por exceso de trabajo, falta de motivación, actualización, asesoría inadecuada para resolución de problemas clínicos diagnóstico o terapéutica del consultorio así como la discusión de casos clínicos, bibliográficos, guías clínicas autoevaluación y autocrítica.¹⁷

La demencia senil es un mal de graves repercusiones, dada la alta prevalencia, la falta de diagnóstico oportuno, la evolución de la gravedad, las prolongadas hospitalizaciones, las frecuentes complicaciones con altas tasas en mortalidad y costos en salud y una incompetencia clínica hacen que el problema sea frecuente y grave, observándose un retraso en diagnóstico de esta patología sin embargo en sus etapas iniciales es fácil de prevenir ya que, ya que se ha demostrado pueden responder bien a medidas farmacológicas y no farmacológicas. Una educación médica continua en esta área, e implementación de métodos clínicos de diagnóstico, harían que el costo de salud, manutención y cuidados, que se tienen, se reduciría drásticamente. ¹ Solo que por ahora ha sido insuficiente para solucionarlo, por lo que es necesario realizar esfuerzos conjuntos, para incrementarlo y que todavía no se alcanza en nuestro medio.

Con el presente estudio se pretende obtener información básica sobre el nivel de competencia clínica en sus tres dimensiones conocimientos, habilidades y actitudes que clarifique los factores más importantes que están relacionados con esta incompetencia médica y contribuir a la implementación de intervenciones educativas con programas de salud mental y métodos clínicos de diagnóstico adaptados a los médicos de primer contacto, y a la población mexicana que eleven dicha competencia clínica en este problema emergente de salud. Se ha demostrado que del 13-28% de los casos puede ser reversible, el 15% puede curarse y el 20% mejorarse disminuyendo el número de complicaciones, ingresos hospitalarios, con altos costos de atención y altas tasas de morbilidad, mejorando la calidad de vida y adaptación a los cambios, retardando complicaciones e invalidez, que son causa de mortalidad, con grave repercusión en el paciente demenciado e Instituciones de Salud.

OTROS TRABAJOS

El agravamiento de la demencia senil es de vital importancia en el manejo del paciente demenciado por lo que en la literatura varios autores en diferentes partes del mundo han realizado numerosos estudios de investigación relacionados con demencia. Pero no se ha encontrado evidencia de que existan trabajos de investigación sobre la evaluación de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil, aunque si existen varios artículos que hablan de la competencia clínica en diferentes áreas clínicas, algunas se describen a continuación.

Sabido SMC, Viniegra VL. En el D.F. En 1998 realizó un estudio de competencia clínica en Diabetes mellitos tipo 2 en el primer nivel de atención, en donde el 57% de los médicos obtuvieron niveles bajos o muy bajos de competencia clínica, siendo más bajo el nivel en unidades de mayor carga asistencial.⁶

Gutiérrez GSN, Viniegra VL. Et al. En 1999 en México realizaron la construcción y validación de un instrumento, con el fin de explicar la competencia clínica de los médicos familiares en el estudio integrador de la familia, conformado por 7 indicadores y 10 médicos familiares antes y después de haber asistido a un curso propedéutico para la certificación concluyendo que el resultado en todos los médicos fue baja y media antes y después del curso.⁷

Tun QMC, Viniegra VL. Et al. En 2003. Evaluaron el currículo por competencia en medicina familiar con el tiempo de experiencia clínica en residentes de medicina familiar. El 13 (57%) residentes del primer año, y 10 (43%) del segundo año, el 74% mostró un bajo nivel, concluyendo que la causa es el escenario donde se desenvuelven los años de experiencia clínica.⁸

García A. Et al. En 1999. En un estudio de competencia clínica en hipertensión arterial en médicos familiares obtuvieron una calificación global que fue de 36 puntos (22.5%), obteniéndose globalmente un nivel muy bajo de competencia clínica en cada uno de los indicadores que la integran.⁹

Donaji RCB. Et al. En el 2000. Efectuaron un estudio de competencia clínica en hipertensión arterial sistémica en dos grupos con diferencias estadísticamente significativas. En el grupo 1 (94%) obtuvieron competencia clínica baja y muy baja, en el grupo 2 (87%) obtuvieron intermedia y baja, concluyendo que la competencia fue baja y muy baja.¹⁰

CONCEPTOS:

COMPETENCIA CLINICA

Es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes de los médicos familiares para diagnosticar a los pacientes con demencia senil, asociado a la profesión, en todas las situaciones que se puedan confrontar en el ejercicio de la práctica clínica.¹⁸

DEMENCIA SENIL

La demencia senil es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria. La característica esencial de una demencia senil consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución.¹⁵

ENVEJECIMIENTO

Implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, con el tiempo se comienza a observar cambios cognoscitivos, relacionados con la memoria, lenguaje, percepción y atención, cambios que se presentan en las etapas tardías de la vida, al aumentar la edad las pruebas neuropsicológicas muestran una dispersión mayor haciéndose la ejecución más heterogénea, y en otros sujetos la ejecución es alta sin embargo existe otro grupo de envejecimiento exitoso que aun en edades avanzadas presentan una ejecución apropiada en pruebas cognoscitivas llevando una vida relativamente normal. Otros muestran caída acelerada en sus habilidades cognoscitivas terminan presentando demencia senil. En la demencia senil los cambios cognoscitivos asociados con el envejecimiento se encuentran patológicamente aumentados.¹⁶

DETERIORO COGNITIVO

Se trata de una entidad silente, hipoactiva y transitoria con carácter fluctuante, en la que inicialmente ocasional y posteriormente frecuente se alteran periodos de lucidez con breves periodos de confusión (alteración del estado de conciencia).¹⁹

4. POR LO MENCIONADO ANTERIORMENTE, LA PREGUNTA QUE ESTE ESTUDIO PRETENDIO CONTESTAR

¿CUAL ES LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN UMF DEL IMSS ZONA METROPOLITANA AGUASCALIENTES?

5. JUSTIFICACION

La demencia senil tercer problema de salud en países desarrollados, detrás de los accidentes cerebrovasculares.¹ De un 13% a 28% de casos son causas que pueden ser reversibles.¹ Las complicaciones en pacientes con demencia senil se presentan del 70% al 90%, siendo la causa más común de admisión hospitalaria.¹⁶

La competencia clínica para el diagnóstico de la demencia senil no se ha identificado con precisión, pero aun existe un retraso en el manejo diagnóstico y entendimiento. Una falta en el diagnóstico oportuno y la utilización de métodos clínicos de diagnóstico, es una de las causas de la incidencia, evolución y complicaciones del padecimiento con grave repercusión de demencia senil a 10 años.⁵

La falta de un diagnóstico oportuno permite que la enfermedad progrese a etapas avanzadas en las que el paciente requiere de frecuentes y prolongadas hospitalizaciones, con grado variable de invalidez, llegando a la fase profunda donde el paciente se encuentra en fase terminal dependiente, rígido y postrado en cama con graves repercusiones.¹⁴ Una de las soluciones de más trascendencia es su diagnóstico oportuno al aumentar la competencia clínica para mejorar la atención del paciente geriátrico en el diagnóstico de la demencia senil lo que disminuiría las complicaciones, hospitalizaciones y altos costos en salud con altas tasas de mortalidad, cuando se detecta en etapas iniciales, puede responder bien a medidas no farmacológicas y farmacológicas, y es cuando se puede hacer más por el enfermo principalmente en demencias potencialmente reversibles y que se encuentra en este momento en contacto con el primer nivel de atención.²

En el diagnóstico de salud delegacional, la demencia senil no ocupa un lugar preponderante, ya que no contamos con informes sobre la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil. Se cuenta en la actualidad con programas de salud mental, existen instrumentos y métodos de diagnóstico, siendo pertinente establecer estrategias en el médico del primer contacto que es necesario implementar como intervenciones de educación médica continua y hacer conciencia en el médico de la importancia del diagnóstico oportuno para retardar el deterioro cognitivo y sus complicaciones.^{9, 13}

Este trabajo se ubica en el terreno de la atención a la salud mental que se promueve en el IMSS y tiene el propósito de proporcionar información que permita determinar las mayores deficiencias en cuanto a la competencia clínica conformada por dimensiones en cuanto a conocimiento, habilidades y actitudes del médico familiar para el diagnóstico de la demencia senil y poder con ello implementar las medidas pertinentes para su mejoría, por lo que es necesario hacer esfuerzos conjuntos.

El médico familiar convive a diario con pacientes seniles, muchos de los cuales presentan demencia senil y no la están diagnosticando.¹ Se considera de suma importancia la valoración de este proyecto de tesis como requisito a cubrir para obtener el título en la especialidad de Médico Familiar de la sustentante.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVOS GENERALES

- 1).- Caracterizar el nivel de competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1).- Identificar las características sociodemográficas del médico familiar.
- 2).- Identificar el nivel cognitivo del médico familiar sobre el diagnóstico de la demencia senil.
- 3).- Identificar el nivel de habilidades del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil.
- 4).- Identificar el nivel de la actitud del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil.

7. MARCO TEORICO

7.1.1 COMPETENCIA CLINICA

El filósofo Platón pensaba que la habilidad del que sabe combinar el conocimiento con el arte; es una persona competente, o como creía Hipócrates, que era el conocimiento de la astrología, Osler que era el arte del desprendimiento de la virtud del médico. La competencia clínica médica siempre ha existido desde tiempos precedentes (Aristóteles, Galeno, Vesalio, Freud) hasta nuestras generaciones.²⁰

El significado etimológico de competencia clínica en latín *competentia clinice* y en griego *Kalvikhn* es el estudio de las enfermedades junto al lecho del enfermo.²¹

En 1990 nace el concepto de competencia clínica para especificar diferentes aptitudes al utilizar la construcción de instrumentos basados en casos clínicos reales.²²

La competencia clínica puede definirse como el dominio del conocimiento básico necesario, la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una asistencia médica eficaz.²³

La definición de Kane (1992), “Es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociado a la profesión, en todas las situaciones que se pueda confrontar en el ejercicio de la práctica profesional.”¹⁸

Trejo M. refiere que la competencia clínica se ha considerado un conjunto de atributos multidimensionales que incluye conocimientos teóricos, habilidades clínicas, relaciones interpersonales, solución de problemas, juicio clínico y destrezas técnicas.²⁴

El modelo ideal del médico competente que se reconoce hoy en día debe de tener un equilibrio entre el conocimientos teóricos, habilidades para aplicarlos y actitudes humanas hacia el paciente. Sus esfuerzos deben dirigirse ha interpretar un paciente como una persona que requiere solución de su problema de salud, sin olvidar la necesidad de diagnosticar otros problemas que puedan presentarse en el futuro, debe ser riguroso y científico cuando enseña, cuando actúa como clínico. Ser conciente de sus limitaciones, por lo que debe pedir consejo a otros profesionales cuando llegue el momento.²³

El médico debe de ser formado de manera integral. Debe “saber, saber hacer y saber ser”. Para ello es fundamental conocer las dimensiones que integran la competencia clínica el conocimiento las habilidades y la actitud que debe desarrollar el futuro médico en el diagnóstico clínico del paciente.²⁵ El como lo hace, es decir que tan bien lo está haciendo, es esencial si se quiere mantener un adecuado nivel de competencia o mejor aún, superar ese nivel a través de una práctica médica

reflexiva, estas cualidades se deben actualizar e incrementar mediante la educación médica continua durante el ejercicio cotidiano. El diagnóstico de la competencia clínica del médico permite obtener información sobre sus alcances y limitaciones para detectar y resolver problemas clínicos en su ámbito de acción y orientar actividades de educación médica continua hacia la superación de las deficiencias detectadas.⁹

Aunque la medicina es un universo en la que cabe perfectamente distintos enfoques, la visión arquetípica del médico lo identifica como un clínico, es decir como un profesional que atiende a pacientes. La clínica se puede conceptuar como la parte práctica de la medicina, una integración del conocimiento médico a la solución de los problemas del paciente, hasta la expresión sumaria del saber médico. Puede verse como un cuerpo de conocimientos o como la habilidad para entender a los pacientes, la actitud o disposición para ayudarlos auténticamente.²⁶

La enseñanza de la clínica ha atravesado por varias etapas: una etapa artesanal, en la que el aprendiz se convierte en ayudante, del maestro, trata de imitar su arte, y el aprendizaje se logra de manera poco sistemática y con base en el modelo de un solo maestro. En una segunda etapa, que se llama aforismática se conforman los conocimientos, no sistemáticos ni organizados son consejos y recomendaciones. La tercera etapa es la de sistematización de la clínica, conocimientos y estrategias creando la propedéutica, con sus reglas y secuencias y aparece la historia clínica, al avanzar la sistematización de la enseñanza se alcanza la modernización de la enseñanza clínica.²⁶

ATRIBUTOS DE LA COMPETENCIA CLINICA

La competencia clínica es una actividad compleja que comprende un conjunto de atributos multidimensionales y no sólo un aspecto unidimensional.

Multi-rango: Se refiere a la necesidad de evaluar todos los dominios de la competencia así como los conocimientos, habilidades y actitudes y valores asociados.

Multi-método: Son los conocimientos con métodos de observación directa de los comportamientos de interés en situaciones de muestras reales.

Multi-informante: De la evaluación plantea la utilidad de recoger información desde múltiples perspectivas de expertos, observadores, de uno mismo en la clínica.²⁷

ATRIBUTOS MULTIDIMENSIONALES

Habilidades clínicas: Entendidas como la capacidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.

Conocimientos y comprensión: Como la capacidad para recordar conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.

Atributos interpersonales: Como la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal médico que son observables en las interacciones con los pacientes.

Solución de problemas y juicio clínico: Como la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico y manejo de los problemas de un paciente dado.

Habilidades técnicas: Como la capacidad para usar procedimientos técnicas especiales en el estudio y manejo de pacientes.²⁸

CATEGORIAS PARA LA EVALUACION DE LA COMPETENCIA CLINICA

Competencia clínica basada en habilidades, consentimientos, actitudes, destrezas y razonamientos clínicos.

Competencia clínica basada en la educación general, el encuentro clínico, acumulativo de soporte e inferido.

Competencia clínica basada en el encuentro del médico y el paciente

Competencia clínica del médico, expresada en términos de responsabilidad.²⁵

DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA CLINICA

Conocimiento: Conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes

Habilidad: Capacidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes, e interpretar el significado de la información obtenida

Actitud: Es un sentimiento afectivo, es la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal del médico que son observables en la interacción con el paciente. Sus componente: Cognitivo (los conocimiento que se almacenan en la memoria), conductuales (positiva o negativa) y Afectivo: (sentimientos y emociones evaluativos de agrado y desagrado).²⁹

TAXONOMIA DE BLOOM

Conocimiento: Se refiere a la capacidad de recordar hechos específicos y universales, métodos procesos, esquemas, estructuras o marcos de referencia.

Comprensión: Se refiere a la capacidad de comprender o aprender, traducción, interpretación, extrapolarización

Aplicación: Usar hechos, generalizaciones principios, teorías en situaciones concretas.

Análisis: Consiste en descomponer un problema dado en sus partes y descubrir las relaciones existentes entre ellas. Usar hechos, generalizaciones de elementos, de relación, de principios, de organización.

Síntesis: Requiere la reunión de los elementos y las partes para formar un todo. De una comunicación única, de un conjunto ó plan de operaciones ó grupos de relaciones abstractas.

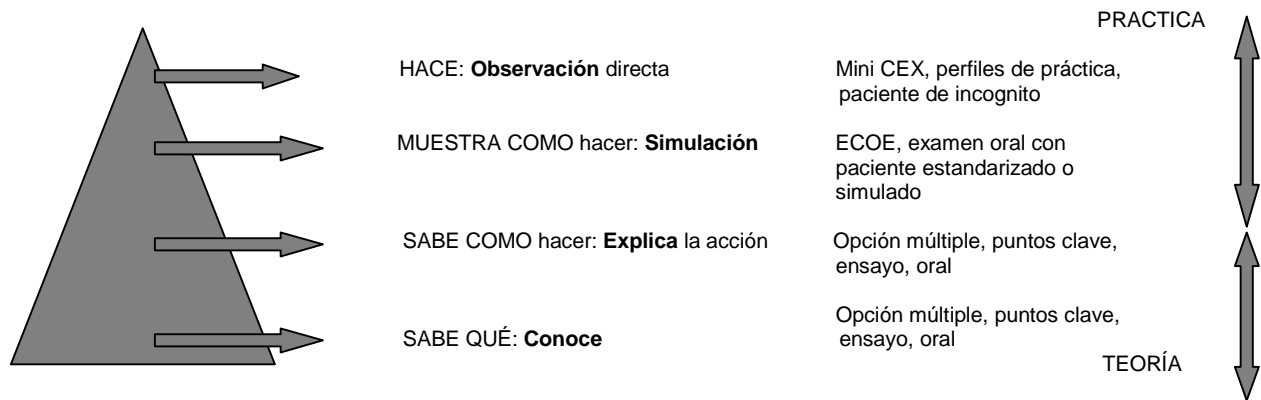
Evaluación: Se refiere a la capacidad de evaluar, se mide a través de los procesos de análisis y síntesis. Formula juicios sobre el valor de materiales y métodos, de acuerdo con determinados propósitos. Incluye los juicios cuantitativos y cualitativos de acuerdo a los criterios que se sugieran.³⁰

7.1.2 EVALUACION DE LA COMPETENCIA CLINICA

La evaluación de la competencia clínica se ha convertido en unos de los retos más importantes, para el médico en las instituciones de salud. El acelerado desarrollo tecnológico ha traído como consecuencias modificaciones importantes en el ejercicio de la medicina. Para dar respuesta a las necesidades, expectativas y exigencias de la sociedad actual, se requiere que el médico haya logrado un nivel de competencia clínica adecuado, capaz de proporcionar un diagnóstico oportuno a través de una intervención efectiva y benéfica para el paciente, la enseñanza de la clínica sigue teniendo aspectos de gran trascendencia en la formación del médico competente.³¹

Miller ha desarrollado un modelo de competencia profesional representado por una pirámide compuesta de varios niveles. En la base se sitúan los conocimiento (el saber) sobre lo que se apoya la competencia (el saber cómo). A un nivel superior se encuentra el desempeño (mostrar como) y finalmente la acción en la práctica real (el hacer). Este modelo resume bien el constructor de la competencia y permite operacionalizar su evaluación y en particular la elección de los instrumentos de medida.¹⁸

ALGUNOS METODOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA: ESCALANDO LA PIRAMIDE DE MILLER.



PIRAMIDE DE MILLER

Millar en 1990, describió una pirámide de cuatro niveles de evaluación.¹⁸

I Nivel: SABER: Valora sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, basados en la memoria

II Nivel: SABER COMO: Comprende también cómo se interrelaciona los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta. Utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio (valores y ética) asociados a su profesión, para desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica.

III Nivel: DESMOSTRAR COMO: Valora también habilidades, el como se aplican las competencias que poseen ante una situación similar a la realidad. El mostrar como implica el ser capaz de hacer algo a través del desempeño observado, la ejecución, realización, actuación o funcionamiento y que ello pueda ser evaluado de alguna forma.

IV Nivel: HACER: Evalúa el desempeño real de la práctica profesional. El Hacer lo constituye la acción de una actividad y de su práctica, evaluada a través de estándares establecidos previamente.²⁶

EVALUACION DE LOS COMPONENTES DE LA COMPETENCIA CLINICA

1. Interrogatorio,
2. Exploración física,
3. Interpretación de estudios de laboratorio y gabinete
4. Diagnóstico
5. Plan de manejo.³¹

El modelo más popular y el mejor estudiado, utilizado para la evaluación de la competencia clínica al lado del enfermo es el examen clínico objetivo estructurado (ECO) o (OSCE) en inglés descrito por (Harden RM, Strevenson M. Downie W, Wilson GM, 1975) que ha demostrado valides y confiabilidad aceptable, se considera actualmente el estándar de oro para evaluar las habilidades clínicas competentes, consiste en hacer rotar al estudiante por una serie de estaciones dentro del hospital, que se ha aplicado tanto a nivel nacional como internacional.^{18,20,32}

Este instrumento de evaluación está compuesto de una serie de casos clínicos estructurados, se utilizan grillas de evaluación estandarizada y pacientes actores “simulados”, o estandarizados, son personas entrenadas para representar problemas de una manera real. Para ello estudian un guión que les permita actuar y comportarse como verdaderos pacientes.¹⁸

Una manera de proceder es observación directa en consultorios, o donde se dispone de espejos unidireccionales de manera de interferir lo menos posible en la consulta. Por razones éticas, se necesita el acuerdo de los pacientes que consulta. La consulta se puede gravar en video y más tarde puede ser vista por los médicos de manera individual o en presencia del observador de manera de analizar lo que ha pasado durante la consulta. El observador recolecta información en una lista de cotejo o una escala global, que le permita ver el desempeño con el propósito de mejorar.

Otra manera es utilizando pacientes simulados anónimos, que piden consulta sin que los médicos a evaluar sepan quienes son. Los médicos que reciben estos pacientes en consulta, aunque no puedan identificarlos, han debido aceptar prestarse a este tipo de evaluación. Para completar las evaluaciones de la competencia, se utilizan auditorias en las que se analizan historias clínicas en relación con patologías prototípicas de manejo clínico y se encuentra a un cierto número de pacientes que corresponden a las historias analizadas.

En cada estación, un observador pone un puntaje de acuerdo a una lista de cotejo o escala global previamente diseñada y validada. Los observadores son entrenados en el uso de esa escala, quienes pueden ser profesionales o los mismos pacientes simulados o estandarizados, entrenados. Las estaciones pueden ser cortas de 5 minutos o largas de 15 minutos.^{1,22} Existen dos tipos de estaciones:³²

De procedimiento: En donde el médico interactúa con un paciente real o previamente estandarizado o simulado, para realizar el interrogatorio o la exploración física, en algunos casos es necesario utilizar maniqués para maniobras molestas para el

paciente o no convenientes éticamente Ej. Tacto rectal exploración ginecológica etc. En estas estaciones se requiere de un examinador que observe las acciones que lleva a cabo el estudiante y aplique una lista de cotejo previamente elaborada y validada por un grupo de expertos.

De interpretación y solución de problemas diagnósticos y terapéuticos que de acuerdo al caso clínico debe mencionar los hallazgos de los estudios de laboratorio y gabinete y establecer un diagnóstico y el manejo terapéutico correspondiente. En estas estaciones no es necesaria la presencia del examinador ya que la respuesta puede ser calificada posteriormente, también de acuerdo a una guía elaborada antes del examen.

El mini-CEX está diseñado para observar directamente la competencia clínica y valorar la integración de las habilidades clínicas. Se observa directamente al residente mientras realiza la historia clínica y la exploración física del paciente, en el servicio de urgencias. Es un formato que evalúa día a día la práctica de los residentes se aplica en 20 minutos. El observador retroalimenta al residente y lo califica con una escala de 9 puntos.³³

El instrumento propuesto por el Dr. Leonardo Viniegra, parte de resúmenes de casos clínicos reales que contienen todos los elementos de la competencia clínica.³⁴

La evaluación de práctica clínica, es subjetiva, y poco uniforme, por lo que su validez y confiabilidad son bajas, es una actividad compleja que comprende un conjunto de atributos multidimensionales.³¹

En la competencia clínica existe una desvinculación teórica práctica desde una crítica reflexiva, que se ha convertido en pasivo receptiva.³⁴

Observar directamente y registrar lo que el médico hace no basta, es preciso adentrarse en sus razones, sus apreciaciones y sus juicios y esto es, justamente, lo que proponen los instrumentos de competencia clínica.¹⁸

7.1.3 EVOLUCION DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE Y SU CONVERSION EN DEMENCIA

El manual del DSM-IV (Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Desórdenes Mentales). Definen a la demencia senil como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria. La característica esencial de una demencia senil consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución.¹⁵

La demencia es un síndrome neurodegenerativo, es el final de un deterioro cognitivo continuo en el anciano que comienza en el límite del funcionamiento cognitivo normal, progresa a deterioro cognitivo leve, terminando en la demencia severa.⁴⁴ Cuando se aprecia un declive en la habilidad cognitiva con un deterioro patológico o funcional evidente en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, se clasifica como demenciado.⁴⁴ Que abarca funciones como: ¹⁶

Orientación: (temporal, espacial, personal), en estadios iniciales se presenta la dificultad en la orientación temporal (los pacientes no saben el día, mes, año, o la estación en que se encuentran, posteriormente en la orientación espacial (inicia en lugares poco conocidos y después se pierde en lugares familiares) y finalmente pierde su orientación personal.

Atención: Al iniciar hay déficit en la atención selectiva (capacidad para dirigir la atención en un estímulo relevante e inhibir otros irrelevantes). Después en estadios moderados y severos se observa alteraciones en la atención dividida (capacidad para prestar atención a dos o más estímulos relevantes al mismo tiempo) y en la atención sostenida (capacidad para mantener atención durante un periodo largo sobre un estímulo relevante).

Memoria (amnesia) Es uno de los primeros síntomas, la memoria episódica se afecta al inicio, manifestándose como dificultad para codificar y almacenar información reciente, (amnesia anterograda), en la memoria semántica, se presenta dificultad en la evocación del conocimiento de los objetos, los hechos, los conceptos, al igual que las palabras y sus significados, y posteriormente se afecta la evocación de recuerdos antiguos (amnesia retrógrada).

Lenguaje (afasia): En estadios iniciales se conserva los componentes fonológicos, léxicos, y gramaticales. Mostrando dificultad para encontrar palabras (anomia), problemas en la comprensión auditiva, parafasias, se preserva la repetición de palabras. En estadio moderado, el lenguaje espontáneo disminuye y aparecen respuestas repetitivas, y discursos vacíos aumentando las parafasias semánticas y fonológicas, dificultad de comprensión de órdenes complejas, problemas de lectura, comprensión de párrafos, déficit en la escritura narrativa, dictado relacionadas con ordenes de omisión y sustitución de letras. En los últimos estadios el paciente es

incapaz de responder órdenes sencillas, el lenguaje es estereotipado, ecolalia, palilalia y finalmente mutismo, agrafia y alexia severa. El lenguaje repetitivo tiende a conservarse.

Praxias (Apraxia): Aparece en estadios iniciales la apraxia visuoconstructiva detectada en test como la figura del rey, figura del reloj, posteriormente aparece la apraxia ideomotora, incapacidad para realizar gestos expresivos como decir adiós, se alteran los movimientos reflexivos como beber un vaso de agua, los no reflexivos como atornillar, pintar. En estadios moderados y finales se agudizan los déficits constructivos que es la superposición del dibujo sobre ejemplos que se le facilitan, aparecen dificultades para vestirse, movimientos secuenciales para alcanzar un objeto.

Percepción (Agnosia) Incapacidad para reconocer estímulos sensoriales externos (visuales, auditivos, gustativos, olfatorios, espaciales, somatosensoriales). En estadios leves y moderados presentan alteraciones visuoespaciales (el paciente se pierde en lugares poco conocidos, posteriormente se pierde en lugares conocidos y termina perdiéndose en su propia casa), agnosia visual (incapacidad de reconocer objetos) en estadios moderados y avanzados aparece incapacidad para reconocer rostros de personas conocidas (prosopagnosia) y déficit para reconocer el propio esquema corporal (somatoagnosia).

Funciones ejecutivas: Dificultad para formular metas, elaborar planes de actuación y decidir estrategias a seguir, para iniciar actividades, controlar y regular el tiempo, autoregirse, deficiencias en soluciones, puede existir acinesia (reducción de movimientos y mutismo, alteraciones en la personalidad, percepción y capacidad intelectual).

Alteraciones psicológicas y del comportamiento: Depresión, ansiedad, delirio, alucinaciones, agitación, agresividad psicosis y cambios de personalidad convirtiendo el entorno en estresante y disruptivo tanto para el cuidador como la familia principal causa de institucionalización del paciente en un centro geriátrico.

Cambios emocionales: Tienden a reducir el número de actividades, las cosas novedosas se vuelven menos atractivas. La tendencia a la depresión constituye la alteración afectiva observada con más frecuencia.³⁵

Habilidades visuomotoras visuoespaciales y constructivas: Tarea como ensamblaje de cubos, dibujos de figuras bidimensionales y tridimensionales y complejas implican un nivel de dificultad y errores en personas de edad avanzada, se muestra lentificación motora, y aumento en los tiempos de reacción, reconocimiento de figuras incompletas, problemas de integración de elementos y perseverancia.

Tiempo de reacción y atención: La lentificación de las respuestas constituye una característica central. El nivel de la actividad motora disminuye y los ancianos se encuentran lentos en sus respuestas observándose puntajes bajos en las pruebas neuropsicológicas.

Inteligencia: La inteligencia cristalizada es la información general y el vocabulario, se utilizan para expresar conocimientos previamente adquiridos. La inteligencia fluida permite la utilización de la información actual en la solución de nuevos problemas, en tanto que el adulto se basa en las experiencias y conocimientos previos (inteligencia cristalizada).

7.1.4 TEORIAS ETIOPAGOGENICAS

Teoría inflamatoria: El núcleo de la célula atrae microglia y depósitos de liberación de mediadores y radicales libres del oxígeno. Dañando las neuronas vecinas y éstas responden generando neuritas anómalas. Finalmente, la muerte neuronal agranda la placa hacia afuera y cierra el círculo atrayendo más astrositos reactivos.³⁵

Teoría neurotóxica: Indica que además del BA-42, la forma soluble BA-40 actúa favoreciendo la entrada de calcio a la célula de manera desmedida y ello desencadena la excitotoxicidad neuronal. Probablemente este mecanismo actúe sinérgicamente con el anterior para producir mitosis, observándose acumulo en cerebro de materiales pesados como aluminio y silicio.^{35, 36}

Teoría apoptótica: Es un proceso natural de muerte celular programada, esencial para el desarrollo celular normal, las células apoptóticas se rompen sin respuesta inflamatoria.³⁹ Cuando la célula es expuesta a un estímulo tóxico, inicia cambios morfológicos en su estructura, reducción de volumen citoplasmático e invaginación de sus membranas, formando vesículas, que son fagocitadas por células y degradadas por enzimas lisosomales, produciendo edema, ruptura de la membrana plasmática, necrosis.³⁵

Teoría infecciosa o proteica: Algunas demencias degenerativas son causadas por partículas proteicas de carácter infeccioso denominadas priones o virus lentos.^{16, 36}

Teoría colinérgica: En el núcleo basal de Meynert, hay destrucción de neuronas colinérgicas y acetilcolina, disminución de la enzima acetilcolinesterasa en un 90% encargada de sintetizar la acetilcolina que se correlaciona con el número de placas seniles, amiloide beta y disfunción cognitiva en el paciente. Existiendo un descenso en el sistema noradrenergico, dopaminérgico y serotoninérgico, glutamato, GABA y receptores muscarinico y nicotínico.³⁷

Teoría cerebrovascular y neurometabólica: La disminución del flujo sanguíneo, del consumo de oxígeno y glucosas cerebral, necrosis, infartos que destruyen pequeñas zonas, son la causa demencia senil. Al aumentar el metabolismo basal, los organismos aceleran su desgaste, lo cual acorta la vida. Hay una disminución del metabolismo energético y de los fosfolípidos de la membrana disminuyendo la síntesis de acetilcolina. La restricción calórico enlentece el proceso del envejecimiento.^{38, 36}

Teoría del control neuroendocrino: Los procesos biológicos están regulados por un reloj biológico comandado por el sistema endocrino. El paso de los años ocasiona disminución de la actividad neuronal alterando neurotransmisores y hormonas, ocasionando involución de órganos.^{38, 36}

Teoría neuroinmunológica: Al paso de los años se van acumulando fallos en la codificación de proteínas secundarios a mutaciones en el ADN, formando proteínas con cambios en la estructura, que el sistema inmune no reconoce como propias autoanticuerpos como reacción autoinmune. Hay disminución de la vigilancia inmune con la edad incidiendo las neoplasias.^{38, 36}

Teoría genética: El genotipo de la apolipoproteína E alelo E4 .Está presente en 50% a 60%, en la demencia senil. El gen Apo E tiene tres alelos: E2, E3, E4. El alelo E4 da lugar a un aumento en el riesgo de demencia senil, mientras que el alelo E2 ejerce efecto protector.³⁹

Cuando hay historia familiar de demencia senil, en casos de inicio temprano, hacer pruebas específicas de mutación en los cromosomas 1,14, 21, 12, 19.¹⁶

Tres genes han sido identificados como “causales”, en los cuales una mutación es suficiente para desarrollar demencia senil familiar en personas menores de 65 años:

El gen de proteína precursora de B amiloide (PPBA), localizado en el cromosoma 21,
 El gen de la preselina 1 (PS_1) localizado en el cromosoma 14
 El gen de la preselina 2(PS-2) localizado en el cromosoma 1.

GEN	CROMOSOMA	PROTEINA	INICIO	HERENCIA
ApoE E	12	Apo E	Tardío	Susceptible
ApoE E	19	Apo E	Tardío	Susceptible, E
PPA	21	PPAB	Precoz	HAD
PS-1	14	PS-1	Precoz	HAD
PS-2	1	PS-1	Precoz	HAD

E: esporádico

HAD: herencia autosomica dominante⁴⁰

7.1.5 TEORIAS QUE PRETENDEN EXPLICAR EL ENVEJECIMIENTO CEREBRAL EN LA DEMENCIA SENIL

El envejecimiento cerebral de la senescencia es un proceso degenerativo multifactorial; determinado por factores genéticos y ambientales. Es dependiente del tiempo, con un progresivo incremento, en la vulnerabilidad y disminución de la viabilidad del organismo, con dificultad en la adaptación y susceptibilidad a la toxicidad y enfermedad. El grado de velocidad varia de unos individuos a otros de la misma especie, dependiendo de los factores internos y externos a los que pueda verse expuesto a lo largo de su vida; El grado de deterioro es distinto de un órgano a otro en cada individuo; no es homogéneo en el conjunto de órganos y sistemas que forma cada organismo. Es un proceso de degeneración molecular y metabólico subclínico, que, unido a otros factores, favorece el desarrollo de enfermedades como la demencia senil.⁴¹ En el envejecimiento fisiológico cerebral el paciente olvida parte de situaciones que se recuerdan con facilidad ante ayuda externa o surgen más tarde espontáneamente. En la demencia los pacientes olvidan situaciones y no las recuerdan más.^{42a} Los olvidos son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales del síndrome demencial.^{42 a}

En los ancianos se producen principalmente tres déficit de memoria: lentitud y bloqueo en la recuperación de la información familiar, lentitud en la recuperación de la información nueva o reciente y dificultad en memorizar ciertos tipos de información con elentecimiento en las habilidades perceptivo motoras y sobre el procesamiento de información.^{42b}

Las lesiones patológicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares) se encuentran también en un gran número de cerebros de personas ancianas normales. Es frecuente que los sujetos añosos no recuerden un nombre pero si todo el contexto en que sucedió el hecho y ante la mínima facilitación aparece lo que había olvidado.^{42c}

Teoría evolucionista: La estructura anatómica y química del cuerpo humano es el producto de las presiones evolucionistas para conseguir una optima capacidad reproductiva y de cuidado de la prole, y no para durar eternamente.⁴¹

Teoría estocástica: Este proceso es el resultado de la acumulación de errores moleculares, que producen mutaciones, errores de recombinación durante la división celular y modificaciones postraduccionales de proteínas y lípidos.

Teoría genética: El envejecimiento es una programación genética que, a modo de reloj biológico, determina el tiempo vital de cada organismo. Cada especie tiene un limite de supervivencia o un límite máximo de longevidad, a partir del cual, ningún ser de esa especie permanece vivo.

Teoría hormonal e inmunológica: Implica errores durante el desarrollo, que producirían una disminución de resistencia individual ante los insultos externos y dificultades de adaptación al medio, que condicionarían un deterioro precoz de órganos y sistemas corporales.³⁹

Teoría mitocondrial del envejecimiento: Hay pérdida de la actividad metabólica y de la fosforilación oxidativa limitándose la capacidad de la célula de generar ATP, aumentando los radicales libres de oxígeno, y pérdida de la capacidad de la fosforilación oxidativa causada por el daño oxidante generado por la misma mitocondria. La alteración del DNA mitocondrial de la célula es responsable de la decadencia energética que acompaña la senescencia.

Teoría de los radicales libres: Son los causantes de errores moleculares de este proceso y de sus manifestaciones. Los radicales libres u oxirradicales son subproductos de la actividad metabólica celular, que tienen función fisiológica como tóxica para la célula. Los productos de oxidación son los iones hidroxilo y moléculas de peróxidos y superóxidos.⁴² La toxicidad de estos depende de su cantidad y de la eficacia de los mecanismos de defensa antioxidante. Nuestro organismo produce sustancias como superóxido dismutasa, glutatamato peroxidasa, glutation-S-transferasa enzimas que atacan los radicales libres. Conforme pasa la edad la liberación lenta y progresiva, de radicales libres acaba desequilibrando el sistema, produciendo daño progresivo en diferentes moléculas biológicas (DNA, proteínas, lípidos).^{41, 38}

El **ADN** expuesto a las especies reactivas de oxígeno sufre modificaciones de sus bases púricas o pirimidínicas, roturas de la cadena y uniones covalentes a proteínas, produciendo mutaciones, y alteraciones de los mecanismos reguladores de la transcripción. Cambios moleculares en las proteínas, y tejidos del organismo que originan microfibrillas debajo de las fibras normales pero en dirección anómala. Esto trae como consecuencia pérdida de la elasticidad, rigidez, inflamación, degeneración.⁴¹

En las **proteínas** el efecto acumulativo de especies reactivas de oxígeno son de dos tipos: 1) la oxidación directa de cadena lateral de los aminoácidos. 2) formación de productos terminales de la glucosilación. Ambos tipos producen: pérdida o disminución de la función biológica de las proteínas, alteran la estructura de los sitios catalíticos o de unión de enzimas o proteínas estructurales, aumentando su catabolismo.

En los **lípidos** se oxidan por la acción de los radicales perhidroxilo o hidroxilo, con la participación del Fe. Las cadenas de ácidos grasos oxidados (lipoperóxidos) son, moléculas muy reactivas. Poseen radicales peróxido que alteran la permeabilidad de la membrana celular. Los lipoperóxidos no se degradan y se acumulan en el citoplasma, sistema enzimático y lisosomal, formando depósitos de lipofuscina, dañando de forma progresiva e irreversible a la célula y los tejidos, produciendo muerte celular por apoptosis o fragmentación del ADN nuclear.

Teoría del acortamiento de los telómeros: Son las regiones extremas de los cromosomas, son secuencias repetitivas y no codificantes de ADN. La longitud tiende acortarse durante la división mitótica celular, hasta un punto en el cual la célula pierde su capacidad de replicación por delección de los genes subteloméricos. Hay reducción progresiva de la longitud de los telómeros, telomerasa, proteínas de unión y de recubrimiento que protegen al ADN de los telómeros.

Teoría del estrés oxidativo: El metabolismo oxidativo, radiaciones ultravioleta, rayos X, y gama, metales pueden inducir estrés oxidativo producido por radicales libres oxidativos. Cuando la parte activa de oxígeno y radicales libres sobrepasa la capacidad de los sistemas antioxidantes defensivos, se induce el estrés oxidativo, provocando lesión celular irreversible, originando muerte celular por necrosis al elevarse la especie activa de oxígeno y concentraciones bajas muerte celular o apoptosis prevenida por antioxidantes. El estrés oxidativo son agresiones por radicales libres en la célula, cada célula recibe 10,000 impactos de daño oxidativo al día.⁴²

Teoría de los receptores: La causa de atrofia y muerte neuronal, son las alteraciones de los neurotransmisores, receptores y circuitos neuronales implicados en las funciones cerebrales controladas por ellos. La función no se deteriora mientras los procesos de plasticidad cerebral (dendritificación de las neuronas son intactas) son eficientes. Es a partir de cierto momento, en el que los mecanismos compensadores disminuyen o desaparecen, cuando se establecen déficit bioquímico y funcional. La función es la de mantener el funcionamiento cerebral, la memoria, cuyo déficit ocasiona demencia senil.⁴⁴

8. MARCO CONCEPTUAL

8.1 DIAGNOSTICO CLINICO DE LA DEMENCIA SENIL

8.1.1 CONCEPTO DE LA DEMENCIA SENIL

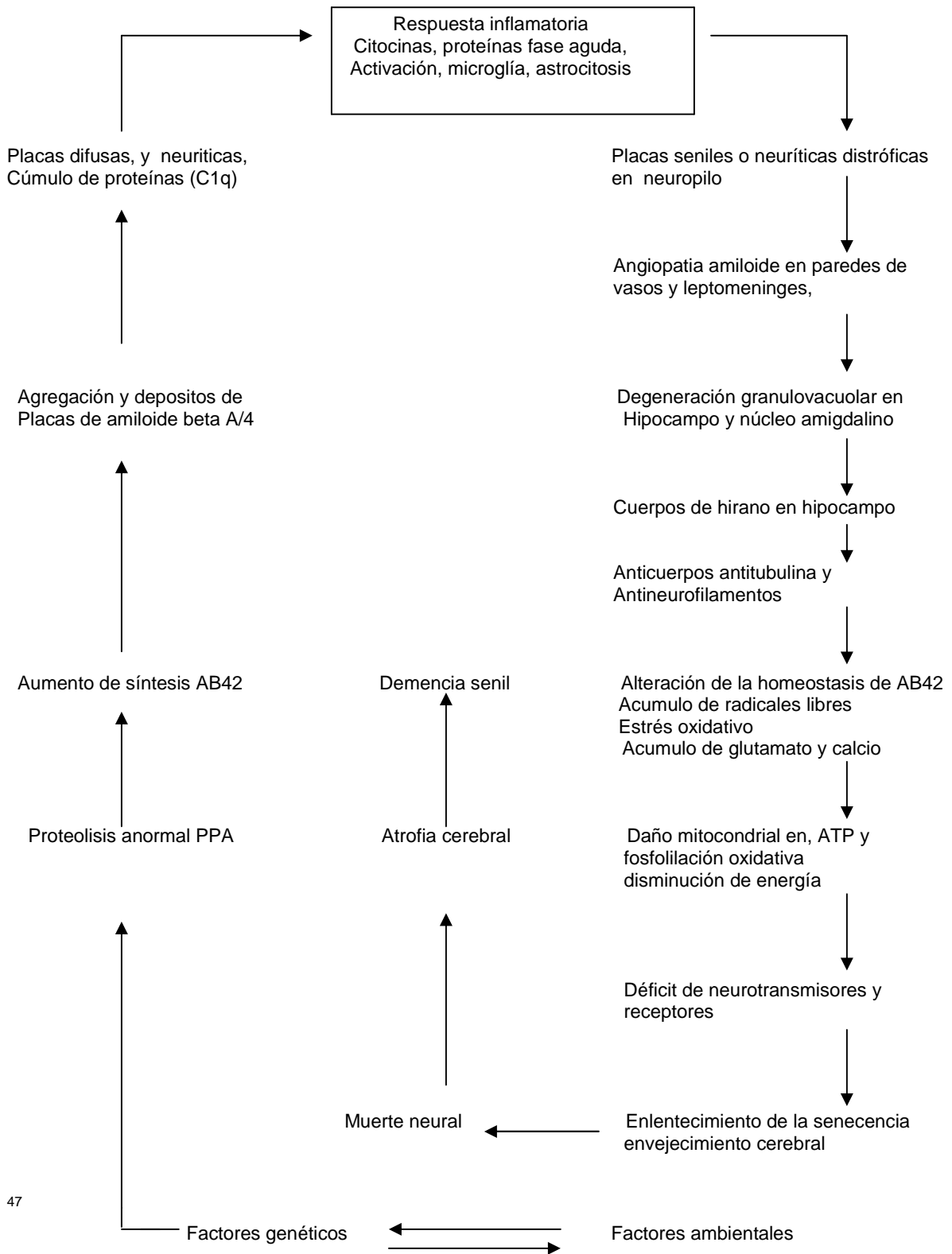
Se entiende por demencia senil a los cuadros de demencia que afectan a la población anciana, síndrome progresivo que se define como un cuadro de pérdida de la memoria acompañado de la alteración de al menos otra función cognitiva como afasia, apraxia, agnosia o trastornos de la función ejecutiva, con una gravedad suficiente como para interferir con la realización de las actividades cotidianas, síntomas psiquiátricos o alteraciones del comportamiento y alteraciones cognitivas neuropsicológicas.^{39, 45a, 45b.}

La palabra demencia, etimológicamente deriva del latín demens (de: fuera, mens: espíritu, mente). Ausencia de pensamiento.^{45a}

Suele atribuirse a Philipper Pinel haber introducido el término demencia en el siglo XVIII, Para identificar la pérdida de funciones cognitivas de un cerebro previamente normal.⁴⁶

Antiguamente Baillarget, decía que la demencia correspondía a formas incurables de la alimentación mental: Es decir, se podía llegar hacer demente por vicio, por accidente, por viejo y por loco.⁴⁶

8.1.2 ETIOPATOGENIA DE LA DEMENCIA SENIL



8.1.3 EPIDEMIOLOGIA DE LA DEMENCIA SENIL

La demencia senil afecta de 17 millones de personas de edad avanzada.³⁹ Se proyecta que para el 2025 esta cifra aumente a 34 millones.⁴⁸

En México, el grupo que se incrementa es el geriátrico. En el año 2000, la población de 60 o más años estaba constituida por 6.8 millones (7.24% de la población general) y será de 9.8 en el 2010. La esperanza de vida de 74.9 para la población en general, 72.4 para los hombres y 77.4 para las mujeres.³⁷

La prevalencia de la demencia senil en personas mayores de 65 años de edad es del 5%, y en las mayores de 80 años del 20%-45%, y en ancianos es mayor del 50%. Se estima que el 26% de las mujeres y el 21% de los hombres mayores de 85 años de edad padecen alguna forma de demencia senil.^{39, 49}

La prevalencia de la demencia senil crece exponencialmente con la edad. La demencia senil se duplica cada 1.5 años, y otra cada 5.3 años. Este incremento exponencial ocurre hasta los 90 años. Si el incremento exponencial continúa, todas las personas que vivan lo suficiente tendrán algún tipo de demencia senil.¹

La incidencia es del 10.7 por 1000 personas año. (31.1 por 1000 en mujeres, 6.9 por 1000 en hombres) En cuanto a la edad (0.9 de 55-64 años, 25.2 de 80-84 años, 97.2 en mayores de 95 años).¹

La gravedad de la demencia senil se distribuye como; leve 8%, moderada de 10 % y la grave 11% en personas mayores de 65 años.³⁷

Del 15-25% de los pacientes con deterioro cognitivo leve progresan a demencia senil cada año, el 50% a cinco años, y el 75% a los siete años se demencian.³⁰

En un estudio longitudinal de una población en riesgo de demencia senil degenerativa primaria. El primer año rotaron a la demencia senil el 16% de los afectados, a los 2 años el 36% y a los 3 años el 47% de los afectados.⁵⁰

El primer año rotaron a la demencia senil el 13% de los pacientes con deterioro cognitivo leve, el 8% de los deterioros conductuales leves y el 65% de los pacientes con psicosis.⁵⁰

A los tres años rotaron a demencia senil el 40% de los de deterioro cognitivo leve, el 60% de los deterioros conductuales leves y el 100% de los pacientes con psicosis.⁵⁰

En México se estima que el 6% de la población senil mayor de 60 años de edad padece demencia senil y en el Distrito Federal se estima que hay 41 mil personas con esta enfermedad, cifras que se incrementará proporcionalmente al aumento de la población adulta, calculando que esta cifra puede duplicarse cada 5 años después de los 60 años.¹² Se estima que alrededor del 25% de la población mexicana sufrirá en el transcurso de su vida algún trastorno mental. Un cálculo conservador nos

arroja una existencia de más de 500.000 a 700.000 pacientes, donde no se esta diagnosticando ni el 25% de ellos.^{1,2}

La demencia senil es de gran interés, sobre todo cuando 1 de cada 4 familias va a vivirla muy de cerca, o por cada paciente enfermo existen 2 familias afectadas, o 1 de cada 10 la van a padecer.^{1, 39, 51,}

DISTRIBUCIÓN DE LA DEMENCIA SENIL

Según la edad: El deposito de A4 proteína B amiloide en cerebros aumenta el 19% en la sexta década de la vida, a 79% en la novena década de la vida.¹

Según el sexo: En la demencia senil algunas se encuentran con mayor frecuencia en las mujeres y otras con mayor frecuencia en los hombres.

Según geografía: Es posible que exista algún factor ambiental, genético o étnico que influya en tales frecuencias. La demencia senil algunas son más frecuente en Europa Occidente y Norteamérica, en tanto que otras son más frecuente en Japón, Rusia y China.

En cuanto a raza: Es más frecuente en personas de raza negra que en personas de raza blanca y la aparición de los síntomas es 7 años más temprano en latinos que en americanos de origen europeo y un 50% más frecuente en los americanos de origen africano que en los americanos de origen europeo.

De los 65 a los 79 años de años de edad son más proclives los hombres a padecer accidentes cerebrovasculares e infartos cardiacos. De los 80-89 años hay un entrecruzamiento, y de los 90 -99 años son más proclives las mujeres cabe esperar que los hombres tienen una vida más activa, sana y más larga que las mujeres de la misma edad y que los hombres octogenario.⁴⁰

COSTOS EN LA ATENCION DE LA DEMENCIA SENIL EN EL MUNDO

En México el 75% están siendo atendidos en su domicilio y que el sector salud solo cuenta con un 40 a 50% de infraestructura para su atención. Existen 31 hospitales para este tipo de problema pero solo 10 funcionan adecuadamente, y que solo el 0.7% de presupuesto a la salud se destina a salud mental, se desconoce el costo económico que esta enfermedad tiene en México para el sector salud.⁵²

En el 2005 a nivel mundial los costos fueron de \$315 mil millones. Los costos se han acelerado en tan solo dos años existiendo la necesidad de más investigación sobre dicha enfermedad. Se calcula que el 90% vivían en hogares en países en desarrollo y que dependían de 1.6 horas de atención informal al día, y en países desarrollados el 73% vive en el hogar.⁵³

El Mayor costo de esta enfermedad es, sin lugar a duda, su costo humano cuyas dimensiones son trascendentes inestimables.⁵³

8.1.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEMENCIA SENIL

GENETICOS

El 40% de los pacientes tienen antecedentes familiares de demencia senil
Gemelos monocigóticos 43%, gemelos dicigóticos 8 %
AHF con gen HAD
Síndrome de Down
Familiar de primer grado con este trastorno y antecedentes de daño cerebral.¹

BIOLOGICOS Y AMBIENTALES

Edad avanzada de 65 a 85 años de edad (envejecimiento)
Raza
Geografía (factores ambientales)
Mayor frecuencia en mujer
Traumatismo craneo-encefálico repetitivo
Apnea del sueño
Tabaco
Alcohol
Dietas inadecuadas
Agua de bebida (aluminios)
Ingesta de hormonoterapia combinada
E.C.D.

SOCIALES

Sedentarismo
Nivel de escolaridad
Bajo nivel socioeconómico
Desnutrición fetal e infantil
Estilo de vida
Apoyo familiar
Periodo de tensión
Depresión mayor de 10 años
Evitar violencia y maltrato
Evaluar con tratamiento psicosocial conducta
Estimulación y emoción cognoscitiva del cuidado y psicofarmacológicos
Etnicos
Educación
Necesidad de seguir trabajando
Competente para llevar sus asuntos económicos
Competente para realizar un testamento, llenado de documentos
Necesidad de supervisión para tareas de la casa
Capacidad para seguir conduciendo

CULTURALES

Proporcionar información actualizada de la enfermedad del paciente
Describir las opciones del tratamiento disponible
Facilitar educación y formación proporcionando material escrito y servicios sociales
Consideraciones de seguridad (reducir caídas, y pérdida del paciente)
Valorar cualquier signo de negligencia o abuso
Valorar el riesgo de conducir
Establecer alianza y educación con el paciente y la familia
Aconsejar a la familia sobre recursos asistenciales y de apoyo
Cuidados del paciente en el ámbito de atención domiciliaria
Necesidad seguridad y familiaridad y predisponibilidad
Decirle que la demencia senil es una enfermedad frecuente en el anciano
La pérdida de la memoria puede causar problemas cognitivos y funcionales, psicosis agitación, depresión, alteraciones del sueño, de la conducta y estrés.
La pérdida de la memoria suele producirse lentamente, pero su curso es variado
La existencia de una enfermedad física y el estrés pueden aumentar el deterioro

LEGAL Y ECONOMICO

No existe ningún intento sólido en cuanto a normas prácticas y fundamentos de legislación al respecto, los vínculos están relacionados con el envejecimiento en general. Las normas y leyes existentes relacionadas con aspectos gerontológico, pero sin enfatizar en ninguna condición en particular.
El diagnóstico y la evolución de la enfermedad le proporcionara la posibilidad de tomar parte en las decisiones actuales y futuras.
Planear una transferencia ordenada de las responsabilidades económica.
Sugiere que el paciente se ocupe de documentos críticos como el testamento, los poderes económicos, y legales y de dotar poder a largo plazo a un agente legal, para las decisiones médicas, económicas, y legas.
Deriva al paciente y a la familia a un experto en planificación legal y económica.
Ayuda al paciente y a su familia a planificar el coste a largo plazo de la atención en casa o en una residencia, u otras soluciones.

FACTORES PROTECTORES

Estrógenos
Testosterona
Antiinflamatorios
Antioxidantes
Tabaquismo
Vino
Genética (la presencia de alelo Apo E2 del gen de la Apo E parece tener un efecto protector, opuesto al alelo E4
Niveles socioeconómicos altos
Educación reserva cognitiva cerebral que compensa el daño cerebral.¹

8.1.5 FISIOPATOLOGIA DE LA DEMENCIA SENIL

Factores de riesgo que generan alteraciones de la hemostasia celular, desregulación en la plasticidad sináptica provocando daño mitocondrial: ⁴²

↓
Desorganización de proteínas citoesqueléticas y alteración de síntesis y función de ubiquitina.

↓
Desregulación de segundos mensajeros con disminución de funciones y alteración del procesamiento de información de los neurotransmisores y receptores afectando la síntesis de los mismos.

↓
La acumulación de glutamato altera la permeabilidad de la membrana plasmática produciendo la entrada del calcio intracelular, estimulando proteinquinasas A y C generando fosforilaciones de proteínas citoesqueléticas como la Tau, inflamación y muerte celular.

↓
Los gránulos de lipofuscina que altera la función neuronal, disminuyen las defensas enzimáticas y no enzimáticas antioxidantes.

↓
La toxicidad de los radicales libres depende de la eficacia de los mecanismos de defensa antioxidante. La liberación lenta y progresiva, de radicales libres desequilibran el sistema, produciendo daño en diferentes moléculas biológicas (DNA, proteínas, lípidos).

↓
Cuando la parte activa de oxígeno y radicales libres sobrepasa la capacidad de los sistemas antioxidantes defensivos, se induce el estrés oxidativo, provocando lesión celular irreversible, originando muerte celular por necrosis al elevarse la especie activa de oxígeno y las concentraciones bajas apoptosis.

↓
Cambios moleculares en las proteínas, en tejidos del organismo que originan microfibrillas debajo de las fibras normales pero en dirección anómala. Esto trae como consecuencia pérdida de la elasticidad, rigidez; en el tejido, inflamación, degeneración.

↓
La pérdida de la actividad metabólica y de la fosforilación oxidativa disminuyendo la glucosa y acetil coenzima A, limitando a la célula de generar ATP, aumentando los radicales libres de oxígeno, y pérdida de la capacidad de la fosforilación oxidativa causada por el daño oxidante generado por la misma mitocondria, causa de decadencia energética en la senescencia.

↓
Al aumentar el metabolismo basal, los organismos aceleran su desgaste, lo cual acorta la vida. Hay una disminución del metabolismo energético y de los fosfolípidos de la membrana disminuyendo la síntesis de acetilcolina). La restricción calórica entelentece el proceso del envejecimiento.

↓
Disminución del flujo sanguíneo del consumo de oxígeno y glucosas en las neuronas cerebrales ocasiona necrosis, infartos, ateromatosis que destruyen pequeñas zonas.

↓
Alteración en la plasticidad y dendritificación, en neurotransmisores y receptores de las neuronas. ⁴²

↓
Muerte celular
↓
Demencia senil

8.1.6 CLASIFICACION DE LA DEMENCIA SENIL

CLASIFICACION ETIOLOGICA Y EVOLUTIVA

Degenerativas e irreversibles: Son aquellas en las que no existe ningún tipo de tratamiento para su cura, ya que son causadas por una lesión cerebral.^{1, 15, 41.}

No degenerativas o irreversibles: Son aquellas que pueden mejorar a través de un tratamiento o de una operación quirúrgica.

Demencia senil debida a otras enfermedades médicas: Infecciosas, inflamatorias, desmielinizantes, metabólicas, nutricionales, endocrinas.

Demencia senil debida a otras causas: Tóxicas, neuroquirúrgicas, secuelas por traumas, de etiología múltiple, no especificadas.

CLASIFICACION SEGÚN LOCALIZACION PATOLOGICA

Demencias corticales:

Se caracterizan por alteraciones cognoscitivas. Afectan áreas de asociación del lenguaje, movimientos especializados y percepción, afasia, apraxia y agnosia. La pérdida del tejido cerebral es gradual, con memoria reciente y cotidiana alterada.¹⁶

Demencias Subcorticales

Se caracteriza por alteración de la memoria y enlentecimiento del proceso del pensamiento; la postura se altera y aparecen signos de rigidez, distonía y temblor. Una profunda apatía, desinterés depresión.

Demencias axiales

Involucran las estructuras axiales del cerebro, la porción media del lóbulo temporal, hipocampo, fórmix, cuerpos mamilares y el hipotálamo. La característica, es una alteración en la memoria reciente, lo que ocasiona que el aprendizaje de tareas nuevas sea prácticamente imposible. No se observan alteraciones cognitivas específicas.

Demencia mixta

Presentan signos de los tres tipos anteriores.

DEMENCIAS CORTICALES Y SUBCORTICALES

EJEMPLOS	CORTICALES	SUBCORTICALES
	Enfermedad de Alzheimer	Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Huntington
Velocidad de procesamiento	Normal	Menor de lo normal
Memoria	Gravemente alterada la memoria reciente y cotidiana Afectación del reconocimiento y el recuerdo	Alteración leve Olvidos: reconocimiento
Lenguaje	Afasia	Normal
Capacidad de ejecución frontal	Preservada en la fase inicial	Lentitud Alterada desproporcionadamente en la fase inicial
Capacidad visual espacial y perceptual	Alteradas en las fases iniciales	Alterada
Personalidad	No afectada	Apatía y desinterés
Estado de ánimo	Generalmente normal	Es frecuente la depresión

Adaptada de (Cummins, 1986)

8.1.7 CUADRO CLINICO DE LA DEMENCIA SENIL

SINTOMAS Y SIGNOS

Alteraciones neuropsicológicas

Amnesia: pérdida de la memoria

Afasia: alteración del lenguaje, generalmente aparente en las preguntas directas cuando se le pide al paciente que nombre objetos; afasia nominal

Apraxia: incapacidad para realizar acciones a pesar de la normalidad de las funciones sensitivas y motoras (incapacidad para vestirse)

Agnosia: Incapacidad para reconocer los objetos)

Disfunción de ejecución: Alteraciones del juicio, planificación y abstracción.

Acalculia: Incapacidad para efectuar cálculos aritméticos.

Agrafia: Incapacidad para escribir

Alexia: incapacidad para leer.³⁹

Síntomas psiquiátricos

Depresión

Ansiedad

Alucinaciones (visuales, auditivas)

Psicosis

Ideas delirantes

Euforia

Identificación errónea

Confusión⁷

Trastornos del comportamiento

Agitación. irritabilidad

Agresión (verbal, física)

Comportamiento motor aberrante (paseos de un lado para otro, caminar errático, inquietud)

Apatía

Desinhibición sexual

Alteraciones del sueño y vigilia

Aumento del apetito/cambios en los hábitos de alimentación

Cambios en la personalidad.³⁹

Alteraciones del lenguaje observados al comienzo de los cuadros de la demencia senil:

Perseverancia: El paciente repite la respuesta, cuando se le realizan preguntas nuevas;

Palilalia: repetición de verbalizaciones por parte del paciente

Logoclonia: el paciente repite la última sílaba

Logorrea: habla sin significado

Ecolalia: repite el habla del médico que realiza la exploración

Ecopraxia: comportamiento de imitación.¹⁶

Es importante preguntar como se desarrolla en su actividad funcional, instrumental, básica y social en un día normal en la vida diaria del paciente ¹⁶

FORMAS CLINICAS

De inicio precoz.

Inicia a los 65 años o antes

Evolución más severa y acelerada

Marcada alteración de las funciones corticales

Se asocia a formas familiares

Se caracteriza por dificultades de atención, lenguaje y apraxia ¹⁶

De inicio agudo

Se Desarrolla por lo general de modo rápido tras una serie de ictus debido a trombosis vasculares, embolias, hemorragias, isquemia por infartos único, múltiple o lagunares. En casos raros la causa puede ser un único infarto de gran tamaño.

De inicio tardío

Inicia después de los 65 años a finales de los 70 años

Evolución progresiva. Insidiosa, gradual, lenta

Predomina el deterioro de la memoria

Alteraciones genéticas es más definida

Sin historia familiar.¹⁶

FASES DE LA DEMENCIA SENIL

Fase preclínica

Deterioro cognitivo sutil: Con problemas de atención, memoria episódica, dificultad para encontrar palabras y problemas de razonamiento abstracto, problemas leves de memoria verbal no verbal, anomia, dificultades de concentración y pérdida de comprensión de material verbal complejo.^{5, 16}

Demencia senil leve (2-4 años)

Déficit en la capacidad de aprendizaje y memoria recientes, dificultad en el pensamiento abstracto, habilidad para comprender y manejar ideas complejas, desorientación temporal (olvidan el día, mes y año en el que se encuentran), alteraciones visuoespaciales (problemas para reconocer y manejarse en lugares familiares), olvido de palabras en el lenguaje espontáneo y dificultades de cálculo. Los pacientes tienen dificultades limitadas a las tareas complejas, como hacer el balance de un talonario de cheques. Se acompaña de ansiedad, depresión, agitación hiperactividad apatía, frustración. El paciente tiene dificultades para finalizar tareas domésticas simples.

Demencia senil moderada (10 años)

EL deterioro cognitivo leve se acentúa rápido y progresivamente en la desorientación temporal y espacial, déficit graves en la codificación y almacenamiento de información reciente (amnesia anterograda) afasia (incremento de la anomia) lenguaje parafásico, con alteraciones en la comprensión y habilidad para repetir), apraxia (construccional e ideomotora) y agnosia (topográfica). Anosognosia (incapacidad para reconocer la enfermedad e incapacidad de realizar actividades cotidianas previas. En lo afectivo pueden producirse síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), paranoia, agresividad o apatía, depresión

Demencia senil grave a profunda (más de 10 años)

El deterioro cognitivo intelectual es severo, siendo totalmente dependiente requiriendo cuidados y supervisión constante. En estadios finales el paciente queda limitado a la cama, con alteraciones motoras de un 30-50% en posición de rigidez o de flexión, bradicinesia, paratonía, convulsiones con pérdida del control de esfínteres, dificultad en la alimentación, presencia de signos y síntomas neuropsicológicos y psiquiátricos severos (reflejos patológicos de succión, presesión y búsqueda), psicosis, agitación.^{5, 16}

SINTOMAS NEUROPSIQUIATRICOS QUE PUEDEN ACOMPAÑAR A LA DEMENCIA SENIL:

Depresión, ansiedad, confusión, psicosis, paranoia, alteraciones de percepción, delirios, alucinaciones, Agitación de predominio nocturno psicomotora, agresividad, cambios de personalidad y conducta, altamente estresante y disruptivo, trastornos del estado de animo, trastornos neurovegetativos: Insomnio, desinterés en el apetito y actividad sexual, conductas motoras anómalas: Estadios finales (continuos movimientos de los dedos, inquietud motora como caminar permanentemente dentro de la casa y deambulando en forma errática, rigidez).¹⁶

8.1.8 COMPLICACIONES DE LA DEMENCIA SENIL

Trastornos crónico degenerativos
Enfermedades endocrinas
Enfermedades vasculares (EVC)
Enfermedad cardiovascular
Enfermedades neurológicas
Disfunciones metabólicas
Traumatismos
Enfermedades desmielinizantes
Tumores y metástasis
Enfermedades psiquiátricas
Infecciones
Enfermedades genéticas
Procesos hidrostáticos
Enfermedades carenciales
Agentes tóxicos (alcohol, metales, fármacos, drogas)
Anoxia ¹⁶

8.1.9 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA DEMENCIA SENIL

Depresión
Delirio
Drogas o fármacos
Deterioro de la memoria en el proceso normal del envejecimiento
Dificultades diagnósticas
Psicosis
Esquizofrenia¹⁶

8.2. DIAGNOSTICO PARACLINICO DE LA DEMENCIA SENIL

8.2.1 HISTORIA CLINICA

8.2.2 INTERROGATORIO

FICHA DE IDENTIFICACION⁵⁴

VALORACION INTEGRAL Y FUNCIONAL DEL ANCIANO

ANTECEDENTES (AHF, APNP, AGO, APP)

PADECIMIENTO ACTUAL

Forma de inicio, evolución, tiempo (agudo, subagudo, crónico).¹¹, nutrición, ambiente social, sexual, incontinencia, desplazamiento y marcha, movilidad articular, maltrato, síntomas neurológicos, neuropsicológicos, psiquiátricos.^{16, 54}

El detectar dependencia deterioro físico y psíquico, más que la muerte en si misma constituye el fantasma, lo que debería ser la preocupación del anciano en las instituciones de salud y gubernamentales.¹⁶

CARACTERISTICAS	DEMENCIA SENIL AGUDA	DEMENCIA SENIL CRONICA
Comienzo	Súbito y gradual	Gradual
Evolución	Muy lenta escalonada con fluctuaciones	Deterioro progresivo
Hallazgos neurológicos	Déficit focal	Mínimo ausente
Memoria	Afectación mínima	Déficit temprano y severo
Función ejecutiva	Déficit temprano	Compromiso tardío
Tipo de demencia	subcortical	cortical
Neuroimagen	Infarto, lesión de sustancia blanca, hipocampo	Normal, atrofia
Marcha	Anormal temprana	Normal
Historia vascular	Factores de riesgo vascular	Poco frecuentes

Es importante preguntar como se desarrolla en un día normal de la vida diaria:

Escala de la actividad instrumental de la vida diaria para valorar la capacidad ejecutiva: Manejo del dinero, ir de compras, conducir un vehículo, uso del teléfono, hacer uso de documentos legales, preparar la comida, manejo de la medicación, tareas domesticas, deambular

Escala de la actividad para valorar actividades básicas: Vestirse, comer, uso de cuarto de baño, higiene personal, desplazamiento, continencia de esfínteres.^{16, 54}

HISTORIA LABORAL

HISTORIA MALTRATO

FACTORES DE RIESGO

HISTORIA DE OTRAS ENFERMEADES CRONICAS (Infecciosas, Inflamatorias y desmielinizantes, metabólicas, nutricionales, endocrinas).¹⁵

HISTORIA DEBIDA A OTRAS CAUSAS (Tóxicas: Drogas, metales, fármacos neuroquirúrgicas, secuelas, traumas, de etiología múltiple y no especificadas).

8.3 EXPLORACION FISICA

- 8.3.1 Signos vitales: Peso, talla, signos vitales, apariencia, comportamiento, lenguaje, inspección, palpación, auscultación, percusión.
- 8.3.2 Valoración funcional física, básica e instrumental de la vida diaria.
- 8.3.3 Exploración armada.^{16, 54}

8.3.4 EXAMEN NEUROLOGICO

1. EXAMEN DE LAS FUNCIONES CEREBRALES

FUNCIONES CEREBRALES EN GENERAL

Conducta
Nivel de conciencia
Capacidad intelectual
Estado emocional
Contenido del pensamiento⁵⁵

FUNCIONES CEREBRALES ESPECIFICAS

Interpretación cortical de la sensibilidad
Interpretación cortical motora
Lenguaje

2. EXAMEN DE LOS PARES CARNEALES

- I. Olfatorio
- II. Optico
- III. Motor ocular común
- IV. Patético
- V. Trigémino
- VI. Motor ocular externo
- VII. Facial
- VIII. Vestibulo coclear
- IX. Glossofaríngeo
- X. Neumogástrico
- XI. Espinal
- XII. Hipogloso

3. EXAMEN DE LAS FUNCIONES CEREBELOSAS

Equilibrio y marcha
Coordinación de los movimientos, movilidad

4. EXAMEN DE LAS FUNCIONES MOTORAS

- Desarrollo y tono muscular
- Movimientos involuntarios
- Fuerza muscular

5. EXAMEN DE LA SENSIBILIDAD

- Formas primarias de la sensibilidad
- Discriminación cortical de la sensibilidad

6. EXAMEN DE LOS REFLEJOS

- Reflejos musculares
- Reflejos cutáneos
- Reflejos patológicos

7. SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA

- Signo de Kerning
- Signo de Brudzinski

8. SINTOMAS ASOCIADOS A LA EXPLORACION NEUROLOGICA

- Extrapiramidales
- Enfermedad de la neurona motora
- Incontinencia ataxia sugieren hidrocefalia
- Somnolencia en ausencia de uremia y alteraciones metabólicas sugiere daño en hipotalamo
- Risa o llanto marcado sugiere un proceso vascular con base en las regiones basales del cerebro.⁵⁵

8.3.5 TEST Y ESCALAS ADAPTADAS AL MÉDICO FAMILIAR EN LA VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y NEUROPSIQUIÁTRICA MÍNIMA QUE ORIENTAN AL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA SENIL

LA EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA SE DIVIDE EN TRES NIVELES DE COMPLEJIDAD

El diagnóstico de la demencia se basa fundamentalmente en la clínica, evaluación cognitiva y criterios del DSM-IV.^{56, 57, 58, 59, 60, 61, 62}

El primer paso corresponde a la entrevista y examen neurológico, a cargo del médico de primer contacto en el consultorio, que realiza una evaluación neuropsicológica mínima para orientar el diagnóstico.

A. EXAMEN BASICO DE EVALUACION COGNITIVA: (Test básicos que debe utilizar el médico familiar).

Criterios de diagnóstico para la demencia senil el DSM-IV

El Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975)

Test del cuestionario abreviado del estado mental (SPMSQ) Pfeiffer 1975

Test de información memoria-concentración (ICM)

B. ESCALAS QUE DETERMINAN EL NIVEL DE DETERIORO

Clasificación Clínica de la Demencia (CDR) (Hughes et al., 1982)

Escala de Deterioro Global (GDS) (Reisberg et al., 1982)

Test del Reloj (Goodglass et al., 1972)

Instrumento de Evaluación Funcional para la Enfermedad de Alzheimer (FAST)

Test que valoran el deterioro cognitivo en la demencia por áreas específicas

El segundo paso es manejado por el neuropsicólogo en el laboratorio para una evaluación extensa, utilizando escalas y baterías para ver el estadio evolutivo y severidad del deterioro cognitivo que se halla afectado en determinadas áreas intelectuales para facilitar el diagnóstico diferencial y conformar o no la sospecha de una demencia senil, así como que tipo de demencia, orientar el manejo terapéutico. discrimina entre envejecimiento normal y demencias leves a profundas:

EXPLORACION ESPECÍFICA (Test que debe utilizar el neuropsicólogo))

Escala de Evaluación para la Enfermedad de Alzheimer (ADAS) (1984)

Escala de la Demencia de Mattis (Mattis 1976)

Cambridge Index of Mental Disorder in the Elderly CAMDEX CAMCOG

WAIS-III escala de inteligencia de Wecher para adultos III

ESALA QUE VALORA LA DEMENCIA SENIL VASCULAR

Escala de Hachinski, Portera, Loeb.

ESCALAS DE VALORACION DE LA ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA (AVD) Se dividen en: ⁶³

BASICAS (ABVD) Paciente totalmente independiente

Escala de la Demencia de Blessed (Blessed et al., 1968)

Escala de Evaluación Rápida de la Incapacidad (Linn et al., 1972-1982)

Escala de Barthel

INSTRUMENTALES (AIVD) Adaptación a su entorno e independencia

Escala de actividades instrumentales de Lawton Brody

EVALUACION NEUROPSIQUIATRICA (Escala neuropsiquiátricas que valoran trastornos psiquiátricos y del comportamiento).

Escala Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994)

Escala de Medición de la Patología Conductual en la Enfermedad de Alzheimer o behave-ad (Reisberg, 1987).

Escala de la Depresión Geriátrica de Yesavage

Escala de Halmilton para la depresión

ESCALAS DIRIGIDAS AL CUIDADOR

Test del informante (IQCODE)

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADO

Escala de Zarit

TEST:

Mininutricional

Maltrato

Sexual

Social

Movilidad

8.4 INTERPRETACION DE ESTUDIOS

El tercer paso lo constituyen los exámenes complementarios que son las pruebas de laboratorio y neuroimagen recomendadas en los casos de sospecha de demencia senil que deben de ser elegidos de acuerdo a los resultados obtenidos en los pasos previos.

8.4.1 LABORATORIO Y GABINETE

Recuento hemático completo y velocidad de sedimentación eritrocitaria
Perfil bioquímico: Urea, creatinina, electrólitos, calcio, pruebas de función hepática
Nivel sérico de vitamina B12 y de folato en los hematíes
Perfil lipídico
Pruebas de función tiroidea
Glucemia en ayunas para descartar hipoglucemia
Pruebas serológicas para descartar sífilis
Estudio de líquido cefalorraquídeo, marcadores.
EGO
Pruebas de tamizaje para metales pesados
Tamizaje para toxicología de drogas o fármacos³⁹

8.4.2 NEUROIMAGEN

Rayos X
Electrocardiograma (para descartar demencia vascular)
Potenciales evocados auditivos de larga latencia
Potenciales evocados cognitivos P300
Estudio Ecográfico Doppler de las carótidas (para identificar posibles ateromatosis como causa de demencia senil)
Ecocardiograma (para investigar posible causa cardíaca de demencia senil)
Electroencefalograma (esclerosis subaguda)
TC, RM, SPECT o PET para un diagnóstico más preciso
Pruebas inmunológicas para descartar vasculitis
Pruebas para descartar un origen cardíaco o de posibles émbolos
Pruebas específicas en sangre y orina para descartar metabopatías hereditarias
Pruebas para descartar la infección por el virus
Exploración con lámpara de hendidura para descartar anillos de Keyser- Fleicher, y niveles de ceruloplasmina
Pruebas genéticas y de bioquímica molecular para descartar la mutación de la enfermedad, las alteraciones en las proteínas tau en los casos de demencia senil familiar
Pruebas neuropatológicas
Biopsia cerebral postmortem

Las técnicas de neuroimagen útiles para el estudio de la demencia son:

1. Neuroimagen estructural: Que refleja la anatomía cerebral: TAC, RM
2. Neuroimagen funcional: Que refleja la función cerebral al determinar el flujo sanguíneo y el metabolismo celular cerebrales:

Espectroscopia con resonancia magnética (MRS)

Tomografía con emisión de positrones (PET)

Tomografía computadorizada con emisión de fotón único (SPET o SPEC)³⁹

El cerebro de la senescencia sufre modificaciones estructurales y bioquímicas, disminución de peso, volumen y circunvoluciones cerebrales, aumento del tamaño de los surcos y ventrículos, atrofia, muerte neuronal.

El cerebro de un adulto pesa aproximadamente 1500 gramos y requiere de un flujo ininterrumpido de sangre que le provee de 150 gramos de glucosa y 72 litros de oxígeno

Cuando se estudia el tejido cerebral de una persona que ha fallecido por demencia senil, se encuentra como característica microscópica atrofia cerebral que ocasiona estrechamiento de los giros circunvoluciones, el ensanchamiento de los surcos y la disminución del peso y volumen cerebral, aumento de los ventrículos y líquido cefalorraquídeo. La atrofia inicia en corteza cerebral principalmente en corteza entorrinal y parahipocampal, seguido de la corteza frontal, temporal inferior, parietal y occipital.¹⁶

8.4.3 GENETICOS

8.4.4 MARCADORES BIOLOGICOS

8.4.5 BIOQUIMICA MOLECULAR

8.4.6 HISTOPATOLOGICO (biopsia post mortem)

9. METODOLOGIA

9.1 TIPO DE DISEÑO

Observacional Descriptivo Transversal Simple

9.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los médicos familiares seleccionados aleatoriamente de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes

9.3 UNIDAD MUESTRAL

El médico familiar de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes, seleccionado para el estudio

9.4 UNIDAD OBSERVACIONAL

Médicos familiares adscritos a consultorio seleccionados de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes

9.5 UNIDAD DE ANALISIS

El sistema médico familiar en UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes

9.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.7. CRITERIOS DE INCLUSION

Médicos familiares de base en consultorio y población asignada en UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes médicos familiares con o sin especialidad, certificado o no certificado, médicos familiares seleccionados que aceptaron participar en el estudio

9.8. CRITERIOS DE NO INCLUSION

Médicos 08 que estén cubriendo periodos vacacionales o base por base
Médicos directivos y jefes de clínica
Médicos que laboran en áreas de urgencia
Médicos familiares que no quieran participar en el estudio
Médicos familiares que una vez seleccionados no estuvieran en el momento de aplicación del estudio o se negara a colaborar

9.9. CRITERIOS DE EXCLUSION

Médicos familiares que no concluyan el cuestionario
Médico familiares que por cualquier motivo razón o circunstancia no deseen participar en el estudio al momento de su aplicación, o se encuentre ausente

9.10. MUESTREO

9.11. TIPO DE MUESTREO

Probabilístico aleatorio simple observacional participando todos los médicos familiares de base seleccionados de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes

9.12. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La Delegación Aguascalientes en su zona metropolitana cuenta al momento con 221 médicos familiares adscritos a las UMF que se encuentran ubicadas en diferentes sitios de la ciudad, de los cuales 164 médicos familiares de base adscritos a consultorio, fueron escogidos aleatoriamente y que aceptaron participar en el estudio

9.13. DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLES CUALITATIVAS

COMPETENCIA:

Cognitiva: Lo que el médico sabe sobre el diagnóstico de la demencia senil

Habilidades: Las acciones que el médico hace para el diagnóstico de los pacientes con demencia senil

Afectiva: Sentimientos y emociones que el médico familiar experimenta frente al diagnóstico de la demencia senil

VARIABLE ANALITICAS

CUANTITATIVAS

Edad
Antigüedad

CUALITATIVAS

Sexo
Especialidad
Adscripción
Turno
Certificación
Capacitación

9.14. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Para valorar el área cognitiva se utilizó un caso clínico real elegido entre 4 casos clínicos de una serie de historias clínicas de pacientes con demencia avalada por CIE-10, y la OMS de una serie de historias clínicas de pacientes con demencia senil en diferentes partes del mundo. Ha sido comprobado por más de 2000 médicos de 50 países y sobre más de 15,000 personas, para asegurar su aplicabilidad, exactitud y valides en diferentes situaciones. ⁶⁴ La técnica que opero, el instrumento empleado fue un cuestionario elaborado, con ítems de opción múltiple realizándose 32 preguntas el cual se reviso por expertos especialistas en psiquiatría y geriatría para cumplir con la validación en su contenido, constructo y criterio de la información que lo conforma.

Para la valoración en el área de habilidades, la técnica que opero fue la utilización de información disponible en un hoja de cotejo realizado por el investigador y revisado por espertos del área, el instrumento utilizado de recolección de datos en el cual se registró la información de las acciones realizadas por el médico familiar en el interrogatorio y exploración física para diagnosticar el estado cognitivo del paciente estandarizado por el investigador y expertos en el área.

Para valoración en el área de la actitud, se aplico la técnica de cuestionario, el instrumento empleado fue una escala de Likert con reactivos con 5 opciones de respuesta, desde el totalmente de acuerdo hasta el totalmente en desacuerdo, el cual fue elaborado por la autora, la puntuación asignada a cada ítem fue en su función y consta de 34 constructos.

Los instrumentos fueron elaborados a partir de los cuadros de operalización de conceptos y de construcción de cuestionario.

TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Técnica de encuesta con preguntas cerradas
- 2.- Técnica de cuestionario opción multiple
- 3.- Técnica de observación por lista de cotejo a través del interrogatorio y exploración del médico familiar en la intervención con el paciente estandarizado para llegar al diagnóstico
- 4.- Técnica de cuestionario utilizando la escala de Likert

9.15. LOGISTICA

Para el presente trabajo de investigación, se obtuvo el permiso de los Directivos y Jefes de Clínica de ambos turnos de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes, para la realización del estudio, se solicitó el permiso de forma directa por la investigadora responsable. Se realizó la prueba aleatoria resultando elegidos 100 médicos, que aceptaron participar en forma voluntaria, activa y formal en el estudio, explicando el propósito de la investigación, sus objetivos y desarrollo de la misma, así como el llenado de la carta de consentimiento informado, garantizando el anonimato y confiabilidad del mismo.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal simple en los meses de enero a abril del 2008 para conocer cuál es la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil.

Este tipo de muestra es probabilístico aleatorio simple observacional, se reunió a los médicos que resultaron elegidos los jueves de sesión en cada una de las 5 UMF del IMSS en ambos turnos para comunicarles que habían sido elegidos aleatoriamente en el estudio y si desean participar en su realización. El tamaño de la muestra se calculó en un universo de 221 médicos, con una prevalencia esperada de 8%, peor resultado 80%, media 143 médicos.

Se incluyeron en el estudio 100 médicos familiares de base y con población asignada, médicos que al momento de la encuesta no se encontraban realizando base por base o cubriendo periodo vacacional, médicos con formación de especialidad si o no, certificados si o no, ante en el consejo correspondiente, médicos seleccionados que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron médicos 08 que estén cubriendo periodo vacacional o base por base, médicos directivos y jefes de clínica médicos urgenciólogos, médicos que no quieran participar en el estudio, médicos que una vez seleccionados no estuvieran en el momento de aplicación del estudio o se negaran a colaborar. Se eliminarán los médicos que no concluyan el cuestionario, médicos que por cualquier motivo no deseen participar en el estudio al momento de su aplicación.

Para obtener la información de las características sociodemográficas de los médicos se utilizó una encuesta con 10 ítems, para valorar el área de conocimientos, se utilizó 1 caso clínico de un enfermo demenciado construido por 32 ítems de opción múltiple relacionados con el caso clínico, en el área de habilidades se utilizó una lista de cotejo construida por la investigadora para valorar la actuación del médico en los instrumentos que valoran la competencia clínica frente a un paciente estandarizado de demencia senil, en el área de actitud del médico hacia el paciente demenciado se construyó un instrumento con una escala de Likert construida por 34 ítems.

Para la realización del cuestionario que valora el área sociodemográfica de los médicos, el área cognitiva y de actitud se llevó a cabo los jueves de sesión de forma individual, el área de habilidades fue contestado por los médicos en su consultorio

correspondiente de manera individual, en un tiempo aproximado de 15 minutos, el tiempo que corresponde a una consulta médica.

Para obtener esta información que se construyó en base a la operacionalización, se calificó como una actitud alta si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total, multiplicado por 100 es de 80% al 100%, media si el resultado es del 60% al 79%, baja si fue menor de 50% aplicado en forma individual a cada médico.

El análisis estadístico se realizó con el paquete informático SPSS/PC, se calculó la distribución de frecuencia para cada una de las variables, así como la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas, utilizando la prueba de χ^2 y valor de P.

Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora. Al finalizar cada encuesta se revisó que los cuestionarios estuvieran contestados completamente antes de concluir cada entrevista.

Durante la captura y análisis de datos se verificó la integridad y congruencia de la información obtenida.

9.16. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se llevo a cabo en 2 clínicas del área foránea de la Delegación IMSS Aguascalientes en las UMF 2 de la ciudad de Rincón de Romos y la UMF 3 de Pabellón de Artiaga, seleccionando a 10 médicos familiares de los cuales 7 correspondían a la UMF 2 y 3 UMF 3 de ambos turnos (matutino y vespertino), se solicito su colaboración para la realización del método de estudio de investigación, accediendo éticamente y amablemente a la contestación de los cuestionarios donde se valoro los aspectos socioeconómicos y culturales de los médicos familiares, los conocimientos, la habilidad y la actitud de dichos médicos hacia el paciente estandarizado de demencia senil.

La prueba piloto tuvo una duración de 2 días, el primer día se aplico 2 instrumentos el primero correspondía al instrumento del método de las características socioeconómicas del médico familiar y el segundo correspondió a un cuestionario elaborado de un caso clínico de un paciente demenciado. El segundo día se aplicaron los otros 2 instrumentos del método el primero valoro el área de la actitud del médico familiar para la atención de este tipo de pacientes y el segundo instrumento del método consistió en la habilidad del médico familiar para interrogar, explorar y diagnosticar al paciente estandarizado de demencia senil siendo observado por el investigador, la duración de la entrevista fue de 15 min.

Con la realización de la aplicación de método y el diseño de la muestra se observo la aceptabilidad, el esfuerzo y el interés del médico familiar en la interrogación y exploración física hasta llegar a un diagnóstico de certeza a pesar de la desventaja que ellos mismos expresaban en sus conocimientos, habilidades y su actitud que ellos mismos desconocían hacia el paciente demenciado quedando inquietud e incertidumbre después del evento realizado en la consulta.

Cada pregunta del cuestionario se discutió con los médicos para asegurar que los términos y las definiciones empleadas se entendieran claramente, verificando si la respuesta dada era el tipo de respuesta esperada.

Al realizar el pilotaje con el instrumento relacionado en la hoja de reactivos seleccionados se recolecto la información obtenida de las respuestas del método sin detectar alguna posible complicación.

El instrumento relacionado para valorar el conocimiento con un caso clínico se elaboro un cuestionario, realizándose 59 ítems eliminando 27 de los cuales su respuesta correspondían solo a 1 ítems repetitivo, los cuales fueron eliminados seleccionándose solo 32 ítems para su aplicación en el área metropolitana.

El instrumento utilizado con una lista de cotejo para observación de la habilidad del médico familiar en el interrogatorio y exploración física del paciente estandarizado de demencia senil, se realizo en un tiempo de 15 minutos.

En el instrumento relacionado con la Escala de Likert, para valorar la actitud iniciamos con 46 ítems, eliminando 12 de los cuales sus respuestas correspondían solo a 1 incisos repetitivo, los cuales fueron eliminados seleccionándose solo 34 para la aplicación en el área metropolitana.

9.17. PLAN DE ANALISIS

Se elaboro un cuadro de trabajo para el plan de análisis de la información resultante del estudio y se utilizo el programa computacional SPSS/PC, para la captura, procesamiento y análisis de datos. Los datos obtenidos en los instrumentos de trabajo de campo se capturaron y almacenaron en forma cotidiana, con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso de investigación.

Se analizaron los datos: En el nivel descriptivo para todas las variables se obtuvo distribución de valores absolutos y relativos con fin de caracterizar al grupo. Para las variables de tipo cuantitativo se analizo el número y el tanto por ciento de cada una de estas variables, y se obtuvo medidas de tendencia central (media, mediana y moda según la distribución de las variables) y medidas de dispersión (rango, y desviación estándar) según la distribución de las variables). Representados en cuadros de contingencia y gráficas.

En el nivel analítico se realizo un análisis de cada uno de los dominios de la competencia clínica con las características sociodemográficas de los médicos familiares, buscando diferencias estadísticamente significativas aplicando una prueba de chi cuadrada y el valor de $P=0.05$. Con un nivel de confianza del 95%.

La evaluación de la competencia clínica se determino por dimensiones separadas: cognitiva, conductual y afectiva, ya que no se puede obtener un resultado en forma global por ser dimensiones totalmente diferentes.

10. CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto de investigación estuvo regido por los principios éticos de autonomía e individualidad que caracterizan a la comunidad médica estudiada, principios de confidencialidad y anonimato para los médicos que participaron y la preparación y actuación del paciente estandarizado de demencia senil. A los médicos encuestados se les explico los propósitos de la investigación, sus objetivos y metas del estudio, se les solicito su autorización por escrito para la aplicación de la encuesta por medio de la carta de consentimiento informado.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JUL	AGS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABL	MAY	JUN	JUL	AGS
1. Búsqueda de información	■	■	■	■										
2. Elaboración de Protocolo					■									
3. Construcción y evaluación del instrumento						■								
4. Prueba piloto							■							
5. Identificación y selección de pacientes							■	■	■	■				
6. Recolección de Datos							■	■	■	■				
7. Construcción de base de datos											■			
8. Captura y procesamiento de datos												■		
9. Análisis de los Datos													■	
10. Reporte final														■

12. RESULTADOS

Se estudió una muestra aleatoria simple de 100 médicos familiares de base adscritos a consultorio, de los turnos matutino y vespertino de las 5 UMF del IMSS de la zona metropolitana de Aguascalientes. El análisis estadístico descriptivo de los médicos familiares mostró como características sociodemográficas más sobresaliente: Una edad con una moda de 55 años, mediana de 48 años, con una media de 46.4 años, un rango de 29 años, y una desviación estándar de ± 7.2 años de edad. En cuanto al sexo 58.0% fueron hombres y 42.0% mujeres. Respecto a la formación académica 54.0% fueron médicos familiares con especialidad y 46.0% médicos generales. Las UMF de adscripción a las que pertenecieron los médicos estudiados se conformaron de la siguiente manera, 26 médicos familiares de la UMF1, 17 de la UMF 7, 25 de la UMF 8, 16 de la UMF 9, 16 de la UMF 10. El turno al que pertenecieron los médicos estudiados fueron de 41.0% al turno matutino, 59.0% al turno vespertino. Dentro de rubro de certificación 61.1% estaban certificados y 39.0 no contaron con la certificación de su consejo correspondiente. Sobre los años de antigüedad laboral encontramos una moda de 26 años, mediana de 6 años, con una media de 16.7, un rango de de 26 años, y una desviación estándar de ± 10.2 años de antigüedad. En cuanto a la actualización médica continua en el tema de la demencia senil en los últimos 2 años, el 12.0% acudió a capacitación y 88.0% no cuentan con actualización reciente. (Cuadro1).

Cuadro 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES PARTICIPANTES

CARACTERISTICAS		FA	FR (%)
EDAD	29-39	22	22.0
	40-49	42	42.0
	50-59	36	36.0
SEXO	Hombres	58	58.0
	Mujeres	42	42.0
FORMACION CON ESPECIALIDAD	Médico Familiar	54	54.0
	Médico General	46	46.0
ADSCRIPCION	UMF 1	26	26.0
	UMF 7	17	17.0
	UMF 8	25	25.0
	UMF 9	16	16.0
	UMF 10	16	16.0
TURNO	Matutino	41	41.0
	Vespertino	59	59.0
CERTIFICACION	Si	61	61.0
	No	39	39.0
ANTIGUEDAD	< De 10 años	24	24.0
	11-20 años	43	43.0
	21-30 años	33	33.0
ACTUALIZACION RECIENTE EN DEMENCIA	Si	12	12.0
	No	88	88.0

FUENTE: Instrumento de evaluación: Encuesta de las características sociodemográficas de los médicos familiares en la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil
n=100

Al analizar los resultados obtenidos en la evaluación del **conocimiento** como parte de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil se encontró que ningún médico familiar alcanzó el **nivel alto**, el 3% correspondió al **nivel medio**, y el 97% al **nivel bajo**. (Cuadro 2, gráfica 1).

En la valoración de las **habilidades**, para interrogar y explorar al paciente estandarizado, ningún médico familiar alcanzó el **nivel alto**, el 3% correspondió al **nivel medio**, y el 97% al **nivel bajo**. (Cuadro 2, gráfica 2).

En cuanto a la actitud de los médicos el 73% mostró un **actitud positiva**, el 27.9% una **actitud neutra**, ningún médico calificó con una **actitud negativa** hacia la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil. (Cuadro 2, gráfica 3).

Cuadro 2: DIMENSIONES DE LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL

DIMENSION	ALTO		MEDIO		BAJO	
	FA	%	FA	%	FA	%
CONOCIMIENTO	0	0.0	3	3.0	97	97.0
HABILIDAD	0	0.0	3	3.0	97	97.0
ACTITUD	73	73.0	27	27.0	0	0.0

FUENTES: Instrumento de evaluación de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil: Cuestionario, hoja de cotejo, escala de Likert.
n=100

Al analizar los datos en busca de diferencias estadísticamente significativas entre las características sociodemográficas de los médicos familiares y los resultados obtenidos en la evaluación de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en la **dimensión del conocimiento** se encontró que en las **variables cuantitativas** como la edad: a menor edad los médicos presentan un nivel más bajo de conocimiento, seguido por los de mayor edad, y el grupo de mediana edad duplica los resultados del grupo más joven, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a la antigüedad se mostró que los médicos con menor antigüedad obtuvieron nivel más bajo de conocimiento, seguidos por los de mayor antigüedad, y que el grupo de antigüedad media duplica los resultados de los primeros, las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas. (Cuadro 3).

Cuadro 3: DISTRIBUCION DEL NIVEL COGNOSCITIVO SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN RELACIÓN A LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

VARIABLES		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	X2	P
EDAD	29-39	0	.0	0	.0	22	100.0	1.135	0.567
	40-49	0	.0	2	4.8	40	95.2		
	50-59	0	.0	1	2.8	35	97.2		
ANTIGUEDAD	< De 10 años	0	.0	0	.0	24	100.0	1.145	.564
	11-20 años	0	.0	2	4.7	41	95.3		
	21-30 años	0	.0	1	3.0	32	97.0		

FUENTE: Instrumento de evaluación de la competencia clínica: Cuestionario para medir el nivel cognitivo del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil n=100

En las variables cualitativas en relación al sexo las mujeres presentan un nivel más bajo de conocimiento que los hombres, las diferencias no fueron significativas. En cuanto a **formación** el médico familiar presenta un nivel más alto de conocimiento que los médicos generales, con una **X2 de 7.728 y un valor de P.005**, estadísticamente significativas. Respecto a la adscripción de los médicos de las UMF 9 y UMF10 mostraron un nivel más bajo de competencia. Los médicos del turno matutino obtuvieron un nivel más alto de conocimiento que el turno vespertino. En cuanto a la certificación los médicos familiares certificados mostraron un nivel de conocimientos más alto que los no certificados. Los médicos con actualización reciente mostraron un nivel más alto de conocimiento que los que no tenían dicha actualización. En todas estas relaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 4).

Cuadro 4: DISTRIBUCION DEL NIVEL COGNOSCITIVO SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN RELACIÓN A LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

VARIABLES		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	X2	P
SEXO	Hombres	0	.0	2	3.4	56	96.6	.095	.755
	Mujeres	0	.0	1	2.4	41	97.6		
FORMACION CON ESPECIALIDAD	Médico Familiar	0	.0	22	37.3	37	62.7	.200	0.004
	Médico General	0	.0	5	12.2	36	87.0		
ADSCRIPCION	UMF 1	0	.0	1	3.8	25	96.2	.2524	.640
	UMF 7	0	.0	0	.0	17	100.0		
	UMF 8	0	.0	0	.0	25	100.0		
	UMF 9	0	.0	1	6.3	15	93.8		
	UMF 10	0	.0	1	6.3	15	93.8		
TURNO	Matutino	0	.0	2	3.4	57	96.6	.075	.784
	Vespertino	0	.0	1	2.4	40	97.6		
CERTIFICACION	Si	0	.0	2	3.3	59	96.7	.042	.834
	No	0	.0	1	2.6	38	97.4		
ACTUALIZACION EN DEMENCIA	Si	0	.0	3	3.4	85	96.6	.422	.516
	No	0	.0	0	.0	12	100.0		

FUENTE: Instrumento de evaluación de la competencia clínica: Cuestionario para medir el nivel cognitivo del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil.
n=100

Al buscar diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la evaluación de la **dimensión de la habilidad** para el diagnóstico de la demencia senil y las características sociodemográficas de los médicos familiares incluidos en la muestra de las **variables cuantitativas** con respecto a la edad se mostró que a menor edad los médicos presentan un nivel más bajo de habilidad, seguidos por los de mayor edad, y que el grupo de los de mediana edad duplica los resultados del grupo más joven. En cuanto a la **antigüedad** los médicos con menor tiempo en el trabajo presentaron un nivel más bajo de habilidad que los médicos de los otros dos grupos más antiguos con una **X2 de 1.145 y un valor de P 0.004** diferencia estadísticamente significativa. (Cuadro 5).

Cuadro 5: DISTRIBUCION DEL NIVEL DE HABILIDADES PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICO FAMILIARES

VARIABLES		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	X2	P
EDAD	29-39	0	.0	0	.0	22	100.0	.567	1.135
	40-49	0	.0	2	4.8	40	95.2		
	50-59	0	.0	1	2.8	35	97.2		
ANTIGUEDAD	< De 10 años	0	.0	0	.0	24	100.0	0.004	1.145
	11-20 años	0	.0	2	4.7	41	97.0		
	21-30 años	0	.0	1	3.0	32	97.0		

FUENTE: Instrumento de evaluación de la competencia clínica: Hoja de cotejo para medir el nivel de habilidad de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil. n=100

Respecto a las **variables cualitativas** en cuanto al sexo de los médicos familiares los hombres presentaron mayor habilidad que las mujeres para el diagnóstico de la demencia senil. En la formación, el médico familiar con especialidad presenta un nivel más alto de habilidad que el médico general. Respecto a la adscripción los médicos de la UMF1 y UMF 8 mostraron más alto nivel de habilidad que las otras unidades. El turno matutino califico con un nivel más alto de habilidad que los médicos del turno vespertino. En la certificación los médicos certificados tienen un nivel más alto de habilidad que los médicos no certificados. En la actualización, los médicos con actualización reciente mostraron un nivel más alto de habilidad que los que no cuentan con esta actualización, en todas estas relaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 6).

Cuadro 6: DISTRIBUCION DEL NIVEL DE HABILIDADES PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICO FAMILIARES

VARIABLES		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	X2	P
SEXO	Hombres	0	.0	2	3.4	56	96.9	.095	.757
	Mujeres	0	.0	1	2.4	41	97.6		
FORMACION CON ESPECIALIDAD	Médico familiar	0	.0	2	3.4	56	96.9	.200	.657
	Médico general	0	.0	1	2.4	41	97.6		
ADSCRIPCION	UMF 1	0	.0	1	3.8	25	96.2	2.524	.640
	UMF 7	0	.0	0	.0	17	100.0		
	UMF 8	0	.0	0	.0	25	100.0		
	UMF 9	0	.0	1	6.3	15	93.8		
	UMF 10	0	.0	1	6.3	15	93.8		
TURNO	Matutino	0	.0	2	3.4	57	96.6	0.75	.784
	Vespertino	0	.0	1	2.4	40	97.6		
CERTIFICACION	Si	0	.0	2	3.4	59	96.7	.042	.834
	No	0	.0	1	2.6	38	97.4		
ACTUALIZACION EN DEMENCIA	Si	0	.0	3	3.4	85	96.6	.422	.516
	No	0	.0	0	.0	12	100.0		

FUENTE: Instrumento de evaluación de la competencia clínica: Hoja de cotejo para medir el nivel de habilidad de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil n=100

Al analizar los resultados de la evaluación de la **dimensión de la actitud** hacia el diagnóstico de la demencia senil y las características sociodemográficas de los médicos familiares incluidos en la muestra respecto a las **variables cuantitativas** en la edad se encontró que los médicos con mediana edad mostraron un nivel más alto de actitud positiva, duplicando los resultados del grupo de menor edad. Respecto a la antigüedad el grupo de mediana antigüedad mostró un nivel más alto de actitud positiva casi igualado con el de mayor tiempo laborando, siendo inferior el de menor tiempo de trabajo, en ambas relaciones no hubo diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 7).

Cuadro 7: DISTRIBUCION DEL NIVEL ACTITUD HACIA EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

VARIABLES		POSITIVA	%	NEUTRO	%	NEGATIVA	%	X2	P
EDAD	29-39	16	72.7	6	27.3	0	.0	.449	.799
	40-49	32	76.2	10	23.8	0	.0		
	50-59	25	69.4	11	30.6	0	.0		
ANTIGUEDAD	< De 10 años	18	75.0	6	25.0	0	.0	.258	.707
	11-20 años	28	65.1	15	34.9	0	.0		
	21-30 años	27	81.8	6	18.2	0	.0		

FUENTE: Instrumento de evaluación de la competencia clínica: Escala de Likert para medir el área efectiva de los médicos familiares en el diagnóstico de la demencia senil
n=100

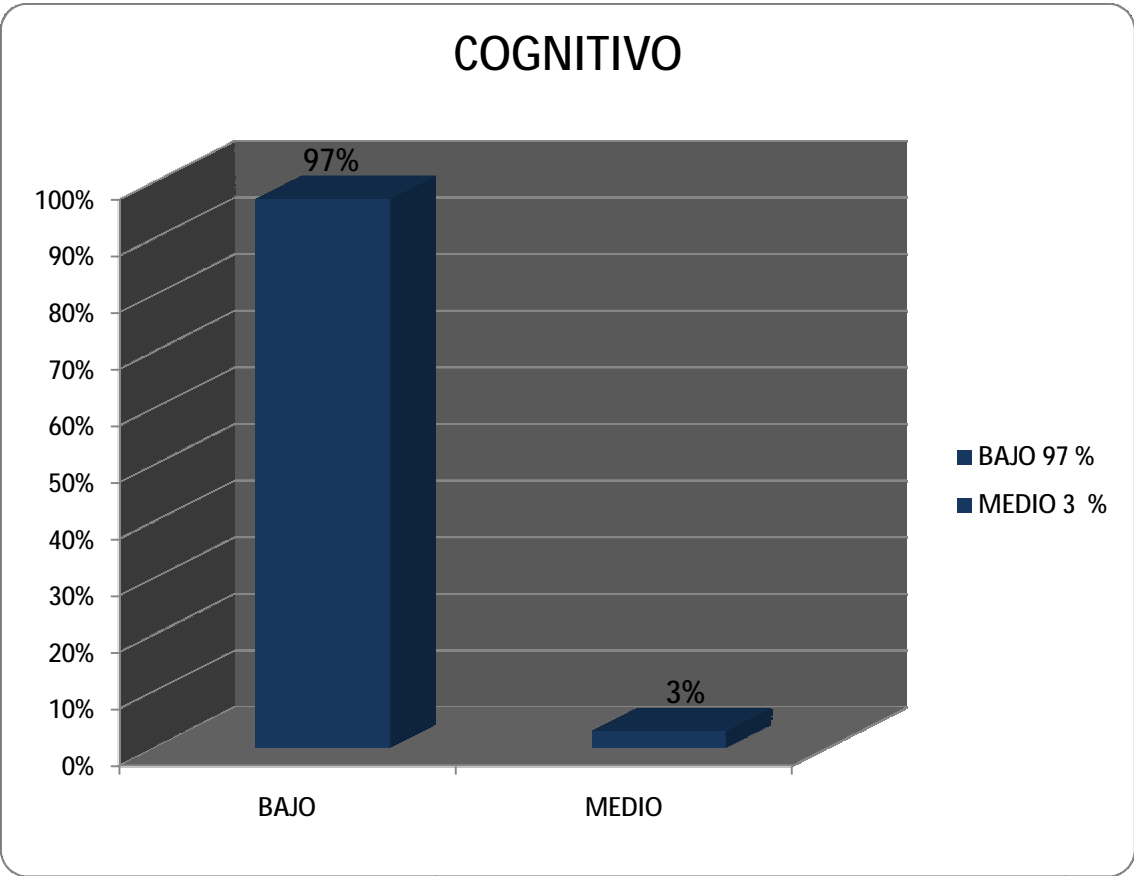
En cuanto al sexo de los médicos familiares, los hombres presentaron un nivel de actitud más positivo que las mujeres. Respecto a la formación los médicos familiares mostraron mayor nivel de actitud positiva que el médico general. En la adscripción de las UMF, la UMF 8 mostró el nivel más alto de actitud positiva comparado con la UMF 9 que presentó el nivel más bajo de actitud. En estas relaciones no hubo diferencias estadísticamente significativas. El **turno** vespertino obtuvo más alto nivel de actitud positiva que el turno matutino, no observándose actitudes negativas, con una **X2 de 7.728 y un valor de P 0.002**, diferencia estadísticamente significativa. Los médicos familiares certificados obtuvieron mayor nivel de actitud positiva con respecto a los no certificados. En cuanto a la **actualización reciente** se encontró que los médicos con actualización tienen un nivel más positivo de actitud que los no actualizados, no hubo diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 8).

Cuadro 8: DISTRIBUCION DEL NIVEL ACTITUD HACIA EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

VARIABLES		POSITIVA	%	NEUTRO	%	NEGATIVA	%	X ²	P
SEXO	Hombres	39	67.2	8	19.0	0	.0	2.323	.127
	Mujeres	34	81.0	19	32.8	0	.0		
FORMACION CON ESPECIALIDAD	Médico familiar	42	77.8	12	22.2	0	.0	1.360	.244
	Médico general	31	67.4	15	32.6	0	.0		
ADSCRIPCION	UMF 1	15	57.7	11	42.3	0	.0	7.500	.112
	UMF 7	14	82.4	3	17.6	0	.0		
	UMF 8	18	72.0	7	28.0	0	.0		
	UMF 9	11	68.8	5	31.3	0	.0		
	UMF 10	15	93.8	1	6.1	0	.0		
TURNO	Matutino	36	87.6	5	12.3	0	.0	7.728	0.002
	Vespertino	37	62.5	22	37.5	0	.0		
CERTIFICACION	Si	44	72.1	17	27.9	0	.0	.060	.807
	No	29	74.4	10	25.6	0	.0		
ACTUALIZACION EN DEMENCIA	Si	63	71.6	25	28.4	0	.0	.739	.390
	No	10	83.3	2	16.7	0	.0		

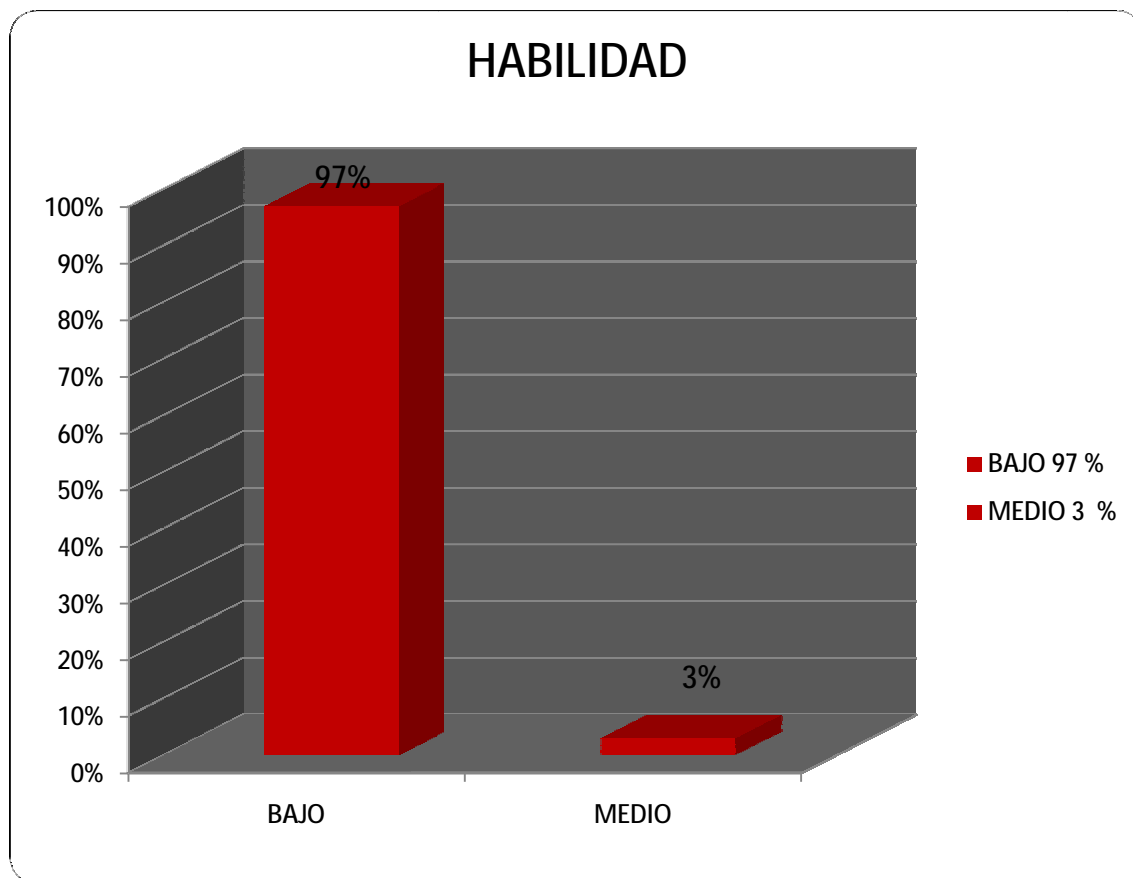
FUENTE: Instrumento de evaluación de la competencia clínica: Escala de Likert para medir área efectiva del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil.
n=100

Gráfica 1. NIVEL COGNITIVO DEL MÉDICO FAMILIAR



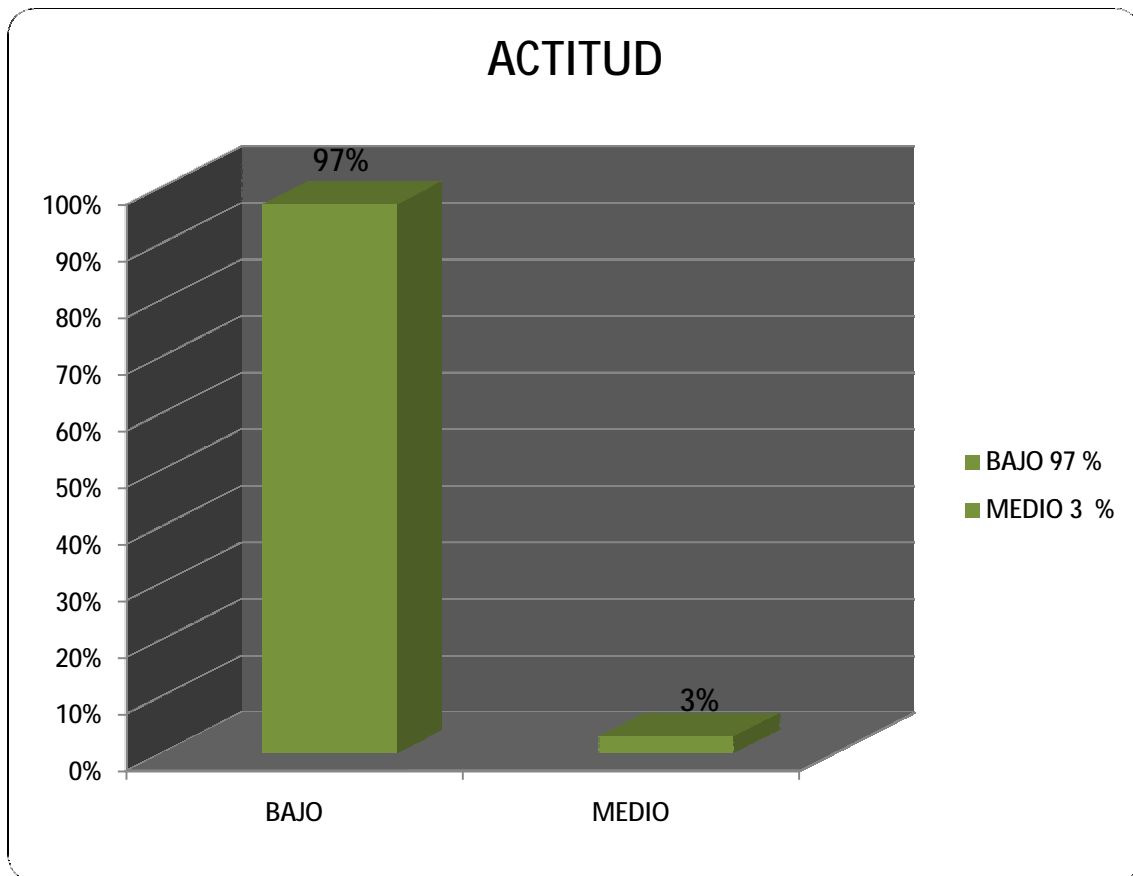
FUENTE: Cuestionario para medir el nivel cognitivo

Gráfica 2. NIVEL DE HABILIDADES DEL MÉDICO FAMILIAR



FUENTE: Cuestionario de hoja de cotejo para medir el nivel de habilidad

Gráfica 3. NIVEL DE ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR



FUENTE: Cuestionario para medir el nivel afectivo

13. DISCUSIÓN

En este estudio se presenta la información obtenida sobre la competencia clínica de los médicos familiares de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes para el diagnóstico de la demencia senil, en sus tres dimensiones cognitiva, de habilidad y de actitud.

Los instrumentos construidos mediante la operacionalización del concepto de la competencia clínica de la demencia senil permitieron medir el conocimiento, las habilidades, y la actitud del médico familiar hacia el diagnóstico de la demencia senil. La muestra aleatoria simple permite generalizar estos resultados a todos los Médicos familiares de las UMF urbanas.

Los resultados de esta aproximación diagnóstica muestran un nivel de competencia clínica muy bajo en el grupo de médicos estudiados. También nos permitió identificar aquellos indicadores con mayor problema en la competencia clínica; el desconocer y saber aplicar escalas de valoración en la demencia senil e indicadores clínicos y paraclínicos en su diagnóstico.

En la **dimensión cognitiva** se encontró que un 97.0% de médicos familiares tienen un nivel bajo de competencia clínica y 3.0% un nivel medio, Por lo que se observa que 7 de cada 10 médicos familiares tienen un nivel bajo inadecuado y que solo 3 de cada 10 médicos tienen un nivel medio de conocimientos. Estos datos coinciden con los reportados por Donaji C y Col. En su estudio de competencia clínica en hipertensión arterial sistémica, quienes encontraron que del grupo 1, el 94% de los estudiantes tuvieron competencia clínica baja y muy baja; del grupo 2, un 87% intermedia y baja, lo que se refleja que los resultados medio y bajo no son aceptables en la práctica clínica. En cuanto a **formación** del médico familiar presenta un nivel más alto de conocimiento que los médicos generales, con una **X² de 7.728 y un valor de P .005**, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, lo que sugiere una influencia favorable de la especialidad en su competencia clínica.

En la **dimensión de habilidades** coinciden los resultados con la dimensión cognitiva observándose 97.0% nivel bajo de competencia clínica y 3.0% un nivel medio de competencia. Por lo que se observa que 7 de cada 10 médicos familiares tienen un nivel bajo inadecuado en la práctica clínica y que solo 3 de cada 10 médicos tienen un nivel medio en habilidad para interrogar explorar y diagnosticar al paciente. Estos datos coinciden con los reportados por García A y Col. En su estudio de competencia clínica en hipertensión arterial sistémica encontrando que el 83% de los médicos estudiados se encontraban en la categoría baja y muy baja.⁹Larios MH y Col. En su estudio de la evaluación de la competencia clínica. Observaron que los resultados obtenidos fueron más bajos en las pruebas escritas ya que estas no pueden evaluar las habilidades clínicas. En cuanto a la **antigüedad** los médicos con menor antigüedad presentaron un déficit mayor de habilidad que los médicos de media y mayor antigüedad con una **X² de 1.145 y un valor de P 0.004** lo cual fue estadísticamente significativa, lo

que refleja una influencia positiva de la experiencia clínica obtenida en los años de trabajo. Al obtenerse una competencia clínica baja en la observación de los médicos en el interrogatorio y exploración en el paciente estandarizado, quizás se deba a que se encuentra una escasa habituación y poca familiaridad de los médicos en este tipo de valoración. Esta situación probablemente sea superada en la medida en que los médicos se vayan familiarizando y habituando a este tipo de instrumentos multidisciplinarios. Es posible que los resultados sean un reflejo de la práctica clínica rutinaria. Un pobre desempeño pudiendo quizás relacionarse con, el horario, cansancio por exceso de trabajo, deficiencias en confort y medio ambiente, falta de motivación, actualización del médico en forma inadecuada, falta de material multidisciplinario para la resolución de problemas clínicos diagnóstico o terapéutico.

El 73.0% de la muestra del estudio en la **dimensión de la actitud** el 73.0% presenta una actitud positiva, y 27.3% una actitud neutra, no registrándose actitudes negativas. Estos datos son semejantes a los reportados por Viniegra VL Y Col. En su estudio de la evaluación de la actitud clínica. Que encontró una actitud positiva en 76.3%.⁶⁵ Lo que no guarda relación con la **dimensión cognitiva** y la **dimensión de la habilidad**. El **turno** vespertino mostró más alto nivel de actitud positiva que el matutino, no observándose actitud negativas, con una **X² de 7.728 y un valor de P 0.002**, lo cual fue estadísticamente significativo. Muy probablemente debido a la construcción de la Escala de Likert que ofreció al médico escoger los valores positivos de la escala, lo que explica el resultado alto en esta dimensión según la teoría de la aceptabilidad social durante el llenado de los instrumentos. A pesar de que la mayoría de las actividades educativas se realizan en el turno matutino, al parecer, esas actividades no han repercutido en forma positiva a la solución de los problemas detectados o quizá por que el turno vespertino no tiene la presión en tiempo de que otro médico lo llega a suplir.

La comparación con otros estudios en competencia clínica en otras patologías reflejan que continua siendo bajo el nivel en las dimensiones de conocimiento y habilidad de los médicos familiares, reflejándose actitud positiva del médico para aprender mediante un proceso de educación médica continua, lo que enriquece la competencia clínica en los médicos del primer nivel.

Un aspecto importante de este estudio son los instrumentos construidos para medir competencia clínica en el diagnóstico de la demencia senil, los cuales se realizaron en base a la operacionalización del concepto, los tres fueron sometidos a un proceso de revisión por expertos del tema en cuanto a sus contenidos, nivel de profundidad y forma de explorar al paciente con demencia senil, lo cual constituye un sesgo de información al no ser instrumentos estadísticamente validados para aplicarse en el primer nivel de atención.

14. CONCLUSION

Los resultados obtenidos en este estudio sobre la competencia clínica de los médicos familiares para el diagnóstico de la demencia senil en UMF urbanas del IMSS en Aguascalientes, en sus tres dimensiones permiten conocer, que el 97.0% de los médicos familiares tienen un nivel de competencia bajo en la dimensión cognitiva, un 3.0% nivel medio, y que ninguno alcanzó el nivel alto, En la dimensión de habilidades el 97.0% mostraron nivel bajo, y un 3.0% nivel medio, ninguno alcanzo nivel alto, en la dimensión de la actitud el 73.3% mostró un nivel positivo y 27.0% un nivel neutro, ninguno se ubico en el nivel negativo.

En cuanto a las características sociodemográficas de los médicos familiares de las UMF urbanas del IMSS Aguascalientes, se encontró que el no contar con la especialidad, con una antigüedad menor de 10 años y pertenecer al turno matutino son factores asociados con un bajo nivel de competencia clínica para el diagnóstico de la demencia senil en las dimensiones de conocimiento, habilidad y actitud respectivamente, puntos en que las diferencias fueron estadísticamente significativas.

15. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos permiten recomendar a las autoridades educativas de la delegación que incrementen el esfuerzo educativo con cursos de capacitación médica continua, dirigido a médicos del primer nivel de atención, sobre el tema de la salud mental con énfasis en la demencia senil, implementando métodos diagnósticos en la población susceptible, elevando el nivel de competencia clínica.

Concienciar a los médicos familiares que se sensibilicen a los cambios, ya que los conocimientos adquiridos, con el tiempo se convierten en obsoletos, haciéndose pasivos y subjetivos debido al avance vertiginoso de la ciencia, la tecnología, y los cambios demográficos.⁶⁶ Se sabe que el bajo nivel de competencia clínica de los médicos familiares, contribuye a que exista un elevado número de pacientes que no son diagnosticados oportunamente.

Buscar estrategias en educación médica continua la cual es clave para el desarrollo de la competencia clínica del médico en el primer nivel de atención que atiende a un elevado porcentaje de adultos mayores, lo cual requiere de una actualización permanente, para un diagnóstico oportuno, cuando el paciente se encuentra en fase inicial de deterioro cognitivo.

Realizar estudios de salud familiar en paciente con factores de riesgo. Promover clínicas para la atención del adulto mayor, para evitar que el paciente llegue a la rigidez y postración siendo totalmente dependiente, evitándose prolongadas hospitalizaciones y altos costos en atención a la salud. Si existiera un grupo de servicio social y apoyo, capacitado en demencia senil, y si se implementara la educar a médicos en esta área, el costo en salud que no se tiene, se reduciría drásticamente.

Para los investigadores es importante continuar avanzando en esta línea de investigación en varias áreas: el perfeccionamiento de los instrumentos de medición adaptados al primer nivel de atención, el desarrollo de estrategias educativas tendientes a superar las deficiencias detectadas, y la identificación de factores que influyen, en forma negativa o positiva, en la competencia clínica de los médicos familiares en el diagnóstico de la demencia senil.

La evaluación utilizada para esta investigación debe servir no solamente para la acreditación, sino para identificar a partir de ella avances y deficiencias en la formación de los médicos familiares en la salud mental, para así incrementar la estrategia de enseñanza hacia el aspecto metodológico que lleven a implementar la competencias clínica es sus tres dimensiones (conocimiento, habilidad y actitud) siendo, una actividad compleja de atributos multidimensionales, por lo que un solo instrumento no puede valorar adecuadamente su amplio rango de competencia.

Que los instrumentos que se elaboraron para la construcción de esta investigación traten de ser validados estadísticamente para adecuar el nivel de aplicación de los mismos, o utilizar otros plenamente validados como auxiliares de diagnóstico.

16. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. González GS. Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias. Rev Servicios de Salud Mental 2001; 1 (1) 1-50
2. Navarrete H. Rodríguez LI. La Demencia ¿Subdiagnosticada e ignorada? Rev Med de Neuroci 2003; 4(1): 1-2.
3. SIMO 2007. Aguascalientes, Ags
4. Bermejo F, Gabriel R, Fernández C, Hofman A. Factores de riesgo vascular y deterioro cognitivo en el anciano. Julio 1999. Pág. 208-217
5. Vivir y convivir. Portal de Lundbeck México. <http://www.lundbeck.com.mx/> Información sobre demencia. <http://www.vivirsindemencia.org>
6. Sabido SMA, Viniegra VL. Competencia y desempeño clínico en diabetes. Rev Invest Clin. 1998; 50(3): 211-216.
7. Viniegra VL, Gutiérrez GSN, Aguilar ME. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. Rev Med IMSS 1999; 37(3):201-210
8. Viniegra VL, Tun QMC, Aguilera ME, Herrera SJC, Efectos del currículo por competencia en medicina familiar. Rev Med IMSS 2003; 41 (1): 5-13
9. García HA, Viniegra VL. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. Rev invest clín Mex 1999; 51 (2): 93-98
10. Donají RBC, Espinosa AP. Competencia clínica en hipertensión arterial sistémica de alumnos de postgrado de dos escuelas de medicina. Rev Invest Clín 2000; 52 (2):132-139
11. División técnica de información y estadísticas en salud. Motivo de consulta en medicina familiar en el IMSS 1991-2002. Rev Med IMSS 2003; 41(5):441-448.
12. Dirección de prestaciones médicas. Unidad de atención médica IMSS Delegación Aguascalientes.
13. Departamento de investigación del IMSS Aguascalientes
14. Bailles LE, González TM. Mc Intyre JS, Charles SC, First MB. Guías clínicas, para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Rev American Psychiatric Association. 2004; 12 (1): 13-29

15. a. Pichot P, López IJJA, Valdez MM. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Pág. 139-162
15. b. CIE-10.
16. Arango LJC, Fernández GS, Ardila A. Las demencias, aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento, Manual Moderno.
17. Revista de la Facultad de medicina de la UNAM 2001;(44): 137-148
18. Brailovsky CA, Educación médica, evaluación de las competencias clínicas. Pág. 103-122
19. Petersen RC. Aging, memory and mild cognitive impairment. Int Psychogeriatrics 1997; 9(9); 65-69.
20. Prado VR, Generalidades sobre la evaluación de la competencia clínica. Rev Mex Pediatric 2000; 67 (6): 278-283
- 21 a. Introducción. <http://www.semfyec.es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum018.html>
- 21 b. Magally S. Cimacnoticias.com/ demencia
22. Viniegra VL, Sabido SMC. Competencia y desempeño en la evaluación del médico. Estudio con pacientes diabéticos en el primer nivel de atención. Rev Invest Cínic 1998; 50(3): 211-216.
23. Gómez SJM. Col. El proyecto COMBELLS. Un análisis de la competencia clínica médica. Med Clín 1995; (105): 649-651
24. Toledo JA, Fernández MA, Trejo JA. Evaluación de la competencia clínica en el posgrado de medicina familiar mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado. Rev. Aten Prim 2002; 30(07):435-441
25. Vázquez CJA. Guía para desarrollar evaluación de competencias clínicas. 2005; 3 (1): 1-4
26. Lifshitz a. La enseñanza de la competencia clínica. Gacet Méd Méx 2004; 140 (3): 312-313
27. Gutiérrez MO. Educación y entrenamiento basados en el concepto de competencia: Implicaciones para la acreditación de los programas de Psicología. Rev Méx de Psicol. 2005; 22 (1): 253-270
28. Larios MH. Col. Evaluación de la competencia clínica en el área de Ginecología y Obstetricia en pregrado. Ginecol Obstet Méx 2002; 70 (11): 558-565

29. Coria AI. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Perfil profesional del médico familiar en México. Pág. 135-142.
<http://www.efdeportes.com/efd18a/actitud.htm>
30. LIFSCHITZ A. Educación médica: técnica de enseñanza y aprendizaje. Rev Méd IMSS (12); 61-86
31. Larios MH Trejo MSA Cortes HMT. Evaluación de la competencia clínica. Rev Med IMSS 1998; 36(1):77-82
32. Trejo JA, Col. Desafío en la enseñanza de la Medicina Familiar en el pregrado: El caso de México. Rev Archivos en Medicina Familiar 2005; 7(3): 109-116
33. Rose E. Las competencias profesionales adquiridas en Medicina Familiar y Comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. Rev Educ Med 2004; 7(4):125-131
34. Vázquez EJJ. Seminario internacional de currículo orientado a competencias profesionales. Educación de competencias clínicas. Sede Barranquilla, Colombia. 25-26 de julio 2005. Universidad de Monterrey. Pág. 1-8
35. Alzheimer: Fisiopatología. Neurología. Pág. 1-2
36. García RF, Cevallos AR. Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida. Sociaci3n L CALA 2004. Capitulo etiología de la demencia. Pág. 57-64
37. Rodríguez GR, Lazcano BG. Prácticas de la Geriatría 2007, 2da edición Mc Graw Hill. Capitulo 60. Demencia. Pág. 390-401
38. Rodríguez R, Morles J, Encinas J. Trujillo Z, Dhyver Teorías del Envejecimiento. Geriatría. Pág. 55-68
39. Brodaty H, Román G, Gauthier S. Aspectos generales de la demencia. Lectures en Dementia 2005; 1 (1): 1-26
40. Pergola F. Envejecimiento cerebral. Geriatría. Pág. 51-63
41. Alberca R, López PS. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2da edición. Editorial Panamerica 2002. Pág. 1-14
42. Introducción a las demencias. [www.pdfactory](http://www.pdfactory.com)
42. b Deterioro cognitivo en la senectud www.robertexto.com
María José González mjgonzalez@psicocentro.com
42. c Casanova SP, Casanova CP, Casanova CC. Deterioro cognitivo en

la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(5-6)

43. González MJ Deterioro cognitivo en la senectud mjgonzalez@psicocentro.com
44. Alberca R, López PS Enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2da edición. Editorial Panamericana 2002. Pág. 213-230.
45. a Delgado OMA. Rehabilitación y fisioterapia en geriatría. Editorial Alcala edición 2004. Pág. 213-225
45. b. Forciea MA, labios M, Schwab EP. Secretos de la geriatría. Demencia senil. 2da edición. Mc. Graw HILL. 2001. Pág. 201-209
46. Fustinoni O. Deterioro Cognitivo y demencia. Pág. 197-101
47. Saiz RJ. Psiquiatría. Enfermedad de Alzheimer un trastorno neuropsiquiátrico. Manual Martín Carrasco Rev Ars Médica 2003; Pág 171-285
48. Varela PL, Chávez JH, Gálvez CM, Méndez SF. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional en Perú. Rev Soc Per Med Inter. 17(2)2004. Pág. 37-42
49. Seth L, Palmer RM, Jonson MA, Jonson CB, Lyons WJ. Diagnostico y tratamiento en geriatría. Manual Moderno 2005. Pág. 71-83.
50. Allegri R, Taragano F, Krupitzki H. Estudio Longitudinal de una población en riesgo de demencia degenerativa primaria. 2006. Pág. 1-2
51. Llibre GJC, Perera ME, Soto UM, Dopazo AM, Impacto Biológico, Psicológico, Social y Económico del Síndrome Demencial en cuidadores cruciales. 2005; Pág. 1-8
52. Leigh S. En México, 600 000 personas padecen un tipo de demencia. Rev Health Day 2007. Pág 1-2 www.healthfinder.gov
53. Leigh S. Los costos de la atención de la demencia en todo el mundo. Rev Health Day 2007. Pág 1-3 www.healthfinder.gov
54. García RF, Cevallos RA, Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida, socialización LCALA, 3ra edición 2004. Pág 93-109.
55. Vazuka MDFA. Principios elementales del examen neurológico. Centro Médico de la Universidad de Temples, Filadelfia, Pensilvania. 2007. Pág. 1-47
56. Pruebas neuropsicológicas - N6 Discapacidad. Biopsicología.net
57. Allegri RF, Harris P, Drake M. Evaluación neuropsicológica de la Enfermedad

de Alzheimer. Pag. 11-15. [Email:allegri@jede.net](mailto:allegri@jede.net).

58. Alberca R, López PS. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2da edición. Editorial Panamerica 2002. Pág. 35-57.
59. Alberca R, López PS. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2da edición. Editorial Panamerica 2002. Pág. 35-57.
60. Allegri RA. La escala de evaluación de la Enfermedad de Alzheimer en la Argentina: instrucciones para su administración. Rev Neurol Arg 1999; 24: 139-145
61. Evaluación de las funciones cognitivas, instrumentos diagnósticos en la valoración de la demencia – N6 Discapacidad-psicobiologia.net
62. Salgado A. Guillen LIF, Ruiz CI. Manual de geriatría. Pág. 577-589 Masson, 2002. 3ra edición.
63. Perlado F. Teoría y Práctica de la Geriatría 1995. Pag. 209-251. Ediciones Díaz de Santos S.A.
64. Ustum, Bertelsen, Dilling, Van Drimmelen, Pull, Osaka, Sartorius. Libro de los casos de la CIE-10.
65. García MJA, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2003; 41(6):487-494.
66. Urbina MR. La educación médica continua 2007. Departamento de Medicina Familiar. Pág. 1
67. Linn MW. Escala de evaluación rápida de la incapacidad. Rev J Am Geriatric Soc 1976; 15: 211-214
68. Reyes C.P. Bioestadística aplicada Agronomía, Biología, Química Editorial Trillas 21 de agosto 1983 2da edición. Pág. 17-53

17. ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO “COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL EN UMF DEL IMSS ZONA METROPOLITANA AGUSACLIENTES, AGS.”

LUGAR, GUASCALIENTES, AGS

FECHA_____ UNIDAD_____

Por medio de la presente acepto participar en el Proyecto de investigación “COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL”

Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social No. _____

El objeto de este estudio es identificar la competencia de los médicos familiares que están en forma operativa en los consultorios de esta Institución, con respecto a la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en la consulta médica en el primer nivel de atención de las UMF del IMSS en la zona metropolitana Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar un cuestionario sobre competencia clínica en sus tres rubros, conocimiento, habilidad y actitud en el diagnóstico de la demencia senil.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el Proyecto de Investigación, dedicar algunos minutos para contestar las preguntas del cuestionario.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del estudio, así como el de responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con el Proyecto de Investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del Proyecto de Investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este examen y que los datos relacionados con privacidad serán manejados de forma confidencial y anónima.

Nombre y firma del médico
Que acepta participar

Nombre y firma
del investigador
principal

Testigo

Testigo

OPERALIZACION DE LA INVESTIGACION

CUADRO DE TRABAJO NO.1

**OPERALIZACION DE CONCEPTO:
PARA LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN UMF DEL
IMSS ZONA METROPOLITANA AGUASCALIENTES**

OBJETIVO	CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	INDICES
Determinar cual es el nivel de competencia clínica del MF para el diagnóstico de la demencia senil	La competencia clínica del MF para el diagnóstico de la demencia senil: Es el conjunto de conocimiento habilidades, actitudes, de los médicos familiar para diagnosticar a los pacientes con demencia senil	<p>Conocimiento</p> <p>Lo que el médico sabe sobre el diagnóstico de la demencia senil</p> <p>Habilidades</p> <p>Lo que el médico hace para el diagnóstico del paciente con demencia senil</p> <p>Actitud</p> <p>Lo que el médico siente hacia el diagnóstico de la demencia senil</p>	<p>Conocimiento</p> <p>Variación en lo que el MF sabe sobre el diagnóstico de la demencia senil</p> <p>Habilidades</p> <p>Variación en lo que el MF hace para el diagnóstico de la demencia senil</p> <p>Actitud</p> <p>Variación en lo que el MF siente hacia el diagnóstico de la demencia senil</p>	<p>A. Conocimiento</p> <p>Sobre el diagnóstico clínico de la demencia senil</p> <p>1. Clínico</p> <p>Etiología Epidemiológico Factores de riesgo Fisiopatológico Clasificación Cuadro clínico Complicaciones Diagnóstico Df</p> <p>2. Paraclínico</p> <p>Historia clínica Interrogatorio</p> <p>Ficha de identificación Valoración integral y funcional del anciano Antecedentes Padecimiento actual Síntomas neurológicos Síntomas Neuropsicológicos Síntomas Neuropsiquiátricos Síntomas del comportamiento físico y motor</p> <p>Comportamiento en lo (escolar,</p>	<p>Nivel de Competencia clínica en el conocimiento</p> <p>ALTO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal , multiplicado por 100 es de 80 a 100%</p> <p>MEDIO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es de 60 a 79%</p> <p>BAJO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es menor de 50%</p>

				<p>laboral, social, familiar, hogar) Incapacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria Historia laboral Historia de maltrato Historia debido a otras causas (toxicas, drogas, metales, fármacos, quirúrgicos, secuelas, traumas, ECD, de etiología múltiple y no específicas)</p> <p>B. Habilidades</p> <p>Historia clínica (Exploración física armada y con escalas)</p> <p>Escala de valoración funcional física, básica, instrumental de la vida diaria Exploración Neurológica Escalas Neuropsicológicas Escalas Neuropsiquiátrica Interpretación de estudios de laboratorio y gabinete Neuroimagen, Genéticos Marcadores biológico Bioquímica molecular Histopatológicos</p>	<p>Nivel de competencia clínica en las habilidades</p> <p>ALTO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es de 80 a 100%</p> <p>MEDIO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es de 60 a 79%</p> <p>BAJO</p> <p>Si el resultado</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>C. Actitud</p> <p>Interés- desinterés Agrado- desagrado Motivación- desmotivación Tolerante- intolerante Accesible- inaccesible Soportable- insoportable Suspica z insuspica z Positivo- negativo Hacia el Diagnostico de la demencia senil</p>	<p>de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es menor de 50</p> <p>Nivel de competencia clínica en actitud</p> <p>ALTO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es de 80 a 100%</p> <p>MEDIO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es de 60 a 79%</p> <p>BAJO</p> <p>Si el resultado de la suma de cada indicador correcto sobre el total ideal, multiplicado por 100 es menor de 50%</p>
--	--	--	--	---	---

CUADRO DE TRABAJO NO. 2

METODO PARA EL ESTUDIO DE LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL

OBJETIVO GENERAL	UNIVERSO DE TRABAJO	UNIDAD MUESTRAL	UNIDAD DE OBSERVACION	UNIDAD DE ANALISIS	TIPO DE MUESTRA	TAMAÑO DE LA MUESTRA	PARAMETROS PARA DETECTAR LA MUESTRA
Determinar el nivel de competencia clínica del Médico Familiar en el diagnóstico de la demencia senil	Todos los Médicos Familiares de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes	El Médico Familiar de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes	Los Médicos Familiares de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes	El Médico Familiar de las UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes	Probabilística aleatoria simple	100 médicos familiares	Tamaño poblacional 221 MF Prevalencia esperada 8% Peor resultado 5% Nivel de confianza 99% Peor resultado 80 Media 143 médicos, y seleccionados aleatoriamente 100

CUADRO DE TRABAJO NO. 3

**PLAN DE ANALISIS PARA EL ESTUDIO DE LA COMPETENCIA CLINICA DEL
MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL**

OBJETIVO	VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA	RELACIONES O ASOCIACIONES SIMPLES	PRUEBAS DE HIPOTESIS
<p>Determinar cual es la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil</p>	<p>Sociodemográficas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Años 2. Sexo 3. Formación con especialidad 4. Adscripción 5. Turno 6. Certificación en el consejo correspondiente 7. Antigüedad 8. Capacitación en demencia senil en los últimos 2 años <p>COMPETENCIA CLINICA</p> <p>1. Conocimiento:</p> <p>Variación en lo que el MF sabe sobre el diagnóstico de la demencia senil</p> <p>2. Habilidades</p> <p>Variación en lo que el MF hace para el diagnóstico del paciente con demencia senil</p> <p>3. Actitud:</p> <p>Variación en lo que el MF siente hacia el diagnóstico de la demencia senil</p>	<p>Estadística Descriptiva:</p> <p>Tipos de distribución:</p> <p>Frecuencia absoluta</p> <p>Porcentajes</p> <p>Medidas de tendencia central (media, mediana y moda))</p> <p>Medidas de dispersión (Rango y desviación estándar)</p> <p>Buscar diferencias Estadística significativas:</p> <p>Utilizando la prueba de X² y el valor de P</p> <p>Representadas en:</p> <p>Cuadros de contingencia y gráficas</p>	<p>No realizadas</p>	<p>No requiere</p>

- a. Si _____
- b. No _____

7. Antigüedad como médico familiar en años _____

8.- Capacitación en demencia senil en los 2 últimos años _____

- a. No _____
- b. Si _____

**CASO CLINICO PARA EVALUAR EL AREA COGNITIVA SOBRE LA
COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE
LA DEMENCIA SENIL**

Cuidadosamente lea el caso clínico real, se acompaña de varios ítems de opción múltiple referentes al caso elija el que usted considere el correcto.

CASO CLINICO

Matías es un mexicano de 66 años

Matías se estaba volviendo tan olvidadizo que su mujer tenía miedo de dejarle solo, incluso en casa. Su mujer le llevó a un centro psiquiátrico siguiendo las indicaciones del médico de cabecera. A los 60 años, Matías se jubiló anticipadamente como funcionario porque durante los 5 años anteriores no había sido capaz de realizar sus tareas satisfactoriamente. Cometía numerosos errores cuando enviaba la correspondencia a las diferentes secciones del edificio. Al mismo tiempo, y gradualmente, fue abandonando sus aficiones (pasear, hacer, manualidades, participar como miembro de un club) y se volvió cada vez más pasivo. Al principio su creciente pérdida de memoria no fue apreciada en su ambiente familiar. Un día, cuando tenía 62 años, caminando por una zona que conocía muy bien, no supo volver a su casa. Desde entonces sus fallos de memoria comenzaron a ser más pronunciados. Perdía cosas, olvidaba citas, y le resultaba extraña la zona donde había vivido durante más de 40 años. No reconocía incluso a sus mejores amigos, y perdió interés por los periódicos y por la televisión. Durante tres años su mujer tuvo que lavarle y vestirle por que ya no sabía ponerse la ropa. Cuando comían, se manejaba torpemente con la cubertería, porque no sabía como utilizarla. Cuando su mujer salía de casa, tenía que cerrar con llave, de otra manera podía ponerse a vagabundear y perderse. El año anterior sufrió “ataques”, hasta tres veces por semana en la que tenía colapsos bruscos, llegando a no responder y agitando los brazos al mismo tiempo.⁶⁴

ANTECEDENTES

La mujer de Matías relato que su marido aprendió platería después de dejar el colegio y que participó en la guerra como piloto. Se casaron cuando él tenía 23 años y desde entonces habían estado juntos. No tenían hijos. Matías trabajo primero en su profesión, pero a los 46 años comenzó como cartero en un departamento de gobierno. Hasta donde conocía su esposa los tres hermanos de su marido tenían una buena salud física y mental.

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION

El paciente estaba desorientado temporal y espacialmente. Solo podía recordar su nombre y su fecha de nacimiento. No fue posible hacer un examen más preciso ya que no hacía caso a las preguntas, contestaba solo palabras como “aja” “bien”, “¡bien!”, y, en ocasiones, con una entonación burlona “ ¡ahora, ahora, ahora!”. Durante la entrevista parecía perdido, no contestaba y, a menudo, encogía los brazos como indeciso. Parecía tenso y angustiado cuando se le pedía que nombrara objetos o que recordara palabras o números. Sin embargo, su comportamiento parecía amistoso y colaborador.

Matías no era capaz de seguir instrucciones. No sabía vestirse o desvestirse solo. El examen mental parecía ser una molestia creciente para él, poniéndose a la defensiva y mostrándose desganado. Su estado nutricional y sus condiciones generales eran buenas, y los especialistas en medicina interna no encontraron anomalías en los pulmones, corazón o abdomen, (a la palpación). El sistema vascular parecía normal. En el examen neurológico, los reflejos musculares propioceptivos de ambos lados fueron difíciles de valorar. No había signos piramidales, ni reflejos patológicos. Los hallazgos de la exploración de los nervios craneales y de las pruebas de sensibilidad fueron normales hasta donde pudieron ser valorados. Había indicios de descoordinación visoespacial.

Las pruebas funcionales dieron resultados normales, con la excepción del electroencefalograma (EEG) y de la tomografía computadorizada (CT). El EEG mostró alteraciones de leves a moderadas generalizadas y una presencia aleatoria de actividad de una onda, indicadora de un trastorno general difuso. No existieron indicios de focos epilépticos o de otras alteraciones focales. Fue posible comparar un escáner (CT) de alto contraste con otro tomado 4 años antes, a petición de un neurólogo, cuando el paciente mostró una creciente falta de memoria. En aquel momento el daño difuso ya era superior a la que normalmente presentan los pacientes de esa edad, sin que se evidenciaran áreas de hiper o hipo densidad. Esto mismo se apreció en el momento del interrogatorio, la exploración física, la resonancia magnética, la tomografía computadorizada con emisión de fotón único, en la tomografía con emisión de positrones, manifestándose anomalías anatómicas y funcionales, además una progresión del daño, especialmente marcada en las áreas características de este padecimiento. Las pruebas convencionales de laboratorio resultaron normales. No se realizaron pruebas genéticas ni de marcadores biológicos moleculares

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL AREA COGNITIVA SOBRE LA
COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO LA
DEMENCIA SENIL DEL CASO CLINICO**

Cuestionario No. _____

1. El síndrome de la demencia senil se define como un cuadro progresivo que se caracteriza a su inicio por
 - a. Amnesia
 - b. Afasia y apraxia
 - c. Agnosia y trastorno de la función ejecutiva
 - d. Todo es correcto

2. Causa etiológica de demencia senil de este paciente
 - a. No degenerativa
 - b. Degenerativa
 - c. De etiología incierta
 - d. Ninguna es correcta

3. La forma de inicio de la demencia senil de este paciente según su edad es de
 - a. Inicio insidioso
 - b. Inicio precoz
 - c. Inicio no especificado
 - d. Inicio tardío

4. La prevalencia del tipo de demencia senil que presenta el paciente es del
 - a. 80%
 - b. 75%
 - c. 60%
 - d. 50%

5. En México la prevalencia de la demencia senil se calcula que es del 6% en personas mayores de 60 años y se duplica cada 5 años. Último reporte predice que a partir de los 80 años la posibilidad es una de cada cinco personas. Un cálculo conservador en nuestro país arroja alrededor de
 - a. 100 000 a 200 000 pacientes con demencia senil
 - b. 200 000 a 300 000
 - c. 300 000 a 400 000
 - d. 500 000 a 700 000

6. La fisiopatología de esta demencia senil se caracteriza por
- Leucoaraiosis de los cuerpos mamilares
 - Eosinofilos redondos en el citoplasma neural
 - Encefalopatía espongiiforme
 - Mutación y depósito de la proteína amiloide beta A/4
7. La neuropatología del tipo de demencia senil de este paciente se caracteriza por
- Cuerpos de Hirano
 - Ovillos neurofibrilares
 - Angiopatía amiloide
 - Todo es correcto
8. Es un antecedente heredofamiliar de riesgo para demencia senil en este paciente
- Antecedentes negados
 - Antecedentes de patología psiquiátrica
 - Antecedentes desconocidos
 - El interrogatorio no es el adecuado
9. Es un antecedente personal patológico en el paciente
- Su jubilación temprana
 - El no concentrarse en el trabajo
 - Múltiples errores cometidos
 - Los olvidos
10. Es un factor de riesgo protector en el paciente
- El vino
 - El tabaco
 - Alelo Apo E2 del gen de la Apo E
 - todo es correcto
11. Con base a las características clínicas que tipo de demencia senil presenta este paciente
- Subcortical
 - Cortical
 - Axial
 - No especificada

12. Asumiendo la posible existencia de una atrofia focal causante del cuadro su localización más frecuente sería
- a. Temporooccipital
 - b. Frontoorbitaria
 - c. Frontotemporoparietal
 - d. Parietooccipital
13. El no reconocer a sus amigos y la pérdida del interés a la televisión sería
- a. Somatognosia
 - b. Prosopagnosia
 - c. Agnosia
 - d. b y c son correctas
14. La pérdida del interés por la lectura de los periódicos es sinónimo de
- a. Amnesia
 - b. alexia
 - c. afasia
 - d. agnosia
15. La incapacidad para vestirse es sinónimo de
- a. Agnosia
 - b. Apraxia
 - c. afasia
 - d. amnesia
16. Es un trastorno psiquiátrico y del comportamiento en el paciente
- a. El no saber vestirse
 - b. Las ideas
 - c. La agresión el perderse, vagabundear
 - d. Ninguna es correcta
17. Son trastornos neuropsicológicos en el paciente
- a. Amnesia y afasia
 - b. Apraxia y agnosia
 - c. Disfunción de ejecución
 - d. Todo es correcto

18. En este momento de la evaluación en que fase se encuentra la evolución del cuadro clínico de este paciente
- a. Fase leve a moderada
 - b. Fase moderada a severa
 - c. Fase grave a profunda
 - d. Todo es correcto
19. De acuerdo a la valoración del mini-MENTAL el estado cognitivo del paciente a la desorientación temporal y espacial le daría
- a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
20. La atención y el cálculo en el paciente de acuerdo a la valoración cognitiva es
- a. Cognitivo del envejecimiento normal
 - b. Cognitivo leve
 - c. Cognitivo probable
 - d. Cognitivo grave
21. De acuerdo a la valoración cognitiva de la memoria de este paciente usted le daría
- a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
22. Pruebas convencionales en sospecha de demencia senil
- a. BH, QS, EGO
 - b. PFT Y LCR
 - c. Niveles séricos de de vitamina B12 y fólato
 - d. Todo es correcto
23. Otras pruebas serían
- a. VIH y VDRL
 - b. Inmunológicas
 - c. Genéticas y biopsia cerebral
 - d. Todas son correctas

24. Como se espera el resultado del EEG en este paciente
- a. Rápido con descargas en todo el registro
 - b. Lento con presencia de ondas teta
 - c. Ipsiarritmias y ondas gama
 - d. Interrumpido sin descargas sin ondas
25. La Resonancia magnética proporciona imágenes mejores en lesiones de
- a. La sustancia gris
 - b. Sustancia blanca y vasculares
 - c. Puente
 - d. Ninguna es correcta
26. Técnica que mide la actividad metabólica cerebral el flujo sanguíneo, receptores y neurotransmisores
- a. Tomografía computadorizada con emisión de fotón único (SPET)
 - b. Tomografía con emisión de positrones (PET)
 - c. Espectroscopia con resonancia magnética (MRS)
 - d. Todas son correctas
27. Técnica que se utiliza para cuantificar el flujo sanguíneo y la detección de receptores muscarínicos y dopaminérgicos
- a. Tomografía con emisión de positrones
 - b. Espectroscopia con resonancia magnética
 - c. Tomografía computadorizada con emisión de fotón único
 - d. Ninguna es correcta
28. Pruebas genéticas involucrada en este tipo de demencia senil
- a. El cromosoma 21 codifica para proteína precursora beta amiloide
 - b. El cromosoma 14 y 1 que codifican para la preselina 1 y 2
 - c. El cromosoma 19 que codifica para la apolipoproteína (APOE) 4
 - d. Todo es correcto
29. Si se hubiera realizado una prueba genética se hubiese encontrado uno de los 3 genes 21,14,1 que se heredan y se adquieren en forma
- a. Tardía
 - b. Moderadamente tardía
 - c. Precoz
 - d. Nada es correcto

30. Prueba de bioquímica molecular más grande en el mundo existe en la mutación de
- a. Valina por isoleucina
 - b. Valina por fenilalanina
 - c. Lisina por metionina
 - d. Ácido glutámico por una alanina
31. En que fase se encuentra la evolución del cuadro clínico de este paciente
- a. Fase leve a moderada
 - b. Fase moderada a severa
 - c. Fase grave a profunda
 - d. Todo es correcto
32. La duración en años afianza el diagnóstico de demencia senil en este paciente
- a. 2 a 4 años
 - b. 4 a 6 años
 - c. 6 a 8 años
 - d. 8 a más de 10 años

HOJA DE COTEJO PARA EVALUAR EL AREA DE HABILIDADES DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL.

INSTRUCCIONES: Observe detenidamente al médico familiar y la habilidad para interrogar y explorar los componentes de la competencia clínica en el paciente estandarizado demencia senil.

Por favor marque con una X en el espacio correspondiente si realizo o no los procedimientos del interrogatorio, exploración física y diagnóstico, si utilizo algún método o escala de valoración durante la consulta del paciente estandarizado, no utilice la última línea de cof.

Hoja No. _____

HISTORIA CLINICA

I.0 INTERROGATORIO

Cof

I.1 Edad	Si		No		
I.2 Sexo	Si		No		
I.3 Escolaridad	Si		No		
I.4 Ocupación	Si		No		
I.5 Estado civil	Si		No		
1.6 Lateralidad	Diestro		Zurdo		

1.7 VALORACION INTEGRAL Y FUNCIONAL DEL ANCIANO

I.8.AHF	Si		No		
I.9 APNP	Si		No		
I.10 AGO	Si		No		
1.11 APP	Si		No		

I.12 PADECIMIENTO ACTUAL (Incontinencia. Sexo, desplazamiento, marcha, movilidad articular, maltrato, nutrición etc)

Si		No		
----	--	----	--	--

Forma de inicio y tiempo de evolución (agudo, subagudo, crónico, lentamente escalonado, fluctuante)

Si		No		
----	--	----	--	--

Observe si le pregunta algún cambio intelectual que le preocupe

Si		No		
----	--	----	--	--

Si ha observado cambios en su memoria, en su forma de pensar, lenguaje conducta, cambios de personalidad, nutricionales, sociales, sexo, deambulación.

Si		No		
----	--	----	--	--

I.13 OBSERVE SI INTERROGA SINTOMAS NEUROLOGICOS

La presencia o no de síntomas y signos con déficit focal gradual, progresivo o ausente

Cefalea	Si		No		
Perdida de la conciencia	Si		No		
Sincope	Si		No		
Convulsiones	Si		No		
Déficit transitorio	Si		No		
Mareo	Si		No		
Vértigo	Si		No		
Marcha	Si		No		
Equilibrio	Si		No		
Sensibilidad	Si		No		
Motricidad	Si		No		
Movimientos involuntarios	Si		No		
Perdida de fuerza muscular	Si		No		

1.14 OBSERVE SI PREGUNTA SINTOMAS NEUROPSICOLOGICOS

Amnesia	Si		No		
Afasia	Si		No		
Apraxia	Si		No		
Agnosia	Si		No		

Disfunción de ejecución	Si		No		
Acalculia	Si		No		
Agrafia	Si		No		
Alexia	Si		No		
Habilidades visuoespaciales	Si		No		
Habilidades visuomotoras	Si		No		

I.15 OBSERVE SI INTERROGA SINTOMAS NEUROPSIQUIATRICO

Depresión	Si		No		
Ansiedad	Si		No		
Alucinaciones (visuales auditivas)	Si		No		
Ideas delirantes	Si		No		
Euforia	Si		No		
Identificación errónea	Si		No		
Confusión	Si		No		
Psicosis	Si		No		
Insomnio	Si		No		
Mutismo	Si		No		

I.16 SI INTERROGA SOBRE EL AFECTO Y ESTADO DE ANIMO

Apropiado	Si		No		
Ansioso	Si		No		
Depresivo	Si		No		
Maniaco	Si		No		
Irritable	Si		No		
Labilidad emocional	Si		No		

I.17 SI PREGUNTA TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO

Agitación	Si		No		
Agresión (verbal, física)	Si		No		
Normal	Si		No		
Apatía	Si		No		
Desinhibición sexual	Si		No		

Cambios en hábitos de alimentación	Si		No		
Alteración de sueño/vigilia	Si		No		
Idea suicida	Si		No		
Intenso suicida	Si		No		

I.18 SI PREGUNTA TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO MOTOR

Aberrante	Si		No		
Paseo de un lado para otro	Si		No		
Caminar errático	Si		No		
Inquietud	Si		No		
Temblor	Si		No		
Lentitud	Si		No		
Rigidez	Si		No		

1.19 OBSERVE SI INTERROGA SOBRE EL IMPACTO DEL FUNCIONAMIENTO EN LO:

Escolar	Si		No		
Laboral	Si		No		
Social	Si		No		
Familiar	Si		No		
Hogar	Si		No		

1.20 OBSERVE SI PREGUNTA COMO SE DESARROLLA EN UN DIA NORMAL EL PACIENTE EN LA VIDA DIARIA

Déficit de la escala de la actividad instrumental de la vida diaria

Manejo del dinero	Si		No		
Ir de compras	Si		No		
Conducir un vehículo	Si		No		
Uso del teléfono	Si		No		

Uso de documentos legales Cocinar, uso de utensilios y estufa	Si		No		
Manejo de la medicación	Si		No		
Tareas domesticas	Si		No		
Deambular	Si		No		
Ir de paseo	Si		No		

Déficit de la escala de la actividad básica de la vida diaria

Vestirse	Si		No		
Comer	Si		No		
Uso de cuarto de baño	Si		No		
Higiene personal	Si		No		
Desplazamiento	Si		No		
Incontinencia de esfínteres	Si		No		

1.21 SI INTERROGA SOBRE HISTORIA LABORAL

1.22 SI INTERROGA SOBRE HISTORIA DEBIDA A OTRAS CAUSAS.

Tóxicos	Si		No		
Drogas	Si		No		
Metales	Si		No		
Fármacos	Si		No		
Cirugías	Si		No		
Secuelas	Si		No		
T.C.E	Si		No		
ECD	Si		No		
Infeciosas	Si		No		
De etiología múltiple	Si		No		
No específicas	Si		No		

1.23 SI INTERROGA SOBRE FACTORES DE RIESGO

Si		No		
----	--	----	--	--

II. EXPLORACIÓN FÍSICA

II.1	Peso	Si		No		
II.2	Talla	Si		No		
II.3	Signos vitales	Si		No		
II.4	Apariencia	Si		No		
II.5	Inspección	Si		No		
II.6	Palpación	Si		No		
II.7	Auscultación	Si		No		
II.8	Percusión	Si		No		
II.9	Exploración armada	Si		No		
II.10	Valoración funcional, básica, instrumental de la vida diaria	Si		No		
II.11	Exploración neurológica	Si		No		
II.12	Exploración Neuropsicológica	Si		No		
II.13	Exploración Neuropsiquiátrica	Si		No		

II.14 OBSERVE SI SE PERCATA DEL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA

Alerta	Si		No		
Orientado (persona, tiempo, espacio)	Si		No		
Concentrado	Si		No		
Razonamiento	Si		No		
Impulsivo	Si		No		
Lento	Si		No		
Perseverante	Si		No		
Indiferente	Si		No		
Colaborador	Si		No		
Tipo de personalidad	Si		No		

II.15 OBSERVE SI SE PERCATA DE ALGUNA ALTERACION EN EL LENGUAJE DURANTE LA ENTREVISTA

Normal	Si		No		
Comprensivo	Si		No		
Prosodia	Si		No		
Parafasias	Si		No		
Circunlocuciones	Si		No		
Olvido de palabras	Si		No		
Disartría	Si		No		
Bradilalia	Si		No		

II.16 OBSERVE SI UTILIZA ALGUNA TECNICA PARA VALORAR LA EXPLORACION NEUROLOGICA

Si		No		
----	--	----	--	--

II.17 OBSERVE SI UTILIZA ALGUNA ESCALA NEURPSICOLOGICA PARA VALORAR SINTOMAS NEUROPSICOLOGICOS

Si		No		
----	--	----	--	--

II.18 OBSERVE SI UTILIZA ALGUNA ESCALA NEUROPSIQUIATRICA PARA VALORAR SINTOMAS NEUROPSIQUIATRICOS

Si		No		
----	--	----	--	--

III. OBSERVE SI PIDE ALGUNA PRUEBA RECOMEDADA EN LOS CASOS DE SOSPECHA DE DEMENCIA SENIL

III.1 CONVENCIONALES

Laboratorio y gabinete	Si		No		
------------------------	----	--	----	--	--

III.2 NEUROIMAGEN

ESTRUCTURALES (TAC, IRM)	Si		No		
FUNCIONALES (ERM, PET, SPECT)	Si		No		

III.3 IDENTIFICO EL ORIGEN DE LA DEMENCIA SENIL

Degenerativa	Si		No		
No degenerativa	Si		No		

III.4 IDENTIFICO SI ES DE INICIO PRECOZ O TARDIO

Si		No		
----	--	----	--	--

III.5 IDENTIFICO EVOLUCION DE LA DEMENCIA SENIL SI ES AGUDA O CRONICA

Si		No		
----	--	----	--	--

III.6 IDENTIFICO EL TIPO DE DEMENCIA SENIL

Si		No		
----	--	----	--	--

III.7 OBSERVE SI IDENTIFICO LA FASE DE LA DEMENCIA SENIL

III.5.1 Fase leve	Si		No		
III.5.2 Fase moderada	Si		No		
III.5.3 Fase grave	Si		No		
III.5.4 Fase profunda	Si		No		

III.8 IDENTIFICO LA CLASIFICACION DE LA DEMENCIA SENIL

Reversible	Si		No		
Irreversible	Si		No		

IV. INTEGRO EL DIAGNOSTICO

Si		No		
----	--	----	--	--

IV.1 ENVIO AL PACIENTESE AL SEGUNDO NIVEL

Si		No		
----	--	----	--	--

IV.2 ORIENTO SOBRE CUIDADOS Y FACTORES DE RIESGO AL FAMILIAR

Si		No		
----	--	----	--	--

ESCALA DE LIKERT PARA EVALUAR LA ACTITUD DE LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL

INSTRUCCIONES: Siga las indicaciones por favor, marque con una X su grado de acuerdo o desacuerdo en los reactivos de la columna correspondiente, no utilice la columna de Cod.

REACTIVOS	COMPLETAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	COD.
1. Me interesa conocer los síntomas de la demencia senil para valorar a mis pacientes y diagnosticarlos (+)	5	4	3	2	1	
2. Considero que necesito conocimientos, habilidades y actitud para diagnosticar la demencia senil (+)						
3. No conozco y ni se aplica la guía clínica de los trastornos psiquiátricos (-)	1	2	3	4	5	
4. Considero que soy un factor clave para contribuir al diagnóstico de la demencia senil que se ha convertido en la epidemia del siglo (+)						
5. El diagnosticar un caso de demencia senil es mi responsabilidad registrarlo en el expediente (+)						
6. No diagnóstico la demencia senil ya que la considero obsoleta e intrascendente (-)						
7. Me interesa conocer la escala del Mini-mental ya que me valora el estado cognitivo y el grado de demencia senil de mi paciente (+)						
8. Considero que las guías clínicas de los trastornos psiquiátricos son instrumentos burocráticos e inaccesibles al MF (-)						
9. No me interesa tratar los Factores de Riesgo de la demencia senil ya que son padecimientos irreversible e intratables (-)						

10. No se como se diagnóstica el estado cognitivo del paciente pero me interesaría que los instrumentos de valoración aparecieran en las guías PREVENIMSS (+)						
11. Las acciones que realizo en mi consultorio al diagnosticar la demencia senil no son las adecuadas (-)						
12. Soy franco no valoro el estado mental de mis pacientes con factores de riesgo de demencia senil (-)						
13. No me indigna saber que de cada 10 personas, una será demente para el año 2025 (-)						
14. Creo confundir los síntomas del envejecimiento con los síntomas de la demencia senil (+)						
15. La demencia senil esta presente a diario en mi consulta, y no la diagnostico (-)						
16. Me desespera dar consulta al paciente con demencia senil por que no entiende mis indicaciones (-)						
17. Me deprime atender a pacientes con demencia senil (+)						
18. Me frustra atender al paciente demente por perder el interés en la vida (+)						
20. Me angustia ver al paciente con demencia senil quizás el día de mañana llegare a ser igual a él (+)						
21. Es aceptable que el demente sea excluido de la sociedad por ser una vergüenza para la familia (-)						
22. La demencia senil es llamada la epidemia del siglo por lo tanto debe ser diagnosticada (+)						
23. No me interesa saber si el día de mañana presento olvidos o trastornos de la conducta (-)						

24. Soy médico familiar tengo antecedentes heredofamiliares de demencia senil debo ser diagnosticado ahora (+)						
25. Me indigna saber que inicio con olvidos y trastornos de conducta que me hacen cometer errores en mi trabajo (+)						
26. No me interesa saber si el día de mañana llego hacer un demente vagabundo (-)						
27. Reconozco que mis pacientes con demencia senil serán mis pacientes del mañana (+)						
28. Ignoro si tengo pacientes con factores de riesgo para demencia senil y si su vida laboral, social y familiar esta siendo comprometiendo (-)						
29. Me motiva saber si mi paciente con demencia senil esta siendo bien atendido por el familiar. (+)						
30. No me preocupa el seguimiento especial a estos enfermos que no me exigen nada (-)						
31. No me interesa tratar al paciente con demencia senil por ser improductivo e independiente (-)						
32. Siento que el IMSS debe de implementar métodos de valoración y educación médica continua al MF en la demencia senil (+)						
33. A mis pacientes con olvidos y perdida de la memoria les digo que sus síntomas son síntomas de la vejez (-)						

**RESULTADOS DEL PLAN DE ANALISIS OBTENIDOS DEL PROGRAMA
COMPUTACIONAL SPSS DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA COMPETENCIA CLINICA EN SUS TRES
DIMENSIONES, COGNITIVA DE HABILIDAD Y ACTITUD**

**DISTRIBUCION DEL NIVEL COGNOCITIVO SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LA
DEMENCIA SENIL EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS
SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES**

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
EDAD	29-29	0	.0	0	.0%	22	100.0%	22	100.0
	40-49	0	.0	2	4.8	40	95.2	42	100.0
	50-60	0	.0	1	2.8	35	97.2	36	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
ANTIGUEDAD	<10	0	.0	0	0.0	24	100.0	24	100.0
	11-20	0	.0	2	4.7	41	95.3	43	100.0
	21-30	0	.0	1	3.0	32	97	33	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
SEXO	HOMBRES	0	.0	2	3.4	56	96.6	58	100.0
	MUJERES	0	.0	1	2.4	41	97.6	42	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
FORMACION CON ESPECIALIDAD	MÉDICO FAMILIAR	0	.0	22	37.3	37	62.7	59	100.0
	MÉDICO GENERAL	0	.0	5	12.2	36	87.0	41	100.0
TOTAL		0	.0	27	27.0	73	73.0	100	100.0

VARIABLE		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	TOTAL	%
ADSCRIPCION	UMF 1	0	.0	1	3.8	25	96.2	26	100.0
	UMF 7	0	.0	0	.0	17	100.0	17	100.0
	UMF 8	0	.0	0	.0	25	100.0	25	100.0
	UMF 9	0	.0	1	6.3	15	93.8	16	100.0
	UMF10	0	.0	1	6.3	15	93.8	16	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
TURNO	MATUTINO	0	.0	2	3.4	57	96.6	59	100.0
	VESPERTINO	0	.0	1	2.4	40	97.6	41	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
CERTIFICACION	SI	0	.0	2	3.3	59	96.7	61	100.0
	NO	0	.0	1	2.6	38	97.4	39	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
ACTUALIZACION EN DEMENCIA	SI	0	.0	3	3.4	85	96.6	88	100.0
	NO	0	.0	0	.0	12	100.0	12	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

**DISTRIBUCION DEL NIVEL DE HABILIDADES PARA EL DIAGNOSTICO DE LA
DEMENCIA SENIL EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS
SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES**

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
EDAD	29-29	0	.0	0	0.0	22	100.0	22	100.0
	40-49	0	.0	2	4.8	40	95.2	42	100.0
	50-60	0	.0	1	2.8	35	97.2	36	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
ANTIGUEDAD	<10	0	.0	0	.0	24	100.0	24	100.0
	11-20	0	.0	2	4.7	41	95.3	43	100.0
	21-30	0	.0	1	3.0	32	97.0	33	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
SEXO	HOMBRES	0	.0	2	3.4	56	96.9	58	100.0
	MUJERES	0	.0	1	2.4	41	97.6	42	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
FORMACION CON ESPECIALIDAD	MÉDICO FAMILIAR	0	.0	2	3.4	56	96.9	58	100.0
	MÉDICO GENERAL	0	.0	1	2.4	41	97.6	42	100.0
TOTAL		0	.0	27	27.0	73	73.0	100	100.0

VARIABLE		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	TOTAL	%
ADSCRIPCION	UMF 1	0	.0	1	3.8	25	96.2	26	100.0
	UMF 7	0	.0	0	.0	17	100.0	17	100.0
	UMF 8	0	.0	0	.0	25	100.0	25	100.0
	UMF 9	0	.0	1	6.3	15	93.8	16	100.0
	UMF10	0	.0	1	6.3	15	93.8	16	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
TURNO	MATUTINO	0	.0	2	3.4	57	96.6	59	100.0
	VESPERTINO	0	.0	1	2.4	40	97.6	41	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
CERTIFICACION	SI	0	.0	2	3.4	59	96.7	61	100.0
	NO	0	.0	1	2.6	38	97.4	39	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

VARIABLE		ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	TOTAL	%
ACTUALIZACION EN DEMENCIA	SI	0	.0	3	3.4	85	96.6	88	100.0
	NO	0	.0	0	.0	12	100.0	12	100.0
TOTAL		0	.0	3	3.0	97	97.0	100	100.0

**DISTRIBUCION DEL NIVEL DE LA ACTITUD HACIA EL DIAGNOSTICO DE LA
DEMENCIA SENIL EN RELACION A LAS CARACTERISTICAS
SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES**

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
EDAD	29-39	16	72.7	6	27.3	0	.0	22	100.0
	40-49	32	76.2	10	23.8	0	.0	42	100.0
	50-60	25	69.4	11	30.6	0	.0	36	100.0
TOTAL		73	73.0	27	27.0	0	.0	100	100.0

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
ANTIGUEDAD	<10	18	75.0	6	25.0	0	.0	24	100.0
	11-20	28	65.1	15	34.9	0	.0	43	100.0
	21-30	27	81.8	6	18.2	0	.0	33	100.0
TOTAL		73	73.0	27	27.0	0	.0	100	100.0

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
SEXO	HOMBRES	39	67.2	8	19.0	0	.0	47	100.0
	MUJERES	34	81.0	19	32.8	0	.0	53	100.0
TOTAL		73	73.0	27	27.0	0	.0	100	100.0

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
FORMACION CON ESPECIALIDAD	MÉDICO FAMILIAR	42	77.8	12	22.2	0	.0	54	100.0
	MÉDICO GENERAL	31	67.4	15	32.6	0	.0	46	100.0
TOTAL		73	73.0	27	27.0	0	.0	100	100.0

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
ADSCRIPCION	UMF 1	15	57.7	11	42.3	0	.0	26	100.0
	UMF 7	14	82.4	3	17.6	0	.0	17	100.0
	UMF 8	18	72.0	7	28.0	0	.0	25	100.0
	UMF 9	11	68.8	5	31.3	0	.0	16	100.0
	UMF10	15	93.8	1	6.1	0	.0	16	100.0
TOTAL		73	73.0	27	3.0	0	.0	100	100.0

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
TURNO	MATUTINO	36	87.6	5	12.2	0	.0	41	100.0
	VESPERTINO	37	62.7	22	37.3	0	.0	59	100.0
TOTAL		73	73.0	27	3.0	0	.0	100	100.0

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
CERTIFICACION	SI	44	72.1	17	27.9	0	.0	61	100.0
	NO	29	74.4	10	25.6	0	.0	39	100.0
TOTAL		73	73.0	27	3.0	0	.0	100	100.0

VARIABLE		POSITIVA	%	NEUTRA	%	NEGATIVA	%	TOTAL	%
ACTUALIZACION EN DEMENCIA	SI	63	71.6	25	28.4	0	.0	88	100.0
	NO	10	83.3	2	16.7	0	.0	12	100.0
TOTAL		73	73.0	27	3.0	0	.0	100	100.0