



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES,
DE LA U.M.F. No. 28”**

T E S I S

QUE REALIZA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARÍA CONCEPCIÓN PÉREZ VELASCO

ASESOR :

DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA



MÉXICO, D.F.

FEBRERO

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad. Por qué puso a las personas indicadas en mi camino que me ayudaron a lograr mi objetivo.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas, por sus excelentes profesores que me brindaron una educación de calidad.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por la oportunidad que nos brinda para superarnos en el ámbito, personal y profesional.

Mi más profundo y sincero agradecimiento a mi asesora de tesis la Dra. Ivonne Analí Roy García, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

A mis padres y hermanos por su apoyo moral a lo largo de mi vida por los valores inculcados desde mi infancia de perseverancia y trabajo. Y sobre todo a mi esposo el cual en los últimos años me ha apoyado e impulsado a alcanzar la meta que hoy logro, que ha compartido conmigo los sacrificios de salidas y noches en vela y ha sido mi soporte para no darme por vencida, pero sobre todo ha sido mi compañero, amigo y hermano incondicional.

A todos mis amigos, compañeros, muchas gracias por apoyarme en los momentos difíciles.

Concepción

**AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



DR. JUAN PABLO GARCÍA TAVERA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28
“GABRIEL MANCERA”.

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28 “GABRIEL MANCERA”.

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28 “GABRIEL MANCERA”.

No. Registro R-2012-3609-10

**“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES,
DE LA U. M. F. No. 28”**



DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
ASESOR DE TESIS
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UMF 28
“GABRIEL MANCERA”

No. Registro R-2012-3609-10

FEBRERO 2013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA **18/06/2012**

DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 28.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3609-10

ATENTAMENTE

DR. (A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RESUMEN

“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA U. M. F. No. 28”

Alumna: Dra. Concepción Pérez Velasco*/Residente tercer año de Medicina Familiar UMF 28.

Asesor de tesis: Dra. Ivonne Analí Roy García**/Médico Familiar, Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF 28.

Introducción: La población mundial se encuentra envejeciendo; se estima que para el año 2050 el porcentaje de individuos mayores aumentará del 8 a 21%. Si bien las demencias no se presentan de forma exclusiva en la población geriátrica, su prevalencia aumenta de manera considerable con la edad. A los 65 años 1% de la población la presentará, y se duplicará su prevalencia cada 5 años, por lo que a los 80 años alrededor de 30% de los ancianos se verán afectados y para la décima década estas cifras superarán al 50%. La presencia de deterioro cognitivo se ha relacionado con un mayor grado de dependencia funcional, un mayor riesgo de institucionalización, un mayor consumo de recursos y una reducción significativa en la calidad y expectativa de vida.

Objetivo: Evaluar la funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en adultos mayores de la U.M.F. No. 28, mediante la aplicación del mini mental (Test de Folstein) y APGAR Familiar.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, Correlacional, observacional y transversal. El estudio se realizó durante los meses de marzo a mayo del 2012, a la población adulta mayor de 60 años adscrita a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 de los turnos matutino y vespertino. Se emplearon dos escalas de evaluación APGAR Familiar y mini mental de Folstein. La muestra total de pacientes captados fue de 100. Para el análisis estadístico de la información obtenida se utilizó el programa SPSSV18, para obtener frecuencia y porcentajes.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, deterioro cognitivo, adulto mayor, APGAR Familiar, Mini examen de Folstein

INDICE	
INTRODUCCION	8
MARCO TEÓRICO	9
ENVEJECIMIENTO O VEJEZ	10
CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO	11
CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO	12
DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA	13
EXAMEN MINIMO DE LAS FUNCIONES MENTALES DE FOLSTEIN	14
(Minimental State Examination de Folstein)	14
FAMILIA	15
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	16
APGAR FAMILIAR	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN	20
HIPÓTESIS	21
MATERIAL Y MÉTODOS	22
TIPO DE INVESTIGACION	22
POBLACION DE ESTUDIO	23
TIEMPO	23
LUGAR	23
MUESTRA	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	24
VARIABLES	25
DEFINICION CONCEPTUAL	25
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO	27
DISEÑO ESTADÍSTICO	27
INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS	27
MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	28
DISEÑO DEL ESTUDIO	29
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO	30
MANIOBRAS PARA CONTROLAR O EVITAR SESGOS	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
RESULTADOS	34
CONCLUSIONES	39
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	44

INTRODUCCION

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las sociedades contemporáneas, es el envejecimiento de su población y las agravantes que se generan ante esta situación. Se considera al siglo XXI como el siglo del envejecimiento demográfico, debido a que la tasa de natalidad ha disminuido y la esperanza de vida ha aumentado, reflejo de que las poblaciones de América, Europa y Asia están envejeciendo constante y rápidamente.¹

Este aumento en el número de senescentes determina, sin embargo, una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad. En este proceso o etapa involutiva encontramos el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares diversas desencadenan enfermedades como la demencia.²

Diferentes estudios estiman que entre 30 y 50 % de la población de personas que presentan demencia se encuentra en estadios avanzados, una cifra que es aún más alta en pacientes institucionalizados donde se estima que tres de cada cuatro pacientes con demencia en residencias, se encuentran en estas fases y cerca de la mitad de los casos no se diagnostican.³

MARCO TEÓRICO

Actualmente el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en este siglo (envejecimiento demográfico). Durante la segunda mitad de este, la población a nivel mundial está mostrando cambios generalizados en mayor o menor medida conocidos como “Fenómeno de Envejecimiento Poblacional”, resultado de la reducción de la tasa de natalidad e incremento paralelo en la esperanza de vida. Desde 1950, la proporción de personas de 65 años y más ha aumentado del 5 % al 7 % en todo el mundo. Europa y Japón son líderes, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda en segundo lugar. Sin embargo, las personas mayores conforman más del 5 % de los habitantes en muchos países menos desarrollados y para el 2050 se espera que sean el 19 % de la población de América Latina y el 18 % en Asia.⁴

México al igual que muchos países se encuentra en esta situación. La esperanza de vida en la década de 1930 era de 34 años, mientras que en la de 2000, llegó en promedio a 75 años.

En datos del INEGI del censo de población y vivienda del año, 2010, menciona que por entidad federativa, Quintana Roo representa la mayor esperanza de vida, con 77 años; mientras que el estado sureño de Guerrero con 74 años, representa el menor promedio.⁵

ENVEJECIMIENTO O VEJEZ

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor para un país emergente, a toda persona mayor de 60 años. En países desarrollados queda comprendida la categoría de adulto mayor a las personas de 65 años y más.⁶ como es el caso de México se considera anciano(a) a una persona a partir de los 60 años.

El envejecimiento humano, abarca toda la línea de la vida, ya que se encuentra presente desde el inicio de ésta, con el nacimiento, hasta el cierre de la misma, con la muerte.⁷

Según los criterios de la OMS, las personas de entre 60-74 años de edad son consideradas de edad avanzada, de 75-90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se denominan grandes viejas o grandes longevas. A todo individuo mayor de 60 años de edad se les llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o también llamado adulto mayor.

El envejecimiento actual de la población es el resultado de los logros alcanzados en el control de las enfermedades infecciosas y la tendencia a la reducción de la natalidad. Este envejecimiento, junto con la transición epidemiológica se puede describir como un proceso en el cual las características de salud y enfermedad de la sociedad se modifican en consecuencia a cambios de importancia sociocultural, demográfica, económica, tecnológica, política y biológica.

El envejecimiento debe considerarse como un fenómeno normal, inevitable y biológico, resultado de la involución heterocrónica del paso del tiempo, pero de manera ordenada con cambios celulares, bioquímicos, morfológicos y psicológicos

que se presentan en la raza humana. Se pueden establecer diferentes tipos de envejecimiento, entre los que sobresalen el individual y el poblacional.

El envejecimiento individual es el proceso personal (biológico y cultural) que experimenta cada persona mediante el transcurso del tiempo en el trayecto de su vida; mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento del grupo de adultos mayores en comparación con el conjunto universal de la población a la cual pertenecen.⁸

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; en cambio, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna u otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.

La vida humana se divide en dos fases: desarrollo o crecimiento y senescencia o envejecimiento. Las alteraciones homeostáticas conducen a la pérdida de bienestar, a la enfermedad. Los mecanismos que dan lugar a las manifestaciones de envejecimiento se resumen en la disminución paulatina tanto de la población celular como de la actividad metabólica de cada célula. En los organismos superiores se añade aquí un proceso regulador encaminado a garantizar la supervivencia, aminorando las consecuencias de los déficits acaecidos.

El organismo viejo se diferencia del joven mediante el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de enfermedades.

CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO

Entre muchos de los cambios llamados fisiológicos del envejecimiento, abordaré específicamente los del sistema nervioso, por el tema a tratar.

El encéfalo se mantiene estable hasta los 50 años (aunque el inicio de la pérdida de peso y volumen comienza a los 30 años), para ir disminuyendo su volumen a razón de un 2 % por década. En el proceso se ven implicadas tanto la sustancia gris como la blanca, aunque la sustancia gris se pierde antes que la blanca. Así podemos considerar los siguientes cambios:

- Adelgazamiento de las circunvoluciones cerebrales, en particular las frontales y las parietales. Con la edad hay una tendencia a la atrofia cortical y a la dilatación ventricular. Los surcos corticales se ensanchan.
- Reducción neta del flujo sanguíneo cerebral.
- Acumulación de proteínas anormales en los cúmulos y placas.
- Acumulación intracelular del pigmento lipofuscina, que se produce en vacuolas de almacenamiento y que cuantitativamente está relacionada con la edad.
- Diversas lesiones anatómicas guardan una alta correlación con la demencia senil, pese a la edad de inicio. Las más comunes son las placas seniles y los cúmulos neurofibrilares.
- Las alteraciones dendríticas son de interés relevante. El hipocampo desempeña un papel crucial en la formación y mantenimiento de la memoria, y de la densidad dendrítica y de las espinas dendríticas depende la entrada de información a las neuronas. En el encéfalo senil (y de dementes) se puede observar pérdida progresiva de entramado dendrítico de las neuronas piramidales.

- Velocidad de conducción menor, ya que entre los 50 y los 80 años desciende un 15 %.⁹

DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

El deterioro cognitivo es la alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual y conducta, que interfieren en la actividad e interacción social de la persona afectada.

Las personas con déficit de memoria sin daño funcional, ni alteraciones en la vida cotidiana o laboral se clasifican en el rango de deterioro cognitivo leve, éste constituye un estado transicional entre el envejecimiento normal y la probabilidad de desarrollar algún tipo de demencia.¹⁰

En un seguimiento longitudinal de pacientes con deterioro cognitivo leve, se identificaron que aproximadamente el 15 % evoluciona a demencia, generalmente de tipo Alzheimer.¹¹

Demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal.¹²

Las deficiencias cognitivas pueden afectar cualquiera de las funciones cerebrales, particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas, como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas.

Hay que tener presente también, que los problemas de memoria afectan justamente al 50 % de la personas ancianas mayores de 65 años; en tanto las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población. La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia. Es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente

registrada y evocada, es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan indemnes. Los trastornos de la atención, del lenguaje (afasia) los defectos sensoriales (visuales y auditivos) así como la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, pudiendo incluso simular una demencia.¹³

La función cognitiva es una virtud del ser humano, que lo hace consciente de sí y del entorno en el que vive, le ofrece la posibilidad de interactuar y socializar con otros individuos; el deterioro cognitivo se manifiesta con disminución en la capacidad de las funciones cognitivas e interviene de manera negativa en el comportamiento de las personas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que 8 % de la población de 60 a 74 años de edad lo presentan.¹⁴

EXAMEN MINIMO DE LAS FUNCIONES MENTALES DE FOLSTEIN

(Minimal State Examination de Folstein)

Un parámetro inicial en demencia es el deterioro cognitivo, presente desde su fase preclínica esto permite detectarlo con instrumentos como el Minimal State Examination de Folstein, que ha sido validado y se aplica en todo el mundo.

Cuya puntuación máxima 30, y su punto de corte es de 24 en la población con estudios, 21 en la que no tiene estudios y 17 en la que no sabe leer ni escribir. Fue desarrollado por Folstein, et al. (1975) como un método práctico para facilitar al clínico, el graduar el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.

Tiene la ventaja de no precisar mucho tiempo (15 minutos) y de ser la más mencionada en las publicaciones sobre deterioro cognitivo. Su validez como screening está ampliamente aceptada y es útil para discriminar de forma

significativa la demencia o deterioro cognitivo de los trastornos funcionales psiquiátricos.

Los resultados se consideran normales con mayor de 25 puntos, de 20 a 24 puntos deterioro leve, de 16 a 19 puntos se considera deterioro moderado y menor de 15 puntos deterioro severo.¹⁵

Varios estudios demuestran que tiene una sensibilidad de 87 al 100 % y una especificidad del 62-100 % para identificar el deterioro cognitivo.¹⁶

FAMILIA

La familia es la institución básica de las sociedades humanas, la cual a su vez traduce el desarrollo sociocultural del grupo social. Se puede considerar a la familia como a la unidad primaria de la salud, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y ecológico.

Existen múltiples definiciones de familia surgidas a través de la historia, incluyen aspectos de tipo biológico, psicológicos, sociales y antropológicos.

La Organización Mundial de la Salud, señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.

Definición sociológica: La familia se compone de instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y el cuidado de los hijos, así como la transmisión de la propiedad privada.

Definición sociológica: Bottmore la define como un grupo social primario de la sociedad, de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, y dota a éste de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Definición Antropológica: La familia es el refugio en el que sus miembros se reponen de las tensiones sociales.

Consenso Académico, México 2005, desde la perspectiva del médico familiar. La familia es un grupo social, organizado por un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean sanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para adaptarse como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfunción familiar se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad familiar.

Las principales funciones familiares son:

- Socialización: Proporcionar condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo psicosocial de su persona, y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: Cubrir las necesidades físicas, materiales y de salud, brindando protección y asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades.

- Estatus: Trasmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad así como el desarrollo, ejercicio y educación de la sexualidad.¹⁷

Una familia funcional es capaz de cumplir con las funciones básicas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.¹⁸

APGAR FAMILIAR

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978) para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutiva (resolve) En comparación con otras escalas similares, presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (1996).

Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar

- Adaptability (ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- Partnership (PARTICIPACIÓN), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,

- Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- Affection (AFECTO), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Resolve (Resolución), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial se encuentra envejeciendo; se estima que para el año 2050 el porcentaje de individuos mayores aumentará del 8 a 21%, y en México 1 de cada cuatro serán mayores de 60 años. Si bien las demencias no se presentan de forma exclusiva en la población geriátrica, su prevalencia aumenta de manera considerable con la edad. A los 65 años 1% de la población la presentará, y se duplicará su prevalencia cada 5 años, por lo que a los 80 años alrededor de 30% de los ancianos se verán afectados y para la décima década estas cifras superarán al 50%.

La presencia de deterioro cognitivo se ha relacionado con un mayor grado de dependencia funcional, un mayor riesgo de institucionalización, un mayor consumo de recursos y una reducción significativa en la calidad y expectativa de vida. A nivel mundial y también en México, se estima que el 9% de los adultos mayores padecen alguna forma de deterioro cognitivo y no siempre reciben una atención oportuna, una realidad actual de la salud mental de los ancianos en nuestro país.

Así inserto en el círculo de la familia, el paciente adulto mayor que presenta deterioro cognitivo, se vuelve dependiente de ésta y el cuidador, el cual a su vez, podrá sentirse abrumado ante las responsabilidades que implican el cuidar a un anciano enfermo. El anciano enfermo puede ser percibido como una carga para la familia afectando de ésta manera al grupo social del que forma parte, la familia y la funcionalidad de ésta.

De lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CÓMO AFECTA EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con el propósito de hacer una investigación médico-familiar dirigida a identificar si existe alguna alteración de la funcionalidad familiar en el adulto mayor adscrito a la U.M.F. No. 28, con algún grado de deterioro cognitivo, entendiendo por adulto mayor a las personas mayores de 60 años, que representa para esta unidad de primer nivel de atención primaria, un porcentaje de 33 % (47,527). Si tomamos como cierta la hipótesis de que el índice de riesgo de demencia se duplica cada 5 años después de los 60 años, de manera que alrededor de los 85 años, del 30 al 50 % de las personas presentan cierto índice de deterioro, requerirá en un plazo no muy largo de atención las 24 hrs. del día, lo que implica para la familia destinar tiempo y dinero al cuidado en el hogar. Influyendo determinadamente en la calidad de vida propia y de la de su entorno familiar.

Es importante realizar un diagnóstico oportuno de éste déficit con el fin de lograr una repercusión positiva al intervenir en la evolución de la enfermedad y disminuir complicaciones y gastos asociados, tanto institucionales como familiares.

Cuando un miembro de la familia presenta limitaciones en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se origina un importante impacto en esa familia que altera los roles de sus miembros y conlleva a alteración en su funcionalidad.

HIPÓTESIS

▪ **Hipótesis alterna:**

Los adultos mayores de la U.M.F. No. 28 que tienen deterioro cognitivo presentan alteración en su funcionalidad familiar.

▪ **Hipótesis Nula:**

Los adultos mayores de la U.M.F. No. 28 que tienen deterioro cognitivo no presentan alteración en su funcionalidad familiar.

OBJETIVOS

General

- Analizar la funcionalidad familiar y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores de la U.M.F. No. 28, mediante la aplicación del mini mental (Test de Folstein) y APGAR Familiar.

Específicos

- Determinar el grado de deterioro cognitivo en los pacientes adultos mayores de la UMF No. 28.
- Evaluar el grado de deterioro cognitivo en relación las variables sociodemográficas.
- Determinar la funcionalidad familiar en los adultos mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Investigación:

Prospectivo: Las variables independiente y dependiente ocurren en forma contemporánea al inicio del estudio.

Descriptivo: El estudio descriptivo es el más elemental, ya que se limita a señalar lo que se observa sin llegar a realizar ningún otro tipo de análisis.

Correlacional: Mide el grado de relación entre 2 o más variables.

Mide de cada variable, en cada uno de las unidades de análisis y luego estima su relación. Cómo se comporta una variable, al conocer otra.

Observacional: Los estudios sin intervención no permiten la manipulación de la variable independiente por parte del investigador, por lo tanto éste se concreta a observar para describir o analizar lo que sucede, para posteriormente dar explicaciones.

Transversal: Porque solo se hará una medición del fenómeno en estudio.

Población de estudio:

Adultos mayores derechohabientes al IMSS, adscritos a la UMF 28.

Tiempo:

Se realizó de marzo a mayo de 2012.

Lugar:

Se elaboró en la sala de espera de la Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MUESTRA

El tipo de muestra fue no probabilística, representativa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, de Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se tiene una población adscrita de adultos mayores tanto de hombres como mujeres de 47,967 pacientes, según registros de archivo de los afiliados y de los derechohabientes.

Para la obtención del tamaño de la muestra se empleará la fórmula estadística siguiente:

$$n_o = Z^2 pq / E^2$$

En donde:

Z: valor de probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra.

p y q: valor de probabilidad de éxito o fracaso.

E: Error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad,

Valor Z: nivel de confianza de 96% (2.05)

Valor E error muestral 9%: 0.09

Valor de p y q: valor de éxito o fracaso p(0.75) ,q(0.25)

Sustituyendo los valores en la fórmula se obtiene una muestra de 98, considerando un rango de error se cierra una muestra de 100.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes adultos mayores (mayores de 60 años) derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 28.
2. Pacientes que acepten participar y firmen el consentimiento informado
3. Adultos mayores que sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con alteraciones neurológicas (Afasia motora, sensitiva, secuelas motoras de enfermedad vascular cerebral)
2. Pacientes con deterioro del estado de conciencia
3. Pacientes que no hayan contestado el APGAR en forma completa o la encuesta de datos sociodemográficos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Por las características de este estudio no existen criterios de eliminación.

VARIABLES

- **Variable dependiente:** Funcionalidad familiar
- **Variable independiente:** Deterioro cognitivo

DEFINICION CONCEPTUAL

Funcionalidad Familiar: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Deterioro Cognitivo: La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Funcionamiento familiar

Para evaluar ésta variable se utilizó el instrumento APGAR familiar, el cual mide el funcionamiento familiar, dicho instrumento fue diseñado en 1978 por el Dr. Gabriel Smikstein de la Universidad de Washington en Seattle, sencillo, rápido y de fácil aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar por medio de 5 preguntas cada pregunta. Consta de tres posibles respuestas: “siempre”, “algunas veces” y “casi nunca” con valores de 2, 1 y 0 puntos, respectivamente.

Una vez obtenido el puntaje total, sumando los 5 parámetros, se califica la funcionalidad familiar de 8 a 10 puntos, familia funcional; de 4 a 7 puntos, familia con disfunción leve; y de 0-3 puntos, familia con disfunción severa.

Deterioro cognitivo

Examen Mínimo de las Funciones Mentales de Folstein (Minimal State Examination de Folstein).

Fue desarrollado por Folstein, et al. (1975) como un método práctico para facilitar al clínico, el graduar el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.

Evalúa la orientación espacial y temporal, el recuerdo inmediato (fijación), la memoria a medio término y habilidades de sustracción serial o el deletreo hacia atrás.

También mide capacidades constructivas (la habilidad de copiar una figura de Bender), y el uso del lenguaje.

La puntuación total se obtiene sumando los puntos alcanzados en cada tarea y puede ir de 0 a 30.

Esta prueba tiene la ventaja de no precisar mucho tiempo (15 minutos) y de ser la más mencionada en las publicaciones sobre deterioro cognitivo. Su validez como *screening* está ampliamente aceptada y es útil para discriminar de forma significativa la demencia o deterioro cognitivo de los trastornos funcionales psiquiátricos.

Los resultados se consideran normales con mayor de 25 puntos, de 20 a 24 puntos deterioro leve, de 16 a 19 puntos se considera deterioro moderado y menor de 15 puntos deterioro severo.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

Variable	Tipo de variable	Instrumento de Medición	Escala de medición	Codificación de datos
Funcionalidad familiar	Dependiente	APGAR Familiar	Cualitativa Ordinal	1.Sin disfunción familiar 2.Disfunción familiar leve 3.Disfunción familiar grave
Deterioro Cognitivo	Independiente	Mini mental de Folstein	Cualitativa Ordinal	1.Sin deterioro 2.Deterioro leve 3.Deterioro moderado 4.Deterioro severo

DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito estadístico de la investigación fue determinar la funcionalidad familiar en adultos mayores, el grado de deterioro cognitivo y determinar si existe relación entre la funcionalidad familiar de acuerdo con el grado de deterioro cognitivo.

- Únicamente se investigó un grupo.
- Se realizó una sola medición de las variables, las cuales son cualitativas (Mini mental de Folstein) y APGAR familiar.
- Se realizó una estadística descriptiva, donde se utilizaron las medidas de tendencia central: moda, mediana, media y desviación estándar.

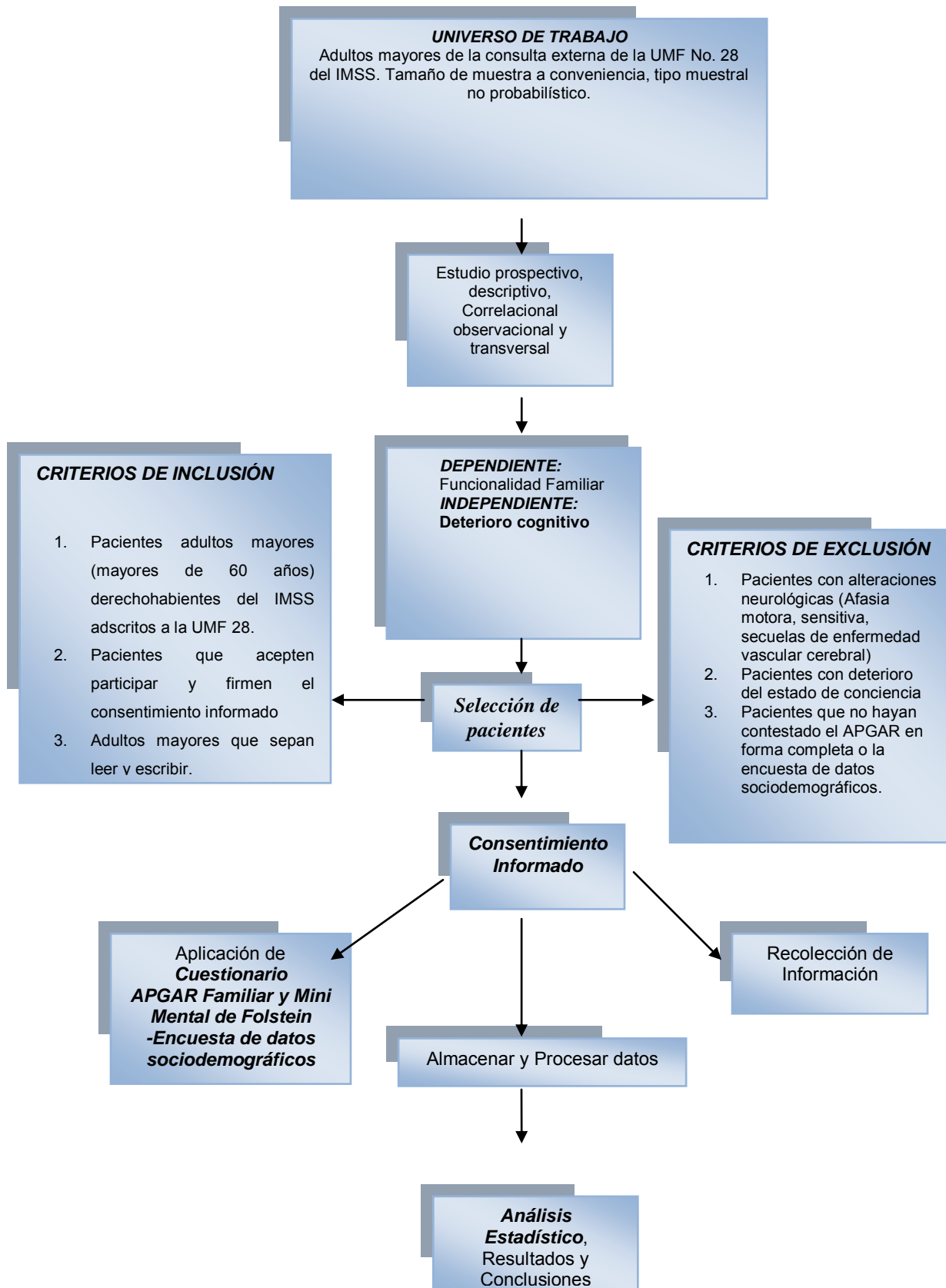
INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

1. Test de mini-mental de Folstein para evaluar deterioro cognitivo.
2. Escala de APGAR Familiar para evaluar el grado de funcionalidad familiar.
3. Encuesta de datos sociodemográficos.

MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se explicó a los pacientes adultos mayores el objetivo del estudio
2. Se les entregó el consentimiento informado, la cual deberán firmar si aceptan participar en el estudio.
3. La investigadora aplicó la encuesta de datos sociodemográficos en la consulta externa de la UMF 28.
4. La autora de la tesis aplicó el Minimental y posteriormente entregara al paciente el APGAR familiar para que sea contestado por el paciente, el cual es un cuestionario de autoaplicación.
5. Se calificaron los ítems para obtener sus resultados, determinar el grado de deterioro cognitivo y posteriormente se evaluará el APGAR para finalmente integrarlos a la base de datos.
6. Se analizaron los datos en el programa SPSS V. 18. Una vez analizados estos resultados, se envió al proceso estadístico para graficarlos.

DISEÑO DEL ESTUDIO



RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO

- **Humanos:** Investigador - encuestador

- **Materiales:**
 - Mini Test de Folstein
 - APGAR familiar
 - Hojas de consentimiento informado.
 - Concentrado de aplicación del examen.
 - Lápices, sacapuntas, borradores, computadora
 - Internet, impresora.

- **Físicos:**
 - Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS
 - Programa SPSS V.18 en español

- **Económicos:**

El financiamiento de todos estos recursos será materializado por el investigador.

MANIOBRAS PARA CONTROLAR O EVITAR SESGOS

- La aplicación de los instrumento de evaluación (Minimental y datos sociodemográficos) se aplicaron a los pacientes con los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

- El anonimato de los pacientes se conservó en todo momento.

- Durante la aplicación de cada uno de los instrumentos el investigador no indujo a los pacientes a ninguna respuesta.
- Al finalizar el investigador corroboró el requisitado completo y correcto de cada uno de los instrumentos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, expedida por la Secretaria de Salud en el año de 1987, en su título 2º, capítulo 1: artículo 17.

Categoría 1; Se considera **investigación sin riesgo**, debido a que es un estudio que utiliza técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y observacional en la que no realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Durante el estudio no se sometió a algún riesgo la integridad física ni moral de los participantes.

La participación de los entrevistados se realizó de forma voluntaria y con su consentimiento informado.

El estudio respeta los códigos de ética de investigación en humanos de la Secretaria de Salud.

Según la declaración de Ginebra “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”.

El propósito de esta investigación médica en seres humanos, se enfocó en aspecto preventivo de diagnóstico, y si de ser necesario terapéutico. Y la influencia se enfoca en el entorno familiar.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

Principios fundamentales

- a. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- b. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en experimentos correctamente realizados.
- c. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.
- d. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
- e. Los participantes deben ser voluntarios e informados.
- f. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su dignidad.
- g. Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.

- h. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

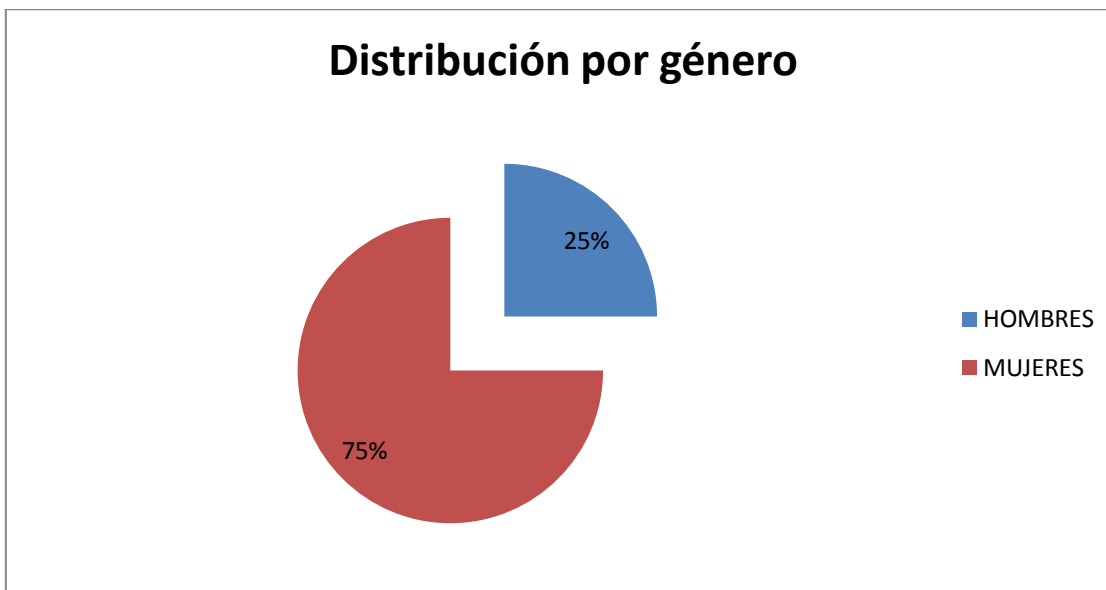
**Para tal objetivo se realizó una carta de consentimiento informado
(Ver anexo 1)**

RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y transversal, el cual incluyó a adultos mayores adscritos a la consulta externa de la UMF 28. Se aplicaron dos escalas de evaluación; el APGAR Familiar y mini mental de Folstein.

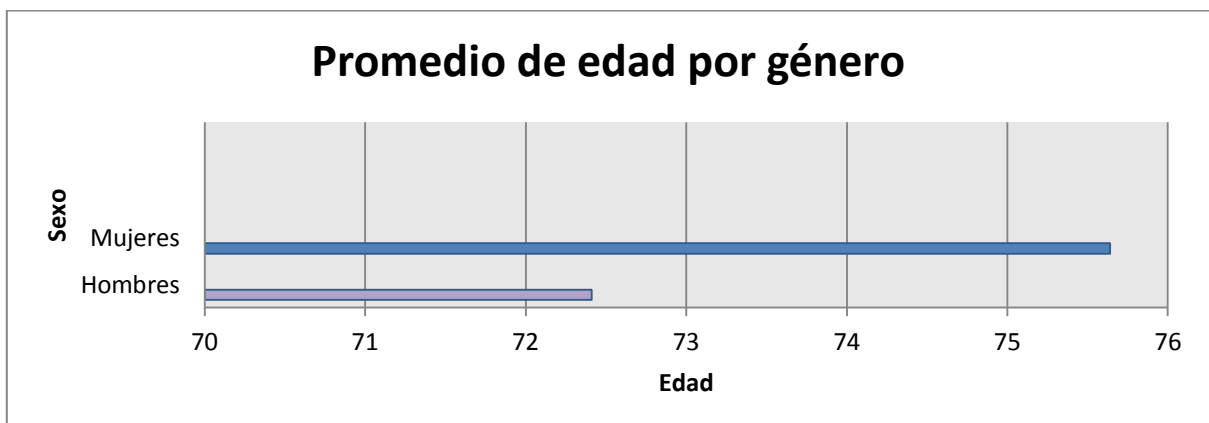
En este estudio se capturo una muestra total de 100 pacientes de acuerdo al cálculo de muestra para poblaciones finitas, en las cuales encontramos los siguientes resultados.

Participaron en total 100 pacientes, de los cuales el género más frecuente fue el femenino, con el 75 % de la población y el 25% restante correspondió a población masculina. **Gráfica 1.**



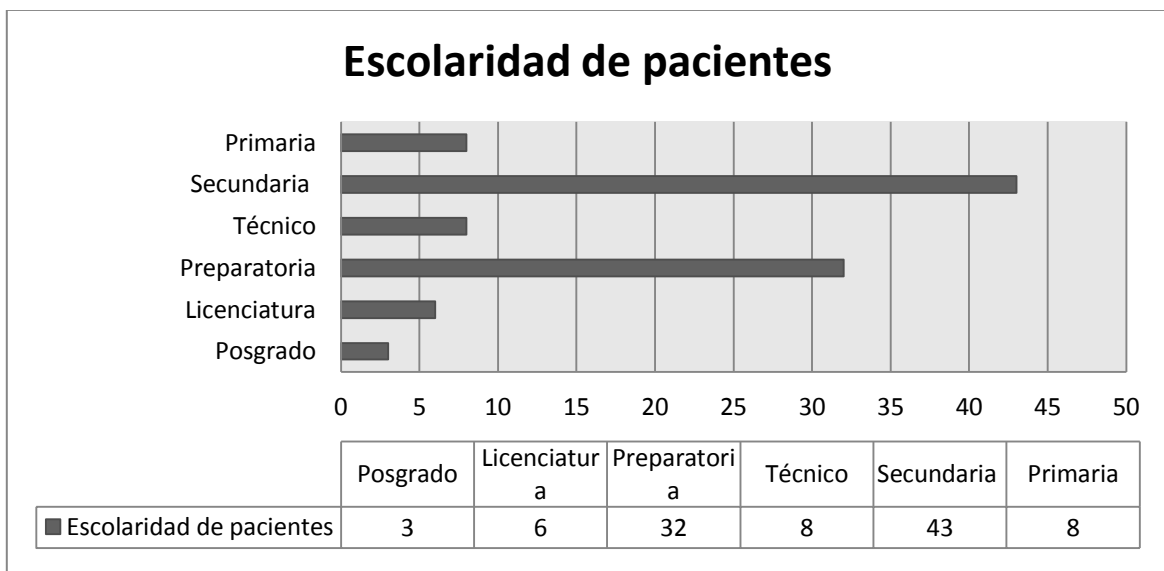
GRÁFICA 1

El promedio de edad de los pacientes entrevistados corresponde a 74.28 años, en el grupo de mujeres la media de edad es de 75.64 años mientras que en el grupo de hombres la media es de 72.41 años. **Gráfica 2.**



GRÁFICA 2

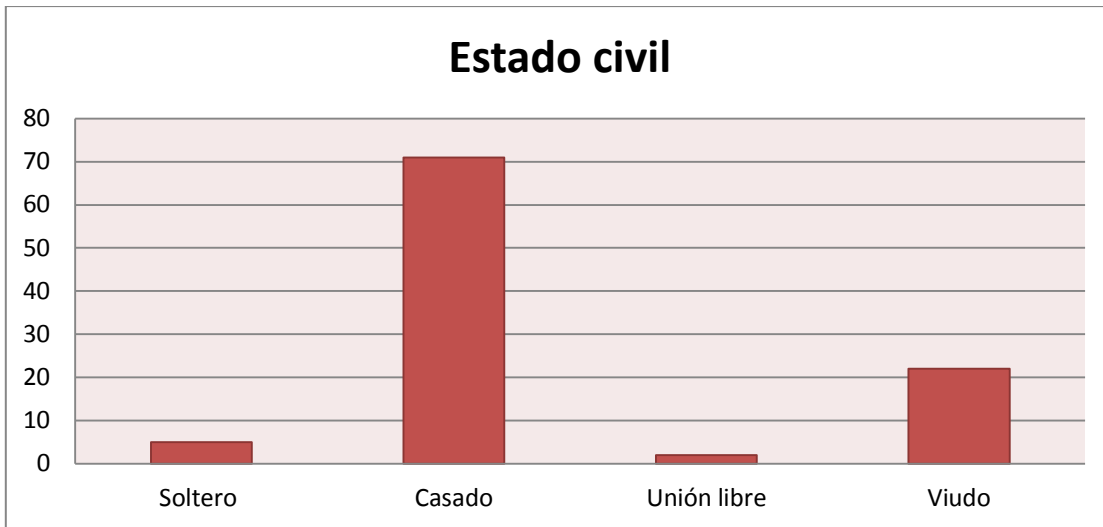
En relación a la escolaridad, el nivel de escolaridad que predominó fue el de secundaria, con un número de 43 pacientes, seguido por escolaridad de preparatoria con un total de 32 pacientes, el nivel mínimo de escolaridad fue de primaria con 8 pacientes y el grado máximo de escolaridad fue el de posgrado con un total de 3 pacientes. **Gráfica 3.**



GRÁFICA 3

El estado civil que predomina en los pacientes entrevistados es el de los pacientes casados con un total de 71 pacientes, el estado civil que se encontró con menor frecuencia es el de los pacientes en unión libre con un total de 2 pacientes.

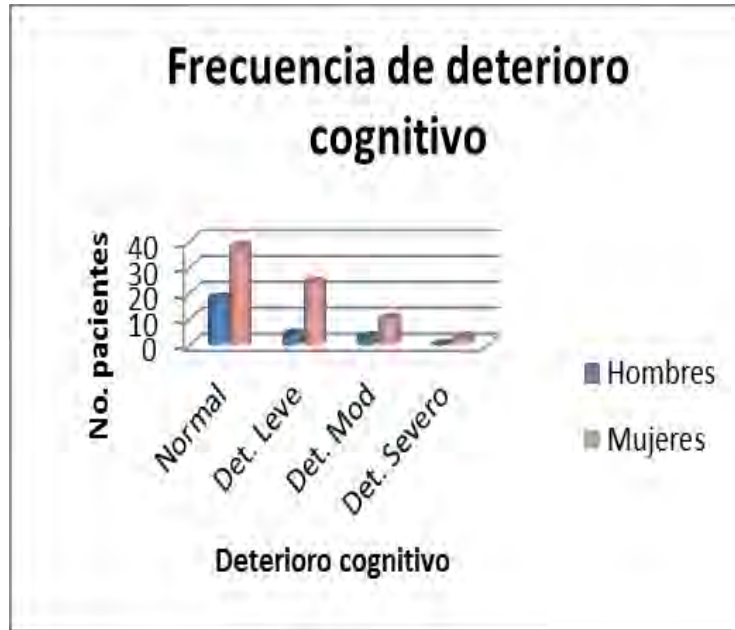
El mayor porcentaje de pacientes viudos se presentó en las mujeres. **Gráfica 4.**



GRÁFICA 4

En el total de los pacientes encuestados se encontró una calificación promedio de 24.5 en el Mini mental, lo cual representa, un estado de deterioro cognitivo leve como media en el total de los encuestados.

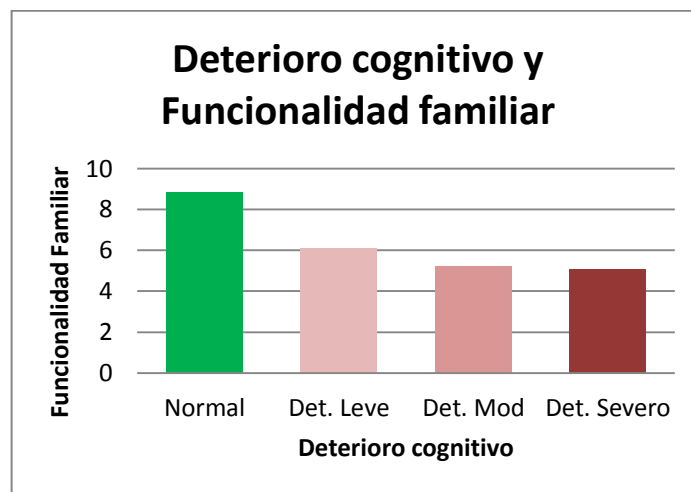
Se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo del 45%, el cual se presentó en el 47% de las mujeres y en el 28% de los hombres, el puntaje promedio del Mini mental en éstos pacientes fue de 20.1 a diferencia del total de los encuestados que corresponde a un puntaje de 24.5, lo cual equivale a un deterioro cognitivo leve. **Gráfica 5.**



GRÁFICA 5

Funcionalidad familiar y deterioro cognitivo

El puntaje promedio del APGAR en los pacientes con disfunción fue de 6.1 lo cual equivale a disfunción familiar leve, en contraste con la calificación del APGAR en pacientes sin deterioro cognitivo que fue de 8.56 en hombres y 7.14 en mujeres lo cual significa que en el grupo de pacientes sin deterioro cognitivo no se encuentran alteraciones en la funcionalidad familiar. **Gráfica 6.**



GRÁFICA 6

El rubro que se encontró más afectado fue el de afecto el cual se valoró mediante la siguiente pregunta:

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Dicha pregunta fue la que recibió un puntaje más bajo.

CONCLUSIONES

La presencia de deterioro cognitivo se asocia a disfunción familiar, lo cual es evidente al comparar la puntuación de la funcionalidad familiar mediante el APGAR y el deterioro cognitivo, en pacientes con deterioro cognitivo la puntuación es de 8.56 en hombres y 7.14 en mujeres, mientras que en pacientes sin deterioro cognitivo es de 6.1, diferencia estadísticamente significativa en hombres no así en las mujeres $p=0.005$.

El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían un amplio rango, desde los olvidos cotidianos hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia, en nuestro estudio el deterioro cognitivo se presentó en el 45% de los pacientes, cuyo puntaje promedio fue de 20.1 lo cual equivale a deterioro cognitivo leve, con alteraciones leves en la memoria sin alteraciones en la vida cotidiana, el puntaje promedio de la población total encuestada fue de 24,5 lo cual equivale a deterioro cognitivo, lo cual hace necesario la valoración del estado mental en los pacientes adultos mayores como parte de la valoración integral y de las acciones preventivas de salud, éstas cifras son mucho mayores de las reportadas en la literatura internacional donde encuentran una prevalencia de 9% de deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años, sin embargo cabe mencionar que las características de la población geriátrica que acuden a un primer nivel de atención son diferentes, sobre todo por la presencia de comorbilidades asociadas.

Dados los resultados es necesario realizar una valoración integral del paciente adulto mayor a fin de realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz evitando mayor deterioro en estos pacientes en los cuales será necesario valorar no solo las alteraciones orgánicas sino las repercusiones en la funcionalidad

familiar, poniendo mayor énfasis en la función de afecto que es la que se observa afectada en un porcentaje mayor de pacientes. De acuerdo a los resultados es posible observar que el deterioro cognitivo entre más avanzado se encuentra repercute no solo en las actividades de la vida cotidiana sino también en la auto percepción acerca de la funcionalidad familiar, sin embargo este instrumento es individual, quizá para valorar la repercusión real debiera ser aplicado a demás miembros de la familia para verificar la funcionalidad familiar en los familiares de estos pacientes que evidentemente también se ven afectados ante la presencia de un miembro de la familia enfermo y dependiente, lo cual es una debilidad de este estudio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(2011-2012)

ACTIVIDAD	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Elaboración del protocolo											
Registro del protocolo ante Comité Investigación Local.											
Prueba piloto											
Recolección de información											
Captura de datos											
Análisis estadístico											
Interpretación de Resultados											
Elaboración de conclusiones											
Redacción de reporte Tesis											
Entrega de Tesis.											

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Robledo LM, D'Hyver de las Deses C. "Geriatría", Rev. Atención Familiar 2010, Vol. 17 (1), p-24
2. Guridi G. M., Medina V.A., Dorta G. Z. Psicología de la salud. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. Revista Electrónica de Psicología Científica. Habana Cuba.2007.
3. López-Mongil R, López-Trigo JA, Castrodeza-Sanz FJ, Tamames-Gómez S, León-Colombo T, Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias de Ancianos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44:5-11.
4. Ortiz-Huerta D., Aspectos Sociales del Envejecimiento. En antología Salud Publica, Facultad de Medicina. UNAM México. 1994 Pp. 57-73.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Esperanza de vida, consultado en enero de 2011 (4 ventanas). Disponible en URL: *Censo de población y vivienda 2010*, datos finales, 2010, <http://www.inegi.gob.mx>
6. Pérez Martínez VT, "El deterioro cognitivo: una mirada previsor", Revista Cubana de Medicina General Integral, 2005; p- 21 (1-2).
7. Trujillo Z, Becerra M, Silva M., *Latinoamérica envejece. Visión Gerontológica/ Geriátrica*. McGraw-Hill. México 2007 p. 5-205.
8. Anzures Carro RL, et. *Al Medicina Familiar*. México 2008. 33-354, 437-465.
9. Sociedad Española de Geriatría. Tratado de Geriatría para residentes. Gerontología. 2006.
10. Montota L, Macías R., El impacto de la Enfermedad de Alzheimer. [Consultado el 18 de noviembre de 2010]. Disponible en <http://www.revistaciencias.com/buscarphp?search=demencias&type=and>.
11. De la Vega R, Zambrano A., Deterioro cognitivo leve. La Circunvalación del hipocampo, septiembre 2008 [Consulta: 10 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/mci.asp>
12. For Larousse Diccionario de Sinónimos y Antónimos: evaluar. (n.d.) *Diccionario Manual de Sinónimos y Antónimos de la Lengua Española Vol. (2007)*. [Consultada el 17 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/> evaluar
13. Trujillo Z, Becerra M, Silva M., *Latinoamérica envejece. Visión Gerontológica/ Geriátrica*. McGraw-Hill. México 2007 p. 5-205.
14. Morales Sánchez Adriana E., González Gallegos N A. et al, Evaluación de las funciones física, cognitiva y afectiva emocional en ancianos mexicanos, que viven en comunidades rurales[consultada noviembre 2011]Disponible en http://www.psico.unlp.edu.ar/segundocongreso/pdf/ejes/estudios_envej/03
15. De la Cruz Maldonado M.E. Deterioro Cognitivo en la Población Mayor de 65 años que reside en el área metropolitana de Monterrey .Mex. Art. Orig. Medicina Univers.2008: 10(40) 158-4

16. Estrella Hernández A: González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo Y del C Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. 2008 Arch. De Med. Fam. Vol.9(4)127-132
17. Membrillo Luna A. Fernández Ortega M.A. Quiroz Pérez J.R, Rodríguez López J.L., Familia. Introducción al estudio de sus elementos. ETM. México 2008. 56-58.
18. Mendoza- Solís LA. Soler-Huerta E, Sainz-Vásquez L, Gil Alfaro I, Mendoza, Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica Familiar y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch. Med. Fam. Mex. 2006; Vol. 8 (1). 27-32
19. Huerta González J. L. Medicina Familiar. La familia En el Proceso Salud Enfermedad. Editorial Alfil. México D.F. 2006: 12-59
20. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.[consultado en Octubre del 2011] Disponible en <http://utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoapgarfamiliar.asp>
21. González JI, Salgado A., *Manejo del Paciente en Atención Primaria. Líneas Guía*. Atención primaria 1992; 9(4): 63-68.
22. Martín-Sánchez FJ, Gil-Gregorio P. Valoración funcional en la demencia grave. (Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2006;41 Suppl 1:S43–49.)

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente yo: _____

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado.

“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES, DE LA U. M. F. No. 28”

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: _____

El objetivo de este estudio es evaluar la funcionalidad Familiar y deterioro cognitivo en adultos mayores de esta unidad mediante el cuestionario de APGAR Familiar y EL miniexamen de Folstein.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- 1.- Acudir al servicio de Consulta Externa de la U.M.F. No. 28
- 2.- Así mismo responderé a las encuestas del APGAR Familiar y Mini mental de Folstein.

El investigador principal se ha comprometido a darme una información oportuna sobre cualquier procedimiento que se me realizará, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que llevarán a cabo, así como los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que yo decida sin que ello afecte la atención médica que he recibido del Instituto.

EL investigador principal me ha dado seguridades que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Paciente

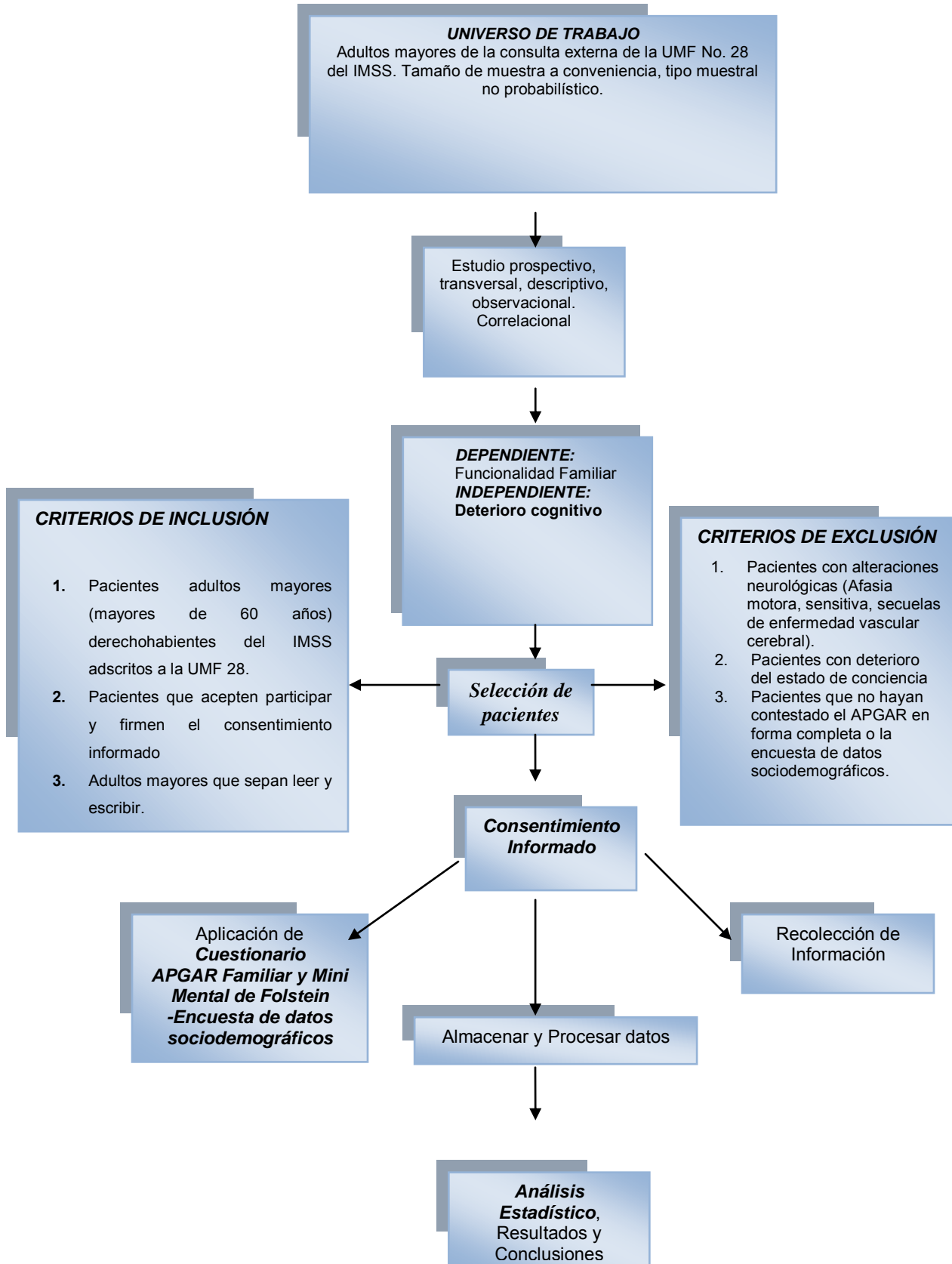
Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo

Nombre, Firma y Matrícula del Investigador Principal

ANEXO 2.

DISEÑO DEL ESTUDIO



ANEXO 3.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.
(2011-2012)**



ACTIVIDAD	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Elaboración del protocolo	■	■	■								
Registro del protocolo ante Comité Investigación Local.			■								
Prueba piloto				■	■						
Recolección de información						■	■				
Captura de datos								■	■		
Análisis estadístico										■	
Interpretación de Resultados										■	■
Elaboración de conclusiones											■
Redacción de reporte Tesis											■
Entrega de Tesis.											■

ANEXO 4.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR (FUNCIONALIDAD FAMILIAR)

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL POR LO CUAL AGRADECEREMOS LA MAYOR VERACIDAD EN SUS RESPUESTAS, DE ANTEMANO AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN EN ESTE ESTUDIO.

No. FOLIO: _____ Edad: _____

Instrucciones: Señale la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

Preguntas	Siempre	Algunas veces	Casi nunca
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
PUNTUACIÓN TOTAL			

Evaluación global:

Mayor de 07 puntos: Sin Disfunción Familiar.

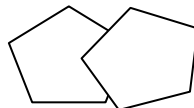
De 04 a 06 puntos: Disfunción Familiar Leve.

Menor de 03 puntos: Disfunción Familiar Grave.

ANEXO 5.

EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE
(TEST MINI-MENTAL DE FOLSTEIN)

Dar un punto a cada respuesta correcta	Calificación	Punteo
1.- ¿Cuál es?el añola estaciónla fechael díael mes		<u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u>
2.- ¿En dónde estamos?PaísEstadoCiudadEn qué edificioNúmero de piso		<u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u>
3.- Nombre tres objetos en un segundo cada uno. Después pida al paciente que repita los tres nombres. De un punto por cada respuesta correcta. Repita los nombres hasta que el paciente los aprenda.		<u>3</u>
4.- Cuente de siete en siete: Pida al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100. Deje de contar después de cinco intentos: de un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés.		<u>5</u>
5.- Pregunte los nombres de los tres objetos mencionados en el inciso 3. Dé un punto por cada respuesta correcta.		<u>2</u>
6.- Enseñe al paciente un lápiz y un reloj, y pida que nombre cada uno conforme los muestra.		<u>1</u>
7.- Pida al paciente que repita "No, si ser o ver".		<u>3</u>
8.- Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en tres etapas "Tome esta hoja de papel en su mano derecha. Doble a la mitad. Ponga la hoja en el piso".		<u>1</u>
9.- Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita "CIERRE SUS OJOS".		<u>1</u>
10.- Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener un sujeto, un verbo y un complemento, debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía.		<u>1</u>
11.- Pida al paciente que copie la figura mostrada. De un punto si se parecen todos los lados y ángulos y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.		<u>1</u>



ANEXO 6.

ENCUESTA SOCIO-DEMOGRÁFICA

La siguiente información es anónima y confidencial por lo cual agradeceremos la mayor veracidad en sus respuestas, de antemano agradecemos su colaboración en este estudio.

1. No DE FOLIO.....

2. EDAD:

3. **GÉNERO:**

MASCULINO:.....FEMENINO:.....

4. **SITUACIÓN LABORAL:**

() EMPLEADO () DESEMPLEADO () JUBILADO () NO TRABAJA

5. **ESCOLARIDAD:**

() SABE LEER Y ESCRIBIR () PRIMARIA ()

SECUNDARIA () TÉCNICO

() PREPARATORIA () LICENCIATURA ()

POSGRADO

6. **ESTADO CIVIL:**

() SOLTERO () UNIÓN LIBRE () CASADO

() DIVORCIADO () VIUDO

7. **PADECE USTED ALGUNA ENFERMEDAD?**

8. **CON CUÁNTAS PERSONAS VIVE?.....CUÁL ES EL PARENTESCO CON USTED?**

() HIJOS () PAREJA () SOBRINOS () OTROS