



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

**EVALUACION DEL ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR
QUE ACUDE A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 02 DEL IMSS
DE CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO
DEL 1 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011.**

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

PRESENTA:

DRA. GLORIA ESPARZA FIERRO

CHIHUAHUA, CHIH.

2012



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.



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 EN SALUD 802
U-MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 26/03/2011

DRA. MARIA DOLORES HELÉNDEZ VELÁZQUEZ

PRESENTE

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

Evaluación del Estado Cognitivo del Adulto Mayor que Acude a Consulta a la Unidad de Medicina Familiar 02 del IMSS en Chihuahua, Chihuahua, en el Periodo Comprendido del 1 de marzo al 31 de diciembre del 2011

que usted sometió a consideración de este Comité Local de 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 **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2011-802-21

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMIN MINOJOSA HERNÁNDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 802

Trabajo de Investigación vinculado a trabajo de Tesis del
Alumno: Gloria Esparza Fierro.

IMSS

REG. INSTIT. N.º 10000001-0015

EVALUACION DEL ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 02 DEL IMSS DE CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

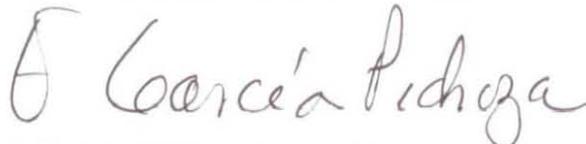
PRESENTA

DRA. GLORIA ESPARZA FIERRO

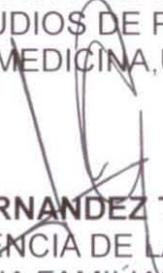
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**EVALUACION DEL ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR
QUE ACUDE A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 02 DEL
IMSS EN CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 1 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DEL
2011.**

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

PRESENTA

DRA. GLORIA ESPARZA FIERRO

AUTORIZACIONES


DRA. ARACELI HERNANDEZ ROJAS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A :
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 PLUS/ UMAA 68


DRA. MARIA DOLORES MELENDEZ VELAZQUEZ
ASESOR DE TEMA DE TESIS Y ASESOR METODOLOGICO


DRA MARHTA EDITH TUFIÑO OLIVARES
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIONAL ESTATAL IMSS CHIHUAHUA.

Titulo

EVALUACION DEL ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 02 DEL IMSS EN CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE MARZO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011.

CONTENIDO

I. titulo	4
II. marco teórico	6, 7
2.1. Antecedentes	8, 9
2.2. Definición de adulto mayor	9
2.3. Funcionalidad cognitiva	10, 11
2.4. Instrumentos de evaluación	11, 12, 13
2.5. Situación actual del Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor	13, 14, 15
2.6. Tratamiento Integral del D.C del Adulto Mayor	16, 17
III. Planteamiento del problema	18, 19
IV. Justificación	20, 21
V. Objetivos	22
VI. Material y métodos	23, 24, 25
VII. Tablas de operacionalizacion de variables	26, 27, 28,
VIII. Método estadístico	28
IX. Consideraciones éticas	29
X. Resultados	30, 31, 32, 33, 34
XI. Discusión	35, 36
XII. Conclusiones	37
XIII. Recomendaciones	38, 39
XIV. Bibliografía	40, 41
XV. Anexos	42, 43, 44, 45, 46, 47

II. MARCO TEÓRICO

El envejecimiento humano es un proceso que se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognoscitivas, y el mantener la independencia funcional hasta el final de la vida debe ser la meta más ambiciosa no solo de la geriatría sino de la Medicina Familiar.

El proceso de envejecimiento no sólo vuelve vulnerable al organismo, sino que aumenta el riesgo de la aparición de deficiencias y discapacidades. Para la Organización Mundial de la Salud la discapacidad corresponde a una reducción, parcial o total, de la capacidad de llevar a cabo una actividad de la forma o en los límites considerados como normales para el ser humano. Los problemas que llevan a la discapacidad son múltiples tales como el deterioro cognitivo, la depresión, la comorbilidad, o el aislamiento social.

Sin embargo, la interrelación entre estos y otros factores y su impacto en las capacidades físicas de los adultos mayores no han sido del todo estudiadas. Según las proyecciones demográficas de hoy día, se estima que la proporción de personas mayores de 65 años alcanzará el 20-25 % en el año 2020. En la actualidad, el segmento de la pirámide que más se expande es el correspondiente a los mayores de 75 años, mientras que la base se reduce drásticamente por la caída brutal de la natalidad. Esta tendencia al crecimiento constituirá uno de los retos más formidables a los que tendrán que enfrentarse las sociedades occidentales en un futuro cercano sobre todo los niveles de atención primaria y médicos familiares.

La senectud deberá ser entendida como la manera natural de envejecer el ser humano y no como un proceso patológico. Sin embargo, no existe un límite perfectamente definido entre "fisiológico y patológico", dado que las capacidades en el hombre, cuyo substrato natural son las aptitudes, vienen condicionadas por aspectos genéticos, laborales, económicos y culturales. Hay que tener presente también que los problemas de memoria afectan al 50 % de las personas mayores de 60 años, mientras que las demencias las padecen del 5 al 10 % de esta población.

La familia ocupa un lugar fundamental en la formación de motivos y

comportamientos implicados en la salud, en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social y muy en especial ante los procesos de salud, enfermedad y muerte de los adultos mayores.

Los procesos degenerativos encefálicos y vasculares que surgen inevitablemente en las últimas etapas de la vida de origen orgánico, condicionan terreno propicio para la disminución de las funciones vitales como las cognitivas, dentro de estas la memoria, persistiendo además otras de carácter funcional que surgen en etapas tempranas y aumentan el riesgo de que circunstancias sociales y familiares adversas contribuyan a dicho proceso. El incremento de la expectativa de vida en la población ha ocasionado un aumento de las enfermedades que aparecen en edades avanzadas y resulta de gran importancia investigar aquellas que causan incapacidad física y se asocian con deterioro intelectual, por afectar directamente la calidad de vida del paciente.

El médico familiar se convierte en el receptor de los problemas sociales, económicos y sanitarios del adulto mayor o de su familia, y ha de derivarlos a menudo sin posibilidad de darles una solución. La patología crónica asociada es numerosa, y los signos y síntomas pueden ser de aparición y morfología diferente a los de otros grupos de pacientes. En Medicina familiar el enfoque asistencial del adulto mayor debe dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de los déficits encubiertos, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención. Todo esto permitirá preservar o aumentar el grado de autonomía del paciente geriátrico. Para ello el Médico familiar debe realizar la valoración integral del anciano, que consiste en un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario.

2.1. Antecedentes:

A principios de la década de 1990, Kral propuso el concepto "Bening Senescent Forgetfulness" Haciendo primera llamada sobre los fallos de la memoria apreciados en la ancianidad que no necesariamente reflejan el inicio de una enfermedad de Alzheimer, pero fué hasta 1986 que se propusieran los primeros criterios para delimitar estas alteraciones.

El deterioro de la memoria asociado a la edad (DMAE) hace referencia a personas a partir de 50 años con deterioro cognitivo.

En 1989, Blackford y La Rue propusieron ampliar el concepto DMAE con dos nuevas categorías diagnósticas estableciendo como patrón la normalidad una población de la misma edad. ⁽¹⁾

La población de México asciende a 106.7 millones en 2008, un incremento de 8.2 millones con respecto a 98.4 millones en 2000, es decir, un aumento de 8.4 por ciento, o bien, un crecimiento medio anual de 1.0 por ciento. El descenso de la fecundidad da cuenta de una reducción en el número de nacimientos de 2.41 millones en 2000 a 1.96 millones que se espera ocurran durante 2008; pero un proceso de envejecimiento más rápido que el descenso de la mortalidad propiciará un aumento de 480 mil a 518 mil decesos al cabo del mismo periodo. La tasa de crecimiento natural comenzó a elevarse de manera sostenida a mediados de los años cuarenta hasta llegar a 3.0 por ciento a finales de los cincuenta. A partir de entonces, el crecimiento natural de la población se mantuvo por encima de 3.0 por ciento anual hasta finales de los años setenta. En 2000, la población crecía a 1.96 por ciento anual y se estima que en 2008 este indicador descendió a 1.35 por ciento. ⁽²⁾

Una de las consecuencias más trascendentes de la transición demográfica es el cambio en la composición de la estructura por edad de la población. Este proceso implica el envejecimiento relativo de la población, influido sin duda por la inercia demográfica.

La población infantil (0 a 14 años) comenzó a decrecer a partir del año 2000 y, entre ese año y 2050, se espera que disminuya de 33.6 a 20.5 millones. Los jóvenes (15 a 24 años) iniciarán esta transición a partir de 2011, se estima que

entre 2010 y 2050 este grupo pasará de 20.2 a 14.1 millones. Los adultos (25 a 64 años), que actualmente suman 48.2 millones, continuarán creciendo hasta la cuarta década del presente siglo cuando alcancen su máximo de 65.2 millones. El grupo de adultos mayores (65 años y más) tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI. El monto actual de 5.8 millones se verá cuadruplicado en 2050, cuando la población ascienda a 25.9 millones. (3)

En la actualidad, el segmento de la pirámide poblacional que más se expande es el correspondiente a los mayores de 75 años, mientras que la base se reduce drásticamente por la caída brutal de la natalidad. Esta tendencia al crecimiento constituirá uno de los retos más formidables a los que tendrán que enfrentarse las sociedades occidentales en un futuro cercano.

Resulta evidente que tales transformaciones de la estructura etaria de nuestra población reclamarán modificaciones significativas en la naturaleza de muchas de nuestras instituciones y políticas públicas (2)

Los cambios en la estructura demográfica de la población y el crecimiento del número de personas mayores de 60 años es uno de los eventos más destacados acaecidos desde el siglo pasado. Satisfacer las crecientes demandas de servicios sociales y la salud de este segmento de la población así como identificar sus características en el orden biológico, psicológico y social representan un desafío que es importante no ignorar. Hay cada día más viejos en el mundo. El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados y algunos como el nuestro exhiban una expectativa de vida al nacer de aproximadamente 76,15 años mientras que disminuye la fecundidad por lo cual ha variado en forma notable la pirámide poblacional del planeta. (4)

2.2. DEFINICION DE ADULTO MAYOR:

Según la **NOM-167-SSA1-1997** se define como toda persona mayor de 60 años, según la **OMS**. (Organización Mundial de la Salud) como población vulnerable y en riesgo mayor de 60 años de edad, dada las condiciones de vida de la gran mayoría de ellos en el país, es un sector demandante de servicios

que les permitan acceder a una mejor calidad de vida y a la posibilidad de reintegrarse a la vida activa del país. (5)

2.3. FUNCIONALIDAD COGNITIVA, DETERIORO COGNITIVO.

El envejecimiento normal suele implicar un deterioro cognitivo progresivo asociado a la edad, en el que las dificultades cognitivas más comunes afectan a la memoria, la capacidad de aprendizaje, el rendimiento motor y las funciones ejecutivas, así como a un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información. Ahora bien, ¿qué entendemos por deterioro cognitivo? En la literatura existente encontramos diversos términos relacionados con pérdidas leves de memoria asociadas a la edad. Así, el trastorno cognitivo leve (CIE-10), el deterioro cognitivo leve_y el trastorno neurocognitivo leve (**DSM-IV**) tienen en su origen un mecanismo patológico subyacente. La demencia sería la condición más incapacitante dentro del continuo de dificultades cognitivas (y también funcionales) que aparecen durante la vejez. En la actualidad, el creciente número de ancianos hace que el estudio del deterioro cognitivo leve y moderado y de sus predictores se torne fundamental, ya que además de implicar consecuencias adversas a nivel socio-económico, familiar y hospitalario, quienes se encuentran en este estadio tienen un elevado riesgo de evolucionar con el tiempo hacia la demencia. Aunque es difícil hacer una predicción precisa, algunos estudios establecen un porcentaje de conversión anual de entre el 4 y el 25%. Sea cual fuere la tasa de conversión anual, varios autores han intentado sistematizar los factores que la determinan, encontrando que la capacidad de orientación, la praxia construccional, la facilidad para el recuerdo de las instrucciones en las pruebas cognitivas utilizadas y la capacidad para llevar a cabo diversas actividades de la vida diaria (vivir solo, manejar la economía doméstica y responsabilizarse de la toma de medicación) predecían esta evolución de los sujetos. Este estudio confirma que el deterioro cognitivo es un factor de riesgo para el Alzheimer y el desarrollo de otros tipos de demencia.

Son muchos los factores predictores del deterioro cognitivo y del inicio de la demencia identificados hasta el momento. Entre ellos se citan la edad, el sexo,

el nivel educativo, la historia familiar de demencia o el ser portador del alelo *e4* de la apolipoproteína E, las dificultades en memoria, los problemas con la marcha o el volumen del hipocampo. El objetivo de esta revisión es presentar de forma general los principales hallazgos respecto a la predicción del deterioro cognitivo en los ancianos, bajo la asunción de que la intervención temprana sobre diversas variables podría retrasar las consecuencias negativas que lleva asociadas. (6)

El término 'deterioro cognitivo leve' (DCL) se utiliza para caracterizar un cuadro clínico que generalmente se presenta durante el envejecimiento y consiste en la disminución de una o más funciones cognitivas sin afectación en las actividades de la vida diaria. Esta entidad es heterogénea y puede estar de memoria), el de múltiples dominios (fallos en la memoria y otras funciones cognitivas), y alteración en un dominio cognitivo diferente a la memoria (alteración importante de otra función cognitiva). El diagnóstico adecuado de DCL tiene implicaciones clínicas importantes, pues se comporta como un posible predictor de alteraciones cognitivas progresivas que podrían sugerir el inicio de un cuadro demencial.

Diferentes estudios realizados sobre esta entidad plantean que el DCL-amn supone un riesgo de presentar demencia en aproximadamente un 12% de la población por año, mientras que en personas sanas, la tasa de conversión a demencia está entre el 1-2% anual. La prevalencia del DCL-amn varía de un estudio a otro, y se estima entre el 3-17% de la población mayor de 65 años. Esta diferencia en la prevalencia está relacionada con el diseño metodológico, el tipo de población estudiada y el criterio clínico tenido en cuenta para definir esta entidad. Sin embargo, en todos es clara la asociación entre DCL y el aumento en la probabilidad de presentar una demencia. (7)

2.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

La necesidad de evaluar rápida y precozmente un déficit cognitivo ha producido la construcción de tests de las funciones cognitivas; el más conocido internacionalmente es el Mini-Mental State (MMS) de Folstein et al. Diseñado por Folstein y McHung . Con la idea de proporcionar un análisis breve y

estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración. (4), (8)

Existen otras baterías, tests y protocolos que permiten estudiar las funciones cognitivas. En castellano, la más conocida es la WAIS que necesita un tiempo bastante largo para su total administración, el protocolo Consorcio para el Estudio y Registro de Casos con Enfermedad de Alzheimer (CERAD) con una completa evaluación neuro-psicológica, cuyos resultados se procesan informáticamente, u otras más breves como el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo et al, que es una versión castellana del MMS de Folstein et al, el test de Blessed, mencionado previamente, o pruebas ultrarrápidas como el cuestionario de Kahn et al, el test SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) de Pfeiffer, el Eurotest, el test EMA de Hodkinson, el test de los siete minutos y otros. Uno de los tests neuropsicológicos que se usa en nuestro país es el de Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC) de Gil et al, cuya versión original es francesa. Fue traducido por Arroyo-Anlló y publicado en las dos ediciones del libro *Manual de Neuropsicología* de la editorial Masson. Tiene la ventaja de que no se necesita una formación especializada en neuropsicología para usarlo, y puede ser muy útil para todo tipo de personal sociosanitario con un breve entrenamiento antes de su utilización. El ERFC no pretende sustituir el examen clínico completo del sujeto. Por ello, si se detecta una alteración patente de algunas de las funciones cognitivas, un profesional de neuro-psicología debería realizar una evaluación neuro-psicológica más detallada. No obstante, a pesar de que lo usan numerosos profesionales sociosanitarios en América y España, desconocemos su validación con población de

habla castellana.

La importancia de detectar adecuadamente los trastornos cognitivos o un síndrome psicoorgánico no sólo en ámbitos neuropsiquiátricos, sino también en medicina interna y geriatría, testimonia la necesidad de disponer de herramientas semiológicas que permitan evaluar las funciones cognitivas, detectar posibles alteraciones y, en ciertos casos, realizar un seguimiento de su evolución en función de distintas terapias farmacológicas y/o no farmacológicas que se puedan implementar o ensayar clínicamente. Además, la falta de detección de trastornos cognitivos conlleva que la cadena socio-sanitaria dedicada a la discapacidad mental no se ponga en marcha o problemas en la investigación de enfermedades orgánicas con manifestaciones mentales, presentes en cualquier etapa de la vida. (8)

2. 5. Situación Actual del Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor

El concepto original como así también los criterios diagnósticos, de difícil implementación,

Fueron modificándose con el tiempo , al punto tal que al presente existen varias propuestas que no terminan de clarificar como hacer el diagnóstico de DCL.

El deterioro cognitivo ligero (DCL) se refiere a un estadio intermedio entre normalidad y demencia, principalmente enfermedad de Alzheimer (EA). Recientemente, se han propuesto tres tipos de Deterioro cognitivo, (amnésico, difuso y focal no amnésico). Este estado parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente Enfermedad Alzheimer (Grundman, Petersen, Ferris,Thomas, Aisen, Bennett et al., 2004).

Los criterios diagnósticos de DCL propuestos por Petersen et al. incluyen: a) alteración subjetiva de la memoria, a poder ser corroborada por un informador fiable; b) alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad; c) función cognitiva general normal; d) realización normal de las actividades de la vida

diaria; e) no estar demenciado.

Así Peterson con sus últimas proposiciones intenta simplificar el diagnóstico y deja a criterio del médico, a la creencia de este, que hay una falla en la cognición y a la ausencia de demencia el diagnóstico de un DCL.

Si bien los datos positivos para el diagnóstico de DCL han variado siempre priva el concepto de no demencia y en ese sentido la “nula o escasa” afectación de las actividades cotidianas o su “relativa preservación”.

Desde hace varios años S. Ferris refiere esta confusión, no solo en la terminología y ubicación nosológica de la entidad, sino también plantea que no siempre los individuos portadores de déficit cognitivo mínimo o leve están indefectiblemente condenados a evolucionar a un estado de demencia. En México se encontró una prevalencia de este problema del 7% con deterioro cognitivo, y 3.5% acompañado de otras alteraciones funcionales. ⁽⁹⁾

Según los criterios de la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (*mild neurocognitive disorder*) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (*mild cognitive impairment*), el deterioro cognitivo leve (DCL) es un síndrome caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas, que no corresponde a un síndrome focal y no cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificada de demencia.

El diagnóstico de DCL se basa en la objetivación del deterioro cognitivo, en el paciente con nivel de conciencia normal, a través de pruebas neuropsicológicas estandarizadas, con puntos de corte apropiados para la edad y nivel académico del sujeto, teniendo en cuenta su actividad profesional. Es necesario constatar que las alteraciones son adquiridas, mediante la declaración de un informador fiable o bien su objetivación en exploraciones diferentes. ⁽¹⁰⁾

La complementación del MMSE con otros tests para aumentar su sensibilidad en la detección de demencias leves y para evitar falsos positivos por efecto del nivel educacional, es una recomendación común, aunque no existe gran consenso sobre qué otro test debiera usarse.

En este caso se eligió el test de actividades funcionales de Pfeffer (PFAQ) que es un test muy simple, diseñado para estudios en comunidad, en individuos normales o con alteraciones funcionales leves, que administrado a un informante, mide capacidad funcional para desempeñarse en actividades instrumentales de la vida diaria y que además tiene alta correlación con deterioro cognitivo. El test se orienta más bien a las funciones sociales, como son el manejo de las propias finanzas y la lectura. (11)

El deterioro de funciones cognoscitivas específicas se manifiesta primero, entre los 50 y 60 años de edad, con un declive más pronunciado después de los 70. No obstante, cabe mencionar que este acuerdo se puede aplicar con reservas a la población general, pues cada caso en particular puede mostrar características muy diversas, en relación directa con el tipo de entorno y de actividad en que se encuentre el individuo. (12).

Debido a la transacción demográfica que se presentara en los próximos años y el incremento a 77% la expectativa de vida de los adultos mayores de 60 años además aumentarían las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognoscitivo sin demencia y la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud. El deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual.

Algunas variables socio-demográficas que se han asociado con una mayor probabilidad de demencia son la edad, el género femenino y la baja escolaridad. Asimismo, algunas enfermedades crónicas de la vejez como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardíaca y cerebral, así como hipertensión, han mostrado una fuerte relación con el desarrollo de la demencia por sus efectos directos o indirectos en el estado del cerebro. Además, los cambios agudos en la capacidad cognitiva, son con frecuencia síntoma de enfermedades no cerebrales tales como infecciones o insuficiencias

orgánicas. Por su parte, la presencia de deterioro cognitivo establecido influye en la forma de presentación de las enfermedades agudas, puede interferir en la evaluación de los pacientes e impactar en su ubicación al alta. Por todo ello, se recomienda la evaluación de la situación mental de los pacientes ancianos con enfermedad aguda o en situación de urgencias. ⁽¹³⁾

2.6. Tratamiento Integral del Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor

una asistencia de calidad se basa en cuatro pilares fundamentales que serían: 1) *conocimiento*, es decir desarrollo y actualización de evidencias científicas sobre los tratamientos o modelos asistenciales que producen mejora en algún ámbito de la enfermedad, en qué pacientes y para qué objetivos concretos; 2) *implementación* del conocimiento: hacer que los tratamientos y cuidados demostrados beneficiosos lleguen al máximo número de ancianos, de forma equitativa y segura; 3) *evaluación de resultados*: control de los principales resultados en salud, (los que realmente importan al paciente) de las enfermedades más prevalentes en el anciano e investigación sobre cómo influyen los distintos modelos asistenciales en estos resultados relevantes, y 4) realizar todo ello respetando las preferencias del enfermo, es decir realizar una «*medicina centrada en el paciente*». (*Investigación sobre modelos asistenciales en geriatría: propuestas para el futuro*). ⁽¹⁴⁾

Los *programas de psico-estimulación* son un tipo de intervención psicológica para el deterioro cognitivo que engloban el entrenamiento de diferentes áreas cognitivas. Estos programas son eficaces, si bien con un tamaño del efecto moderado, favorecen las relaciones sociales, mantienen el nivel de independencia y alivian los estados de depresión y ansiedad. Aun así, existe evidencia dispar respecto a la eficacia y su generalización a la vida cotidiana. ⁽¹⁵⁾

La sociedad debe estructurarse sobre la base de valores humanos enaltecedores del hombre como ser social y, aunque preocupen los efectos económicos del envejecimiento, no debe dejarse de prestar atención a la ancianidad, estableciendo programas integrales para ellos, que tanto dieron en su juventud en la construcción de los valores que disfruta la sociedad actual. Es vital crear una cultura para el envejecimiento (gerocultura) propiciadora de

mecanismos reflexivos, que permita una dinámica favorable en los planos estatal, comunitario y familiar, hasta llegar al individuo, no sólo sobre el envejecimiento en sí, sino desde el envejecimiento. La participación individual, familiar y comunitaria en el cambio de óptica y actitud que se impone, precisa un reconocimiento de las potencialidades del Adulto Mayor; el reforzamiento de su imagen de memoria viva, de transmisor del patrimonio cultural, así como de su inserción y participación social en este proceso de transmisión, constituye la base de la gerocultura. Este proceso no puede ser impuesto desde fuera y debe contar con la voluntad y motivaciones de los Adultos Mayores. (16)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población a nivel mundial según datos de las Naciones Unidas para el año 2025 habrá 1,200 millones de adultos mayores.

En la actualidad, el segmento de la pirámide que más se expande es el correspondiente a los mayores de 75 años, mientras que la base se reduce drásticamente por la caída brutal de la natalidad. Esta tendencia al crecimiento constituirá uno de los retos más formidables a los que tendrán que enfrentarse las sociedades occidentales en un futuro cercano, sobre todo los servicios de medicina familiar que son el primer contacto y los encargados de llevar a cabo atención y prevención en este grupo poblacional.

El porcentaje de prevalencia de deterioro cognitivo encontrada en los adultos mayores mexicanos es del 7%. Esta prevalencia de deterioro cognitivo en la población adulta y su relación con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población adulta mayor.

Se considera muy importante encontrar nuevas respuestas a tan grandes problemáticas que avocinan en este grupo de personas por lo que ya comentamos previamente serán mayoría y con mayor número de problemas de salud, por lo que al realizar estudios de este tipo nos da pauta para buscar otros medios para prevenir todos estos problemas a futuro.

Por lo en Medicina Familiar consideramos importante el mantenimiento de la salud integral en los adultos mayores siendo de vital importancia la función cognitiva la cual ayuda en los demás aspectos de deterioro normal de esta etapa de la vida, además favorece el diagnóstico temprano de alteraciones mentales, en nuestro medio no se cuenta con información suficiente para manejar este problema de salud por lo que resulta la siguiente pregunta: ¿porque quiero hacer este trabajo? Para evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores que acuden a la clínica 02, y así conocer la situación real de nuestro campo de trabajo, ya que el deterioro cognitivo leve (DCL) es un síndrome que se caracteriza por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas que no corresponde a un síndrome focal y no

cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificados de demencia, es de vital importancia en medicina familiar conocerlo en nuestros adultos mayores para poder prevenir futuras complicaciones derivadas de este y otros factores normales encontrados en el envejecimiento del ser humano.

IV. JUSTIFICACIÓN

Según las proyecciones demográficas en un futuro tendremos gran cantidad de adultos mayores y por ende aumento en la prevalencia de enfermedades propias de esta etapa de la vida, además de el deterioro normal de todas las funciones del organismo que por si mismas nos pueden propiciar grandes enfermedades y complicaciones siendo este un gran problema de salud en los adultos mayores del que no se cuenta con suficiente información local, queriendo mantener hasta donde sea posible la funcionalidad y la salud de nuestros pacientes y prevenir hasta donde sea posible enfermedades y complicaciones .

En México la alta prevalencia de Deterioro Cognitivo es una condición importante en la población de adultos mayores que se encuentra alrededor del 7 % , y que se relaciona con enfermedades crónicas frecuentes como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad cerebral y Depresión, por eso es muy importante que el Médico Familiar realice la identificación temprana de ambas condiciones en la población adulta.

Los adultos mayores no han contado con la atención que necesitan para sus múltiples problemas de salud, sociales, psicológicos, laborales y económicos. Se necesita una cultura a favor del envejecimiento para mejorar su calidad de vida llevando a cabo la promoción del envejecimiento saludable.

Para los adultos mayores se debe tener en cuenta lograr que los años que se adquieren en la vejez se lleven a cabo sin enfermedades, sin discapacidades y que logren tener calidad de vida adecuada.

Es necesaria la participación de todos principalmente de la familia para lograr el

envejecimiento activo y saludable. La prevalencia de la discapacidad se incrementa con la edad , cuando los riesgos de deterioro funcional son mayores.

La funcionalidad y autonomía de las personas depende de que durante el envejecimiento se tome en cuenta el tema de la cognición.

La familia y la sociedad desempeñan un papel en la salud física y mental de los adultos mayores. El conjunto de cuidados de salud necesarios para atender a las necesidades de las personas mayores tienen un alto costo y depende del acceso y calidad de los servicios de salud, así como de la adecuada distribución de los ingresos.

Es importante que en las unidades de medicina familiar, se tomen en cuenta y tengan el conocimiento de los cambios del envejecimiento, de las principales enfermedades del adulto mayor, llevar a cabo una evaluación de la funcionalidad física, mental, valoración nutricional, conocer los cambios de resultados de laboratorio según la patologías y muy importante los trastornos de la dinámica familiar.

La demencia es una de las enfermedades más discapacitantes y costosas que se asocian al envejecimiento. El impacto emocional de la enfermedad en el paciente y en su familia es muy grande.

Al realizar un diagnóstico temprano del Deterioro Cognitivo es importante para disminuir la dependencia de los adultos mayores y así reducir el desgaste del cuidador y de toda su familia condición importante para la funcionalidad familiar.

Es de suma importancia que el Médico Familiar tenga conocimientos y que se siga capacitando para mejorar la calidad de atención para esta población de adultos mayores que está aumentando y que poca atención se le ha prestado.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 02 del IMSS, en Chihuahua, Chihuahua.

5.2. Objetivos Específicos

5.2.1. Identificar las edades encontradas en adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 02 del IMSS, en Chihuahua, Chihuahua.

5.2.2. Identificar la escolaridad en adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 02 del IMSS, en Chihuahua, Chihuahua.

5.2.3. Identificar por sexo los grados de funcionalidad cognitiva encontrados en adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar 02 del IMSS, en Chihuahua, Chihuahua.

5.2.4. Identificar estado civil, ocupación de los adultos mayores con alteración en la función cognitiva, en la Unidad de Medicina Familiar 02 del IMSS, en Chihuahua, Chihuahua.

VI. METODOLOGIA

Tipo De Estudio

El tipo de estudio es observacional, descriptivo transversal,

Población, lugar y tiempo de estudio:

Adultos mayores de la UMF 02 del IMSS de Cd. Chihuahua, Chihuahua.
Periodo comprendido del 31 de diciembre del 2010 al 30 de julio del 2011.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra:

Se calculo por medio del programa de estadística EPIInfo, versión 3.5.1, con los siguientes datos:

Nivel de confianza de 95%, diferencia de 80%, Con un porcentaje de prevalencia encontrada en los adultos mayores mexicanos del 7%, y con el total de 9200 adultos mayores de la UMF 02 del IMSS de Chihuahua, Chihuahua.

Por lo que el tamaño de la muestra que tomaremos al azar es de 585 adultos mayores.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión Adultos mayores de la UMF No. 02 del IMSS

Criterios De Exclusión: Pacientes menores de 60 años.

Criterio De Eliminación: Pacientes que no deseen participar en el estudio,
Pacientes con cambio de adscripción.

Información a recolectar y variables a recolectar:

Encuesta a los participantes y aplicación de un test llamado Mini-Mental State (MMS) de Folstein et al. Diseñado por Folstein y McHung . Con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirva para diferenciar en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer.

El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col.

La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA SU ADMINISTRACION:

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1. Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país(excepto en las comunidades históricas).
2. Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.
3. Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir pero sin repetir cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta.
4. Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.
5. Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.
6. Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem: -
Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de “x” características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla

más de dos veces es otro error. - Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.

7. - Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.
8. Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto. PUNTUACIÓN:
9. La puntuación total máxima es de 35 puntos. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calcularemos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35 / 31) = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

10. INTERPRETACIÓN:

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.

Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo. RANGO de PUNTUACION 0 – 35.

VII. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables dependientes	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo	Indicador
Funcionalidad cognitiva	El deterioro cognitivo es considerado como una entidad clínica previa a la demencia equivale al término inglés mild cognitive impairment.	Para fines de este estudio se tomará en cuenta el test MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE), basado en Folstein y Lobo et. Que nos marca puntuaciones de referencia.	Nominal	Cualitativa	1. normal 2. sospecha patológica 2. deterioro cognitivo 4. demencia
Variables independientes					
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual	Se tomo la cantidad de años que declare el adulto mayor al momento de la aplicación del test	Discreta	Cuantitativo	Años
Sexo	Conjunto de caracteres morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos machos de las hembras de cada especie. Condición orgánica	Para fines de este estudio se captara el sexo referido por el médico encuestado en el cuestionario	Nominal y dicotómico	Cualitativo	1. femenino 2. masculino

Profesión	Es una capacitación educativa de alto nivel.	Se captara si tiene o no profesión y es referida por el adulto mayor al contestar el test	Nominal y dicotómica	Cualitativa	1.si profesión 2.no profesión
Orientación temporal	Está ligada a las secuencias de acontecimientos que se dan a lo largo del tiempo y que conocemos y recordamos correctamente	Se captara lo contestado por el adulto mayor al contestar el test y hacerle preguntas de orientación temporal.	Nominal y dicotómica	cualitativa	1. menos de 5 puntos 2. más de 5 puntos
Orientación espacial	Es la forma en la que conocemos y recordamos el espacio que nos rodea, correctamente	Se captara lo contestado por el adulto mayor al realizarle preguntas de orientación espacial.	Nominal y dicotómica	Cualitativa	1. menos de 5 puntos 2. más de 5 puntos
Fijación: recuerdo inmediato	Recordar correctamente cosas, después de un minuto de verlas o escucharlas y recordarlas si se vuelven a preguntar en varias ocasiones	Se captara lo contestado por el adulto mayor al recordar máximo 3 de las 6 cosas que se le dijeron con intervalo de un segundo cada una.	Nominal y dicotómica	Cualitativa	1. recordó menos de 3 cosas 2. recordó 3 cosas o mas
Atención calculo	Consiste en realizar las operaciones necesarias para prever el resultado de una acción previamente concebidas	Se captara lo contestado por el adulto mayor al realizarle preguntas de cálculo.	Nominal y dicotómica	Cualitativa	1. menos de 5 puntos 2. máximo de 5 puntos

Recuerdo diferido	Recordar cosas, después de 5 minutos de verlas o escucharlas y recordarlas correctamente si se vuelven a preguntar en varias ocasiones.	Se captara lo contestado por el adulto mayor al preguntarle si recuerda las 6 palabras mencionadas anteriormente e..	Nominal y dicotómica	Cualitativa	1. si recuerda menos de 3 2. recuerda máximo 3
Lenguaje	se basa en la capacidad de los seres humanos para comunicarse por medio de signos.	Se captara lo contestado por el adulto mayor al pedirle que realice acciones para comunicars.	Nominal y dicotómica	Cualitativa	1. menos de 9 2. más de 9

VIII. Método Estadístico y para captar la información:

La fuente de obtención de los datos será una encuesta directa sobre el paciente. Las medidas estadísticas que utilizamos son frecuencias, porcentajes, medias analizadas de la información de las encuestas, que fueron capturadas en el programa SPSS ver 15 para su análisis y obtención de gráficas. Una vez terminado el análisis de los resultados se realizaran las conclusiones, además de la posterior difusión de resultados en foros de investigación y su publicación.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante el desarrollo del presente estudio de investigación, los principios éticos fundamentales, en cuanto a la conducta a seguir, se aplican eficazmente, realizándose esta investigación bajo consentimiento del personal y pacientes del UMF 02, todo lo anteriormente dicho de acuerdo a los principios para toda investigación médica establecidas en la declaración de Helsinki del 11 al 30, así como el principio 31 aplicable cuando la investigación se combina con la atención médica. Esta investigación no implica riesgos para los sujetos a estudio. El presente trabajo e investigación será puesto a consideración de los Comités de Ética e Investigación del IMSS para su análisis, recomendaciones y correcciones pertinentes. Se utilizara la carta de consentimiento informado a los participantes, al momento de ser internados en la institución, por lo que consideramos no es necesario incluir una carta de consentimiento informado para la investigación, ya que este protocolo será llevado conforme a la atención rutinaria, sin agregar algo adicional, pero en caso de ser necesario se anexa la carta de consentimiento informado en anexos

RESULTADOS

X. Resultados, descripción de los resultados y tablas

Incluimos un total de 585 adultos mayores de los cuales el 19 % (114 pacientes) presentaron deterioro cognitivo, como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1.
Características De Pacientes Adultos Mayores en el Estudio
Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor en la UMF 2 del IMSS,
Chihuahua, Chih.

<i>Variable</i>	<i>Pacientes con DC X ± DE/ n (%)</i>	<i>Pacientes sin DC X DE / n (%)</i>	<i>P</i>
Pacientes	114 (19)	471 (81)	
Edad	76 ± 7	72± 6	0.000
Genero			
Masculino	41(36)	206 (44)	0.27
femenino	73 (64)	265 (56)	0.132
Estado nutricional			
IMC ≥ 24	49 (43)	193 (41)	0.696
IMC ≤25	65 (57)	278 (59)	
Lugar de residencia			
Casa propia	100 (88)	461 (98)	0.000
Institucionalizado	14 (12)	10 (2)	
Estado civil			
Casado	61 (54)	338 (72)	0.000
Soltero	53 (46)	133 (28)	

X ± media DE desviación estándar n número de casos % proporción DC deterioro cognitivo

Fuente: Encuesta 2011

La edad promedio encontrada en adultos mayores con deterioro cognitivo fue de 76 ± 7 . Tabla 1 y 2

En cuanto al género encontrado en adultos mayores que presentaron deterioro cognitivo fueron 73 del sexo femenino correspondiente al 64 % y 36 (41 pacientes) del sexo masculino. Tabla 2.

El estado nutricional de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), el 57 % (65 pacientes) presento IMC mayor de 25 y 43% (49 adultos mayores) presento IMC normal o menor de 24. Tabla 1 y 2.

Referente al lugar de residencia en adultos mayores con deterioro cognitivo fue significativo, se encontró que los adultos mayores que vivían en casa propia fue de 88% correspondiente a 100 adultos mayores, y aquellos que vivían en alguna institución fue de 12 % con 14 adultos mayores. Tabla 1 y 2.

En cuanto al estado civil encontramos 54% (61 adultos mayores) casados y 46 % (53 pacientes) se refieren como solteros. Tabla 1 y 2.

Tabla 2**Características de Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo en La UMF 2 del IMSS en Chihuahua, Chihuahua.**

Variable	X DE/n (%)
Edad	76± 7
Años cursados	2± 3
Genero Masculino femenino	41 (36) 73 (64)
Estado nutricional IMC ≥24 IMC ≤ 25	49 (43) 65 (57)
Lugar de residencia Casa propia Institucionalizado	100 (88) 14 (12)

X,± media DE desviación estándar n número de casos % proporción DC= deterioro cognitivo

Fuente: Encuesta 2011

En cuanto a los años cursados de escolaridad en los adultos mayores con deterioro cognitivo se encontró el número de años fue de 2± 3, como lo muestra la tabla 2 y 3.

En cuanto al antecedente de tabaquismo en los adultos mayores con deterioro cognitivo encontramos en 13 adultos, correspondiente a 11% presentaron este antecedente y 101 adultos mayores con porcentaje de 89 % negaron este dato Tabla 3.

Referente al antecedente de alcoholismo en adultos mayores con deterioro cognitivo fue de 7%(8 adultos) y sin alcoholismo fue de 93%. (106 adultos mayores). Tabla 3 y 4

En cuanto al antecedente de enfermedades asociadas en adultos mayores con deterioro cognitivo se encontró con un 45 % (51 pacientes) presentaron este antecedente positivo y 55%(63 pacientes) negó algún antecedente de enfermedad asociada. Tabla 3 y 4.

Tabla 3.
Antecedentes Personales de Adultos Mayores Con Deterioro Cognitivo en la UMF No. 2 del IMSS en Chihuahua, Chih.

Variable	Pacientes con DC X± DE/ n(%)	Pacientes sin DC X± DE/ n (%)	p
Escolaridad Años cursados	2±3	6 ± 4	0.000
Con tabaquismo Sin tabaquismo	13 (11) 101 (89)	66 (14) 405 (86)	0.465
Con alcoholismo Sin alcoholismo	8 (7) 106 (93)	42 (9) 429 (91)	0.515
Con enfermedades asociadas Sin enfermedades asociadas	51 (45) 63 (55)	174 (37) 297 (63)	0.125

X ± media DE desviación estándar n número de casos % proporción DC = deterioro cognitivo

Fuente: Encuesta 2011

Tabla 4.
Características y Antecedentes de Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo en la UMF 2 del IMSS en Chihuahua, Chih.

Variable	X± DE/n (%)
Estado civil	
Casado	61(54)
soltero	53 (46)
Con tabaquismo	13(11)
Sin tabaquismo	101(89)
Con alcoholismo	8 (7)
Sin alcoholismo	106 (93)
Con enfermedades asociadas	51 (45)
Sin enfermedades asociadas	63 (55)

X.± media DE desviación estándar n número de casos % proporción DC = deterioro cognitivo

Fuente: Encuesta 2011

XI. Discusión de los resultados.

De los múltiples factores asociados al deterioro funcional, nuestros resultados tuvieron similitudes con lo informado en otros estudios internacionales. Uno de los rasgos principales fue pertenecer al sexo femenino y tener más de 76 años de edad.

En nuestro estudio encontramos en la población estudiada de adultos mayores de la clínica 02 del IMSS una cifra elevada de deterioro cognitivo muy similar a la prevalencia encontrada en la literatura, la edad promedio de los adultos mayores fue de 76 años, las mujeres fueron las más afectadas con esta patología, el índice de masa corporal se encontró mayor del normal, el lugar de residencia de los adultos mayores con deterioro cognitivo se encontró que la mayoría vivían en casa propia, la mayoría de los adultos mayores estudiados estaban casados, tenían escasa escolaridad, y no se encontraron resultados significativos con la asociación a deterioro cognitivo con tabaquismo ni alcoholismo.

Se encontró un resultado elevado de deterioro cognitivo en adultos mayores del 19%, cifra alta comparado con el estudio realizado por Gonzales y Gómez¹⁷ en el año 2006 con un resultado de deterioro cognitivo de 13.8 %, por Torres y Gómez¹⁸ en el año 2009 que reporta un 9.45 % de deterioro cognitivo leve.

Referente a la edad en la que se presenta deterioro cognitivo encontramos una edad promedio de 76 años que concuerda con lo reportado en la literatura y en el estudio de Torres y Gómez en el año 2009¹⁸.

En cuanto al género encontramos que el sexo femenino fue el que predominó con un 64%, la literatura reporta que en la mayoría de los estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia de deterioro cognitivo^{19, 20}, en el estudio de Gomez y Torres¹⁸ con un 66.7 % del sexo femenino.

En cuanto a los años cursados de escolaridad vimos que la gran mayoría estudio de 2 a 3 años, la literatura reporta en el estudio de Gómez y Torres¹⁸ que el 71% tenían un nivel escolar bajo, en otro estudio de Mejia y Villa²⁰⁰⁷¹⁹ se encontró que menos de 7 años de escolaridad corresponde al 9 % de deterioro cognitivo.

En cuanto al estado civil encontramos que el porcentaje más alto, 54% refiere ser

casado, la literatura reporta en el estudio de De Leon – Arcila R et al 2009²⁰ un 57 % son casados.

En cuanto a los antecedentes personales encontramos con tabaquismo positivo 13 adultos que correspondió al 11%, en un estudio similar de De Leon- Arcila R et al 2009²⁰ reportan 13 % al antecedente de tabaquismo, en cuanto al alcoholismo positivo se encontró 51 pacientes con este antecedente que corresponde a 45 %, no se encontró similitud en el estudio de De Leon- Arcila R et al 2009²⁰ en el que reportan un 24 % al antecedente de alcoholismo.

El estado nutricional de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), el 57 % (65 pacientes) presento IMC mayor de 25 y 43% (49 adultos mayores) presento IMC normal o menor de 24.

XII . Conclusiones.

1. Del total de pacientes estudiados que fue de 585 adultos mayores se encontró una prevalencia de 19 % de deterioro cognitivo.
2. La edad promedio de adultos mayores con deterioro cognitivo fue de 76 ± 7 .
3. En cuanto al género más frecuente de adultos mayores con deterioro cognitivo el sexo femenino con el 64 %.
4. El estado nutricional encontrado en adultos mayores con deterioro cognitivo de acuerdo al índice de masa corporal (IMC) fue de 57% con IMC mayor de 25.
5. El lugar de residencia de los adultos mayores con deterioro cognitivo fue significativo, se encontró que la mayoría vivían en casa propia correspondiente al 88% y el resto vivía en alguna institución.
6. En cuanto al estado civil en adultos mayores con deterioro cognitivo la mayoría se refirió como casado con un 54%.
7. En cuanto a los años cursados de escolaridad en los adultos mayores con deterioro cognitivo la mayoría de ellos curso de 2 a 3 años de escuela.
8. En cuanto al antecedente de tabaquismo positivo en los adultos mayores con deterioro cognitivo encontramos un porcentaje de 11% .
9. Referente al antecedente de alcoholismo en adultos mayores con deterioro cognitivo fue de 7%.
10. En cuanto al antecedente de enfermedades asociadas presentes en adultos mayores con deterioro cognitivo fue de 45%.

XIII. Recomendaciones.

A las autoridades de la UMF 2 del IMSS se les hace un llamado para que tengan prioridad para atender las demandas de los adultos mayores con calidad poniendo énfasis en los programas dirigidos a esta población que no se debe descuidar ya que la prevalencia de deterioro cognitivo en nuestra población estudiada fue alto.

Un gran porcentaje de adultos mayores tiene cierta limitación para realizar las actividades de la vida diaria, es indispensable realizar prevención para conservar las funciones no alteradas y restablecer las que se han alterado, porque existiendo patología o esté ausente es necesario actuar en las diferentes disciplinas en este grupo de adultos mayores. El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del ser humano por el que diversos procesos los tejidos se van degenerando, por lo tanto el envejecimiento no solo depende de lo biológico, también intervienen varios factores .

A los médicos familiares de la UMF 2 del IMSS y el resto del personal de salud en contacto con adultos mayores tenemos la responsabilidad social de desarrollar prevención y rehabilitación del deterioro cognitivo en el adulto mayor, porque su salud y calidad de vida dependen de un buen funcionamiento cognitivo. Se requiere de implementar programas de rehabilitación biopsicosocial que los beneficie por medio de intervenciones multidisciplinarias para preservar su salud y mantener la autonomía personal, aspecto importante en los adultos mayores.

Es indispensable conocer los síndromes geriátricos y actuar sobre ellos por medio de programas y protocolos para mejorar la situación en todas las esferas de este grupo vulnerable para conseguir su independencia.

A los investigadores en el área de la salud se le exhorta a continuar investigando a este grupo de personas adultas mayores ya que la sociedad necesita adultos mayores sanos. Por lo tanto no se debe descuidar y se deben seguir investigando factores asociados que aborde lo conductual, lo social, lo familiar, lo biológico, buscando identificar al adulto mayor de forma integral.

A las autoridades institucionales delegacionales y nivel central se les recomienda continuar apoyando a los programas de prevención, detección y rehabilitación a este grupo vulnerable de adultos mayores

A las autoridades locales estatales y federales es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, otorgándoles mecanismos para que adquieran estrategias que les ayuden a mantener su competencia social.

Y que todas las acciones dirigidas a preservar la salud en el adulto mayor deben estar dirigidas al mantenimiento de la autonomía personal, aspecto que les dará una mayor satisfacción en este grupo de edad avanzada.

Es de suma importancia destinar más recursos específicos para la atención de este grupo de edad.

XIV . Referencias bibliográficas

1. De la cruz A, Morgado Y. I. Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor en un consultorio Médico de Familia, 2007, Medicina Familiar y Atención Primaria, pp 3-7.
2. D' Hyver C. Gutiérrez. L. Geriatria México, El Manual Moderno, 2006.
3. Conapo. El cambio demográfico, el envejecimiento y migración en México. México, Conapo, 2008.
4. Alvarez M. Alom J. Capacidad predictiva de la Demencia por Enfermedad de Alzheimer de diferentes criterios Diagnosticos de Deterioro Cognitivo leve, 2009, Alzheimer Real Investg. Denec, pp 13-19.
5. NOM. NOM- 167 SSA. México: NOM, 1997
6. Lopez G, Calero M. Predictores del Deterioro Cognitivo en Ancianos, Rev Española de Geriatria 2009, pp 112- 117.
7. Henao- Arboleda E. Aguirre- Acevedo D. Muñoz C. Pineda D. Lopera F. Prevalencia de Deterioro Cognitivo leve de tipo amnésico en una población Colombiana. Colombia: Rev Neurol 2008; 46(12) ; 709-713, 2008, vol 46.
8. Arroyo- Anillo E. Chamorro J. Castañeda A. Adaptacion y validación del Test Evaluacion Rapido de las funciones cognoscitivas. 2009, Psiquiatric Biol, pp112- 121.
9. Mejia- Arango S. Miguel – Jaimes A. Villa A. Ruiz- Arregui L. Gutierrez- Robledo M. Deterioro Cognostitivo y factores asociados en Adultos Mayores en Mexico, 2007, Salud Publica de Mexico. Pp 475- 481.
10. Mulet B. Sánchez- Casas R. Arrufat M. Figueroa L. Labad A. Rosich M. Deterioro Cognitivo ligero anterior a la Enfermedad de Alzheimer; Tipología y evolución. 2005, Psicoterma, pp 250- 256.
11. Quiroga P. Albala C. Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnostico de demencia asociada a la edad en Chile, Rev Medica de Chile, 2004, Vol 132. 467- 478.
12. Galindo. G. Molina V. Baldera Cruz, E. Deterioro Cognitivo. 2002 . Salud mental, pp 27.

13. Rodríguez- Molinero A. Lopez Pérez Medina I. Tabuenca A. De la Cruz J. J Benegas J. R. Evaluación cognitiva de los pacientes ancianos en el servicio de urgencias: comparación entre instrumentos, 2010, Rev Esp Geriatria Gerontología, pp 183-8.
14. Vidan M. T. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2010, pp 45-46.
15. Herrera S. Montorio I Cabrera I. Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y rendimiento de un programa de estimulación cognitiva. 2012. Rev Española de Geriatria y Gerontología, pp 44- 48.
16. Cabrera A. Romero J. Perspectivas Actuales en la asistencia Sanitaria del Adulto Mayor, Cuba; Rev Panam Salud Publica, 2008, vol 24.
17. González J, L. Gómez N. Gonzalez J.L. Marín, E. Deterioro Cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del policlínico “ La rampa “. Rev Cubana Med Gen Integral 2006; 22.
18. Torre M. Gómez Viera, N Labrador M. Jiménez F. L. Evaluación del estado Cognitivo de los Adultos Mayores de 60 años , en un área de salud del policlínico Docente Plaza de la Revolución. Rev Cubana Med. V 48, 2009.
19. Guía de práctica Clínica, ‘Diagnostico y tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el primer Nivel de Atención “ Evidencias y recomendaciones, catalogo maestro de Guías de práctica clínica , IMSS-144-08.
20. De Leon- Arcila, P. Milian N. Camacho R, Arevalo- Cedano, M. Escantin – Chávez M. Factores de Riesgo para Deterioro Cognitivo y Funcional en el Adulto Mayor , 2007, Rev Med Inst Mex Seguro Social, 47 (3): 277- 284.
21. P. Olivares – Tirado. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile, Departamento de estudios y desarrollo, 2006.

IX. ANEXOS

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Chihuahua, Chih. a _____ de _____ del 2010.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación registrado ante el comité del IMSS Chihuahua. El objetivo del estudio es evaluar el deterioro cognitivo del adulto mayor que acude a la unidad de medicina familiar No 2 de IMSS en Chihuahua, Chih.

Se me ha explicado la participación que tengo en el protocolo. Los investigadores me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, también se han comprometido a proporcionarme la información que obtega del estudio aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre del paciente

Nombre, matrícula y firma del investigador

Testigo

Testigo

Hoja de recolección de datos

Folio _____

Nombre _____ afiliación _____

Deterioro cognitivo leve (minimal-Folstein)

- 0. 24-27 no tiene
- 1. 17-23 DCL
- 2. >17 demencia

NOTA: Se recomienda evaluar el estado cognitivo para analfabetas, menos de 4º de primaria y > 75 años la escala de Pfeiffer

Genero

- 0. Masculino
- 1. Femenino

Edad

- 0. 60-74 años
- 1. ≥ 75 años

Estado nutricional

- 0. IMC ≤29 kg/m² SC
- 1. IMC >27 kg/m² SC

Lugar de residencia

- 0. Casa propia
- 1. Institucionalizado

Estado civil

- 0. Casado
- 1. Soltero (viudo, divorciado, separado)

Escolaridad

- 0. Medio superior o licenciatura
- 1. Secundaria
- 2. Primaria completa
- 3. Primaria incompleta
- 4. No sabe leer ni escribir

• *Tabaquismo*

- 0. Negativo
- 1. Positivo

Alcoholismo

- 0. Negativo
- 1. Positivo

Enfermedades asociadas

- 0. Ninguna
- 1. Cardiopatía
- 2. Hta
- 3. Diabetes mellitus
- 4. Hipercolesterolemia
- 5. Enfermedad vascular cerebral
- 6. Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

- 1 Cual es la fecha de hoy? (día, mes y año)
- 2 Que día de la semana?
- 3 En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)
- 4 Cual es su número de teléfono? (Si no tiene teléfono, cual es su dirección completa)
- 5 cuántos años tiene?
- 6 Donde nació?
- 7 Cual es el nombre del presidente?
- 8 Cual es el nombre del presidente anterior?
- 9 Cual es el nombre de soltera de su madre?
- 10 Reste de 3 en 3 desde 29. (Cualquier error hace errónea la respuesta)

Resultado

- 0-2 errores normal
- 3-4 errores deterioro leve
- 5-7 errores deterioro moderado
- 8-10 errores deterioro severo

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

folio (folio)

Nombre: No se copia # Africar. Género Varón [1] Mujer [2] (género).
 Fecha: No se copia F. nacimiento: No se copia Edad: (edad) años.
 Estudios/Profesión: crisis N. HP:
 Observaciones: crisis
problemas
(C.F., P.C.)

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Estado cognitivo
 a) estado cognitivo normal (normal) 27 o +
 b) sospecha patológica. (sospat) 24 o menos
 c) deterioro cognitivo (detercog) 12-24
 d) demencia (demencia) 9-12