



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Luis Guillermo Ibarra Ibarra

ESPECIALIDAD EN:

AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA

***CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE MEMORIA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DE LENGUAJE DEL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA
IBARRA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 2011 A 2015***

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN:

AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA

P R E S E N T A:

DR. WOLFGANG ARMANDO GONZÁLEZ TORRES

PROFESOR TITULAR:

DRA. LAURA ELIZABETH CHAMLATI AGUIRRE

TUTORES DE TESIS

DRA. MARÍA GUADALUPE ROSIO LEYVA CARDENAS

M.C. ANA LUISA LINO GONZALEZ



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DRA. MATILDE L. ENRÍQUEZ SANDOVAL
DIRECTORA DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. HUMBERTO VARGAS FLORES
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

DR. ROGELIO SANDOVAL VEGA GIL
JEFE DEL SERVICIO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO

DRA. LAURA ELIZABETH CHAMLATI AGUIRRE
PROFESOR TITULAR

DRA. MARÍA GUADALUPE ROSÍO LEYVA CÁRDENAS
TUTOR DE TESIS

M.C. ANA LUISA LINO GONZÁLEZ
ASESOR DE TESIS

Es triste que nuestro cerebro no sea capaz de almacenar los recuerdos de cada segundo de nuestra vida. En la memoria solo queda pedacería. Además, la percepción nos juega trucos. Superponemos hechos reales con imaginarios y lo que dábamos como sucedido no es más que una invención. El recuerdo de nuestro pasado queda a mitad de camino entre lo ficticio y lo verídico.

Salvar el fuego – Guillermo Arriaga

DEDICATORIA

A mi madre y a mi padre.

AGRADECIMIENTOS

A mis asesoras en esta tesis.

ÍNDICE

I

MARCO TEÓRICO.....	7-13
--------------------	------

II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
Pregunta de investigación.....	14
Antecedentes.....	15
Justificación.....	16
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17

III

MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
Diseño del estudio.....	18
Población de estudio.....	18
Criterios de selección.....	18
Variables.....	19-20
Análisis estadístico.....	20
Recursos.....	21
Consideraciones éticas.....	21

IV

RESULTADOS.....22-52

V

DISCUSIÓN.....53-55

VI

CONCLUSIONES.....56

VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....57-58

MARCO TEÓRICO

La memoria implica una función biológica que permite el registro, almacenamiento y recuperación de la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal, nos permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente, condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva¹. Es un proceso cognoscitivo complejo que refleja nuestras experiencias pasadas y nos permite, momento a momento, adaptarnos a las situaciones presentes².

El olvido es el síntoma que caracteriza a los trastornos de memoria, el olvido se manifiesta en la dificultad o imposibilidad de recordar algo, o en que el recuerdo es equivocado. De ordinario se olvida todo aquello que para el sujeto no tiene una significación importante, lo que no está relacionado con sus intereses, lo que no corresponde a sus necesidades, o no ocupa un lugar fundamental en su actividad y, por tanto, no tiene suficiente refuerzo. Se conservan mejor en la memoria las representaciones generales; de los detalles se conservan mejor aquellos que tienen una fuerte carga emocional o están relacionados con los intereses del sujeto¹.

Es normal tener algunas fallas de memoria de forma ocasional y es común que al envejecer las personas se quejen de una mayor frecuencia de olvidos cotidianos, este trastorno de la memoria relacionado con la edad es frecuente y no siempre está determinado por un deterioro neurológico, pero algunas personas experimentan dificultades cognitivas de forma persistente que interfiere en la realización de sus

actividades cotidianas. Los trastornos de memoria abarcan desde episodios transitorios o discretos de pérdida de la función, hasta déficits más persistentes como ocurre en los síndromes amnésicos y la demencia. Los estados amnésicos pueden ser divididos en aquellos en que se presume una patología cerebral que subyace al déficit y aquellos que son determinados por un trastorno funcional^{3,4}. En las clínicas de memoria se atienden principalmente a pacientes con sospecha de demencia u otras condiciones orgánicas que subyacen a un trastorno de memoria^{3,5-8}, sin embargo, existe una proporción considerable de pacientes en los que puede no existir una causa estructural, metabólica, tóxica o neurodegenerativa, considerándose entonces un trastorno funcional^{4,5}.

En la práctica clínica los trastornos de memoria se describen dentro de los trastornos neurocognitivos, el DSM V los clasifica en dos grandes grupos: la demencia o trastorno neurocognitivo mayor y el trastorno cognitivo leve. La primera categoría es típicamente diagnosticada cuando el daño cognitivo se ha vuelto tan importante como para comprometer la vida laboral o social del paciente, en cambio en el daño cognitivo leve las habilidades funcionales se encuentran conservadas⁹. Los trastornos neurocognitivos, en particular los déficits mayores como la demencia tienen severas consecuencias para los individuos, sus familias y la sociedad^{10,11}.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, en cambio la demencia por cuerpos de Lewy es menos común pero otras patologías pueden asociarse también a alteraciones de la memoria como es el caso de algunos pacientes que han sufrido eventos vasculares cerebrales o traumatismos craneo

encefálicos y algunos pacientes con Parkinson. La infección del sistema nervioso central por el VIH, la enfermedad por priones y otras condiciones médicas como enfermedades metabólicas y crónicas degenerativas pueden cursar con alteraciones de memoria⁴⁻⁸. En el caso de los síndromes amnésicos se ven representados por diversas entidades; amnesia del hipocampo, amnesia de Korsakoff, amnesia frontal, amnesia global transitoria, dismnesias paroxísticas, amnesia en el traumatismo craneoencefálico y amnesia en las demencias¹². Sin embargo, algunos estudios reportan que es frecuente no encontrar déficit cognitivo demostrable en un porcentaje considerable de pacientes con quejas de memoria, especialmente cuando se trata de sujetos jóvenes^{4,7}.

Neurofisiología de la memoria

Sustrato anatómico de la memoria: distintas estructuras encefálicas están relacionadas y participan en los procesos neuronales que dan lugar a la memoria, se han asociado los siguientes: cuerpos mamilares del hipotálamo, núcleos dorsomediales y adyacentes a la línea media del tálamo, las formaciones hipocámpicas (giro dentado, hipocampo, giro parahipocámpico, subículo y corteza entorrinal), los lóbulos frontales y el cíngulo¹³.

Funcionalmente existen diferentes etapas en la memoria: una fase de retención o de registro, en la cual el sujeto recibe la información, una fase de almacenamiento o de conservación de la información y una fase de evocación o de recuperación de la huella de memoria. El tiempo que retenemos la información puede variar desde segundos, hasta semanas o años².

El recuerdo de la información consta de 3 etapas:

1. Registro. Es necesario registrar la información para pasar a un almacén temporal o memoria a corto plazo.

2. Retención o almacenamiento. Es necesario guardar la información y para ello se requiere de atención a detalles relevantes, asociarla con algo que ya conocemos, analizarla, elaborar los detalles, y repetirla. Estas tareas le dan un significado más profundo a la información y aumentan nuestra oportunidad de recordarla. En esta etapa, la atención, asociación y repetición son procesos importantes. Es necesario prestarle atención a lo que necesitamos recordar, y dado que la cantidad de información que podemos almacenar en la memoria a corto plazo es limitada es importante enfocarnos en lo que es relevante. La asociación es el proceso activo que continuamente hacemos cuando registramos información, esto es, la información nueva que codificamos se conecta e incorpora con otra información relevante que existe en nuestra memoria permanente. A pesar de que la asociación frecuentemente es inconsciente, el hacerlo una actividad consciente y asociar la nueva información con algo que ya conocemos, aumenta la posibilidad de poderla guardar².

3. Recuperación. Es el proceso de sacar la información almacenada en la memoria a largo plazo al estado consciente de la memoria a corto plazo. Una gran parte de las quejas de memoria se centran en la inhabilidad para recuperar cuando necesitamos la información que hemos almacenado. Existen dos formas o caminos

a través de los cuales podemos recuperar la información: reconocimiento y evocación. La evocación es la búsqueda auto-iniciada de la información almacenada en la memoria a largo plazo y el reconocimiento es percibir o reconocer la información entre varias alternativas. En general el reconocimiento es más fácil que la evocación libre. La evocación generalmente se dispara con una clave. La clave puede ser un pensamiento, imagen, sonido, palabra, olor, etc. que dispara la recuperación de información del almacenaje en la memoria a largo plazo².

Tipos de memoria

Se distingue la memoria procedimental y la memoria no procedimental o declarativa. La memoria procedimental se refiere al aprendizaje de habilidades mecánicas, como aprender el uso de una herramienta, las alteraciones en este tipo de memoria son estudiadas dentro del campo de la apraxia. En cambio la memoria no procedimental o declarativa se refiere al almacenamiento de recuerdos que pueden ser evocados de forma consciente, como son las experiencias personales y hechos o eventos específicos, en esta se incluye a la memoria episódica y semántica, los trastornos de este tipo de memoria son los abordados por el presente trabajo. Otra distinción clásica en el estudio de la memoria es la de la memoria sensorial, a corto plazo y largo plazo².

Memoria sensorial: es la primera etapa en el proceso de la memoria, y es el reconocimiento momentáneo, en el orden de milisegundos, de lo que perciben nuestros sentidos. Percibimos el mundo que nos rodea a través de tacto, la visión, el olfato, la audición y el gusto y constantemente estamos expuestos a estos

estímulos sensoriales. Sin embargo, no registramos toda esta información, pero si a esa impresión sensorial le prestamos atención, pasa a una segunda etapa de la memoria conocida como la memoria a corto plazo. Esta imagen se degrada a una velocidad muy alta y a menos que se transfiera a la memoria a corto plazo la postimagen mental se pierde. Las alteraciones en este sistema generalmente son experimentadas como un problema perceptual.

Memoria a corto plazo: la memoria a corto plazo se relaciona con la evocación de la información inmediatamente después de su presentación. El almacén a corto plazo se distingue de la memoria sensorial en virtud de su capacidad limitada, por el descubrimiento de que la información se pierde principalmente por un proceso de desplazamiento y por una tasa más lenta de olvido. La explicación más completa de la memoria a corto plazo es el modelo de la memoria de trabajo: esta se refiere a la capacidad de mantener la información mentalmente mientras trabajamos con ella o la actualizamos. Esta habilidad permite que recordemos nuestros planes, así como instrucciones, considerar alternativas y relacionar ideas y datos, incluyendo relacionar el presente con el futuro y el pasado. Este concepto no solo hace referencia al mantenimiento en la mente de la información que no se halla en el ambiente, sino que también hace alusión a la manipulación y transformación de esta información para planificar y guiar nuestra conducta. Es la retención temporal de un ítem de información, para la solución de un problema o para una operación mental. Es una memoria “para el corto plazo” más que una memoria “de corto plazo”².

Memoria a largo plazo. La memoria a largo plazo se refiere a la evocación de la información después de un intervalo durante el cual la atención se ha enfocado en otras tareas. Mientras que el almacén a corto plazo tiene una capacidad limitada, el almacén a largo plazo no tiene un límite conocido; el olvido en el almacén a corto plazo es rápido, mientras que en el almacén a largo plazo es muy lento o el material no se olvida. En el caso de la memoria a largo plazo una de las clasificaciones importantes es la que hace una distinción entre la memoria semántica y la memoria episódica. La memoria semántica se refiere al conocimiento que tenemos acerca del mundo, por ejemplo, nuestra comprensión del significado de las palabras y nuestro conocimiento de los hechos. La información almacenada en la memoria semántica no tiene ubicación temporal ni espacial; es decir, se caracteriza por una falta de conciencia acerca de las ocasiones específicas en las cuales se estableció. La memoria episódica, por otro lado, se refiere a nuestros recuerdos de episodios específicos previamente vividos y ubicados en el tiempo y el espacio².

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro de la memoria puede afectar de forma significativa el funcionamiento en la vida cotidiana y laboral de los pacientes, sus consecuencias repercuten en la vida de los pacientes, sus familias y la sociedad^{10,11}.

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra "INR LGII" es un Instituto Nacional de Salud de alta especialidad que cuenta con el Servicio de Patología del Lenguaje donde son atendidos pacientes que consultan por trastornos de memoria a los cuales se les realiza una valoración integral con el fin de establecer un diagnóstico, un pronóstico y un plan terapéutico de rehabilitación. Resulta interesante conocer las características de los pacientes que fueron diagnosticados con algún trastorno de memoria en un centro de referencia nacional y es por eso que surgió la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de investigación

¿Cuáles fueron las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos por trastornos de memoria en el servicio de patología de lenguaje del INR LGII en el periodo comprendido de 2011 a 2015?

Antecedentes

A medida que se incrementa la edad de la población se consulta cada vez con mayor frecuencia porque una persona por lo demás sana inicia a tener fallas de memoria que pueden interferir con su capacidad para desempeñarse de manera efectiva en el trabajo y el hogar¹³. Se reporta a la demencia como el principal trastorno de memoria a nivel mundial, con una prevalencia del 5-10% en los mayores de 65 años, y de hasta el 50% en los mayores de 85 años. Las tasas anuales de incidencia se estiman del 0.1% a los 60 años y hasta 8.6% después de los 95 años. Seguido del deterioro cognitivo del cual se estima una prevalencia del 7% en la población general¹⁴. En Latinoamérica la prevalencia de demencia se reporta del 8%. En el caso de México se reporta una prevalencia de demencia del 7.9% e incidencia de 27.3/1000 personas al año, y en el caso del deterioro cognitivo la prevalencia es del 7.3%¹⁵.

Justificación

Por la discapacidad que generan los trastornos de memoria, la carga económica y social que representa la atención de los pacientes, resulta importante conocer las características de la población afectada, lo cual permita afrontar de manera eficiente su atención ya que se espera un aumento en la prevalencia de estos trastornos en función del incremento de la esperanza de vida de la población. A nivel mundial la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77% entre los años 1980 y 2050¹⁴. La esperanza de vida en México se calculó para 73.97 años en 2010 y se estimó un aumento hasta los 79.42 años para el 2050¹⁶. Se estima que, en el año 2010, 35.6 millones de personas en el mundo padecían demencia y se espera que para el 2050 sean 115.4 millones de personas¹⁴. En el caso de México se estima que para 2050 serán 3.5 millones de personas afectadas por demencia¹⁶, no se tienen cifras para otros trastornos de memoria ni en población menor de 60 años.

Se reporta que los trastornos de memoria afectan frecuentemente a la población por arriba de los 60 años, sin embargo en nuestro contexto es común que pacientes más jóvenes consulten por estos trastornos preocupados por la significación clínica de su sintomatología y las posibles repercusiones en su vida laboral y social, no se cuenta con estudios que describan las características de este grupo. En la División de Patología de Lenguaje del INR LGII se atiende a una población heterogénea y su estudio permitirá aportar al conocimiento de las características generales de los pacientes que consultan por estos trastornos neuropsicológicos en un rango más amplio de edad que el ya reportado por la literatura previa.

Objetivos

Objetivo General

Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que fueron diagnosticados con algún trastorno de memoria en un periodo de 5 años en el Servicio de Patología de Lenguaje del INR LGII.

Objetivos Específicos

- Valorar la frecuencia de los diagnósticos en los pacientes con trastorno de memoria.
- Describir las comorbilidades asociadas en los pacientes con diagnóstico de trastorno de memoria.
- Describir si existen características clínicas o demográficas que tengan una asociación consistente con los diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Tipo de estudio

Retrospectivo y descriptivo.

Población

201 pacientes que fueron diagnosticados con algún trastorno de memoria atendidos en un periodo de 5 años (2011-2015) en el Servicio de Patología de Lenguaje del INR LGII.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Todos los pacientes que consultaron por problema de memoria en el periodo de 2011-2015 en el Servicio de Patología de Lenguaje con expediente clínico electrónico completo.

Criterios de exclusión

- Pacientes con expediente electrónico incompleto.

Criterios de eliminación

- Expedientes seleccionados que al ser analizados presentaron algún tipo de dato no confiable.

VARIABLES

Descripción de las variables.

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Tipo</i>
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los animales	Masculino, Femenino	Cualitativa
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido del individuo	Número de años cumplidos	Cuantitativa
Diagnóstico	Determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la evaluación clínica	Amnesias, Demencias, Deterioro cognitivo, Sin trastorno orgánico	Cualitativa
Etiología	Origen o causa de la entidad patológica	Traumatismo craneoencefálico, Evento vascular cerebral, Tumores cerebrales, Viral, Autoinmune	Cualitativa
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado académico	Cualitativa
Antecedentes heredofamiliares	Registro de las condiciones médicas que tienen relación entre los miembros de una familia	Patología de la comunicación, Neurológica, Cardíaca, Metabólica, Visual, Inmunológica. Cáncer, Alcoholismo	Cualitativa
Trastorno del estado de ánimo	Condición médica caracterizada por alteraciones emocionales que persisten en el tiempo	Depresión, trastorno psiquiátrico, otras alteraciones del estado de ánimo	Cualitativa
Lateralidad manual	Predominio funcional de un lado del cuerpo sobre el otro que se manifiesta en la utilización preferente de la mano	Diestro, zurdo o ambidiestro	Cualitativa
Consumo de sustancias	Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias	No, Si	Cualitativa
Audición	Audición normal: audiometría tonal con umbral de audición igual o mayor de 20 dB. Hipoacusia: defecto funcional que ocurre cuando un sujeto pierde capacidad auditiva, umbral auditivo por abajo de 20 dB.	Normal, Hipoacusia unilateral o bilateral	Cualitativa
Lugar de origen	Lugar de nacimiento	Lugar geográfico, estado de la república mexicana	Cualitativa
Lugar de residencia	Lugar en que la persona vive en el momento del censo, y en el que, además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo	Lugar geográfico, estado de la república mexicana	Cualitativa
Segunda lengua	Idioma no nativo que ha sido aprendido después del período de adquisición de la lengua materna	No, Si	Cualitativa
Déficit acompañante	Defecto funcional asociado: sensitivo, motor, mixto	No, Si	Cualitativa

Alteración de la deglución	Dificultad o imposibilidad para tragar	No, Si	Cualitativa
Motivo de consulta	Motivo de atención o referencia	Memoria, Lenguaje, Habla, Mixto	Cualitativa

Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos multivariable a partir de los expedientes seleccionados, se calcularon medidas de tendencia central y medidas de dispersión para evaluar la tendencia y la distribución de la población analizada, posteriormente, se calcularon pruebas paramétricas para los datos cuantitativos y pruebas no paramétricas para los datos cualitativos, ambas con base a la distribución resultante. Por último, se calcularon la dependencia estadística y la asociación entre las variables.

Recursos

Recursos humanos

- Médico Residente de la Especialidad de Audiología, Otoneurología y Foniatría del INR LGII.
- Médico Especialista Adscrito al Servicio de Patología de Leguaje del INR LGII.
- Asesor metodológico.

Recursos materiales

- Equipo de cómputo con acceso al SAIH (Sistema automatizado de información hospitalaria), Microsoft office 2016, programa de análisis estadístico SPSS.

Consideraciones éticas

La investigación se consideró de riesgo mínimo según lo establecido por el artículo 17 de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos con respecto a su título segundo referido a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, considerándose así al tratarse de un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y en que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

Se estudiaron 201 pacientes con trastorno de memoria, 102 hombres (51%) y 99 mujeres (49%). [Gráfica 1, Tabla 1].

Gráfica 1. Distribución de la población total de pacientes, porcentaje por sexo.

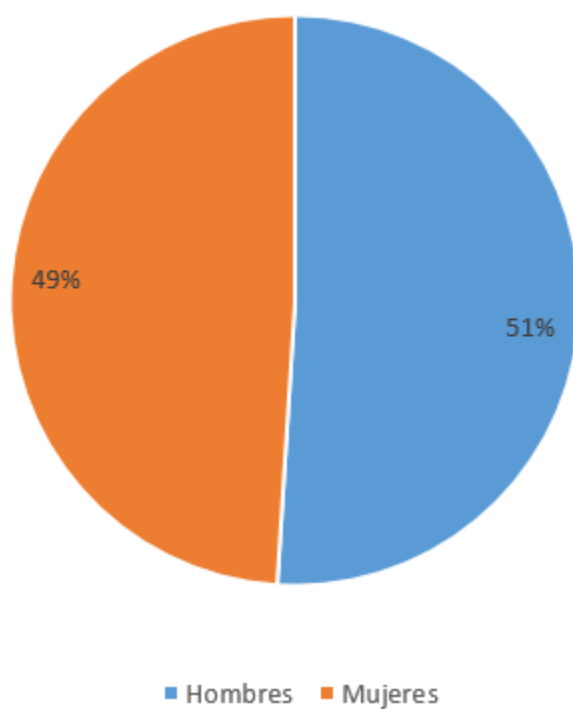


Tabla 1. Distribución de la población total de pacientes, frecuencia y porcentaje por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	102	50.7
Mujeres	99	49.3
Total	201	100

Se encontró en los pacientes estudiados una edad mínima de 13 años y una edad máxima de 93 años, con promedio de 56.38 ± 22.38 (media \pm desviación estándar).

[Gráfica 2, Tabla 2].

Gráfica 2. Distribución de la población total de pacientes por edad, frecuencia.

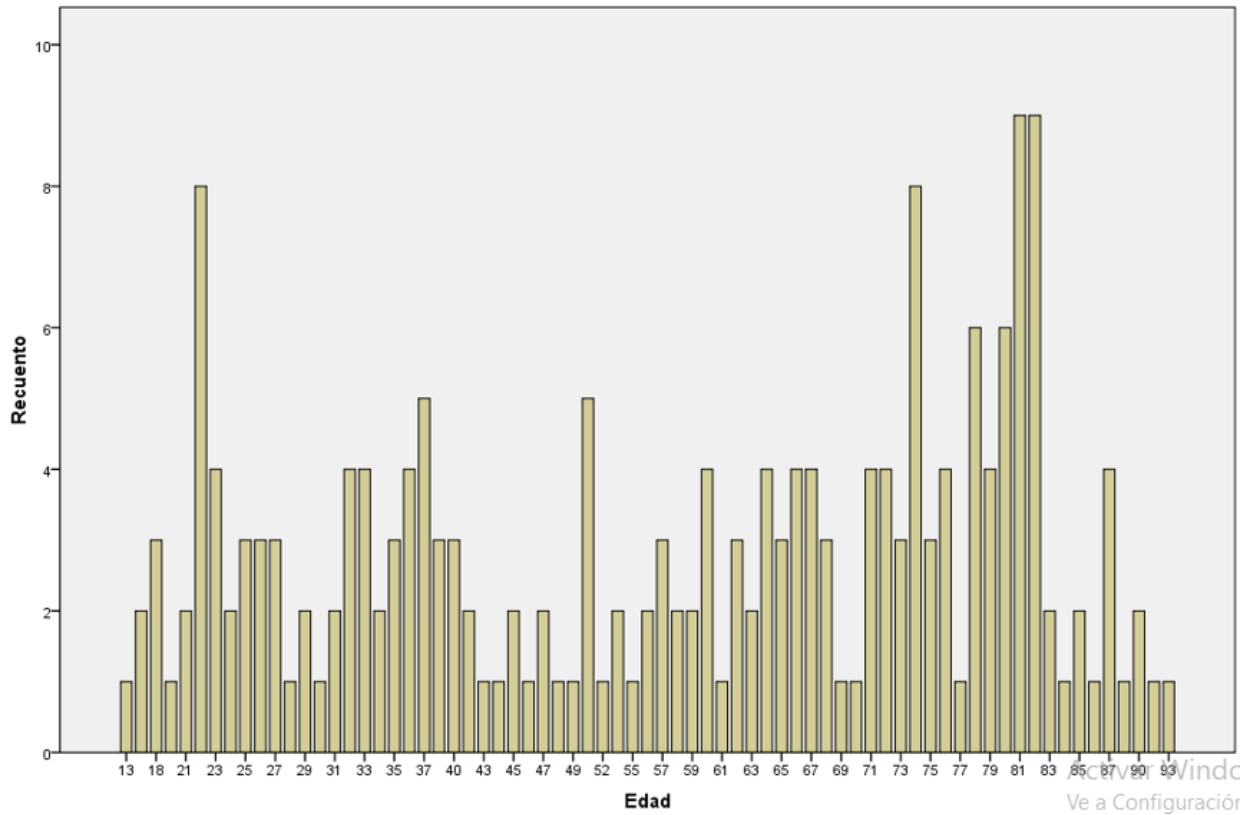
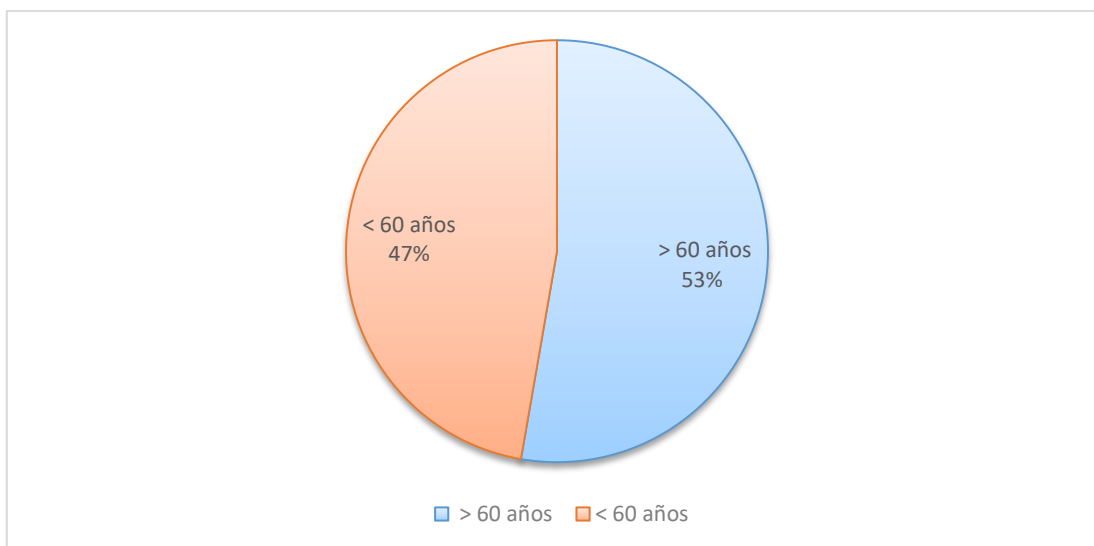


Tabla 2. Estadística descriptiva, distribución de la población total de pacientes por edad.

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	201	80	13	93	56.38	22.38

El 47% de los pacientes estudiados fueron menores de 60 años y el 53% fueron mayores de 60 años. [Gráfica 3.1].

Gráfica 3.1. Distribución de los pacientes por grupos de edad, mayores y menores de 60 años.



Para los menores de 60 años, la edad se ubicó desde los 13 hasta los 59 años (rango de 46), con un promedio de 35.4 ± 12.3 años (media \pm desviación estándar). Para los mayores de 60 años, la edad se ubicó desde los 60 hasta los 93 años (rango de 33), con un promedio de 75.1 ± 8.1 años (media \pm desviación estándar). [Tabla 3.1].

Tabla 3.1. Estadística descriptiva de los pacientes por grupos de edad, mayores y menores de 60 años.

Edad	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Menores de 60 años	95	46	13	59	35.44	12.327
Mayores de 60 años	106	33	60	93	75.15	8.138

El 72.6% de los menores de 60 años fueron hombres, 27.4% mujeres; en el caso de los mayores de 60 años el 68.9% fueron mujeres y el 31.1%% hombres. [Gráfica 3.2 y Tabla 3.2].

Gráfica 3.2. Distribución de la población de pacientes por edad y género, mayores y menores de 60 años.

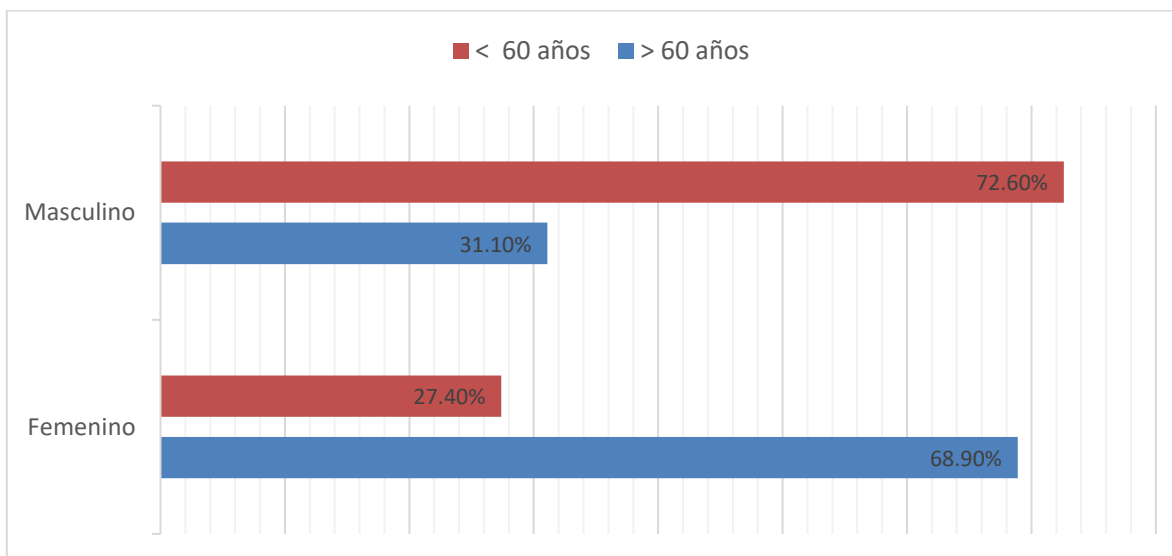


Tabla 3.2. Distribución de la población de pacientes, frecuencia y porcentaje por edad y género, mayores y menores de 60 años.

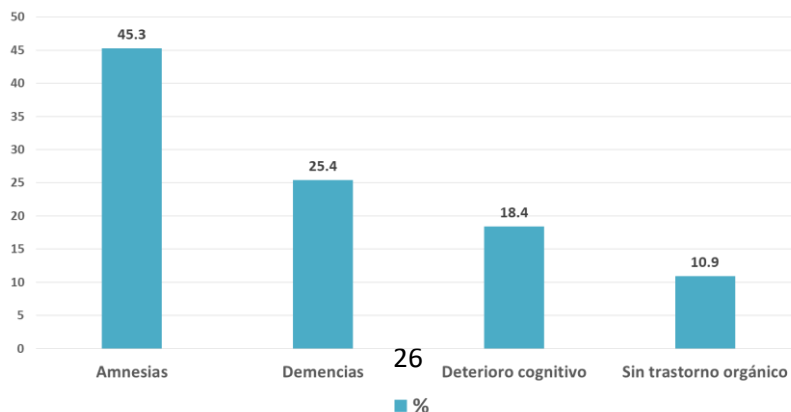
Sexo	< 60 años		> 60 años	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	69	72.6	33	31.1
Femenino	26	27.4	73	68.9
Total	95	100	106	100

El mayor porcentaje de pacientes con trastornos de memoria fue diagnosticado con algún tipo de amnesia 45.3%, seguido de las demencias con el 25.4%, el deterioro cognitivo con 18.4% y en el 10.9% no se identificó trastorno orgánico. En el caso de la amnesia, la postraumática fue la más común 22.9%, en las demencias la demencia de tipo vascular 22.9%. [Tabla 4.1 y Gráfica 4.1].

Tabla 4.1. Distribución de la población total de pacientes por diagnóstico, frecuencia y porcentaje.

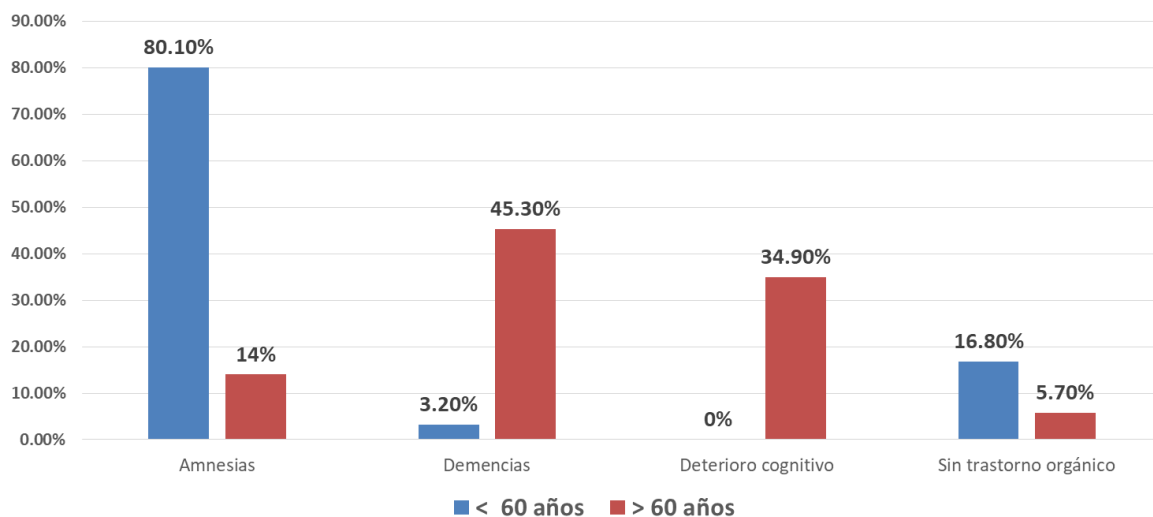
<i>Trastorno de memoria</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Amnesias	91	45.3
Postraumática	46	22.9
Frontal	33	16.4
Global	3	1.5
Retrograda	3	1.5
Anterograda	4	2.0
Hipocampal	2	1.0
Demencias	51	25.4
Vascular	46	22.9
Frontotemporal	2	1.0
Enfermedad de Alzheimer	3	1.5
Deterioro cognitivo	37	18.4
Sin trastorno orgánico	22	10.9
Total	201	100

Gráfica 4.1. Distribución de la población total de pacientes por diagnóstico general, porcentaje.

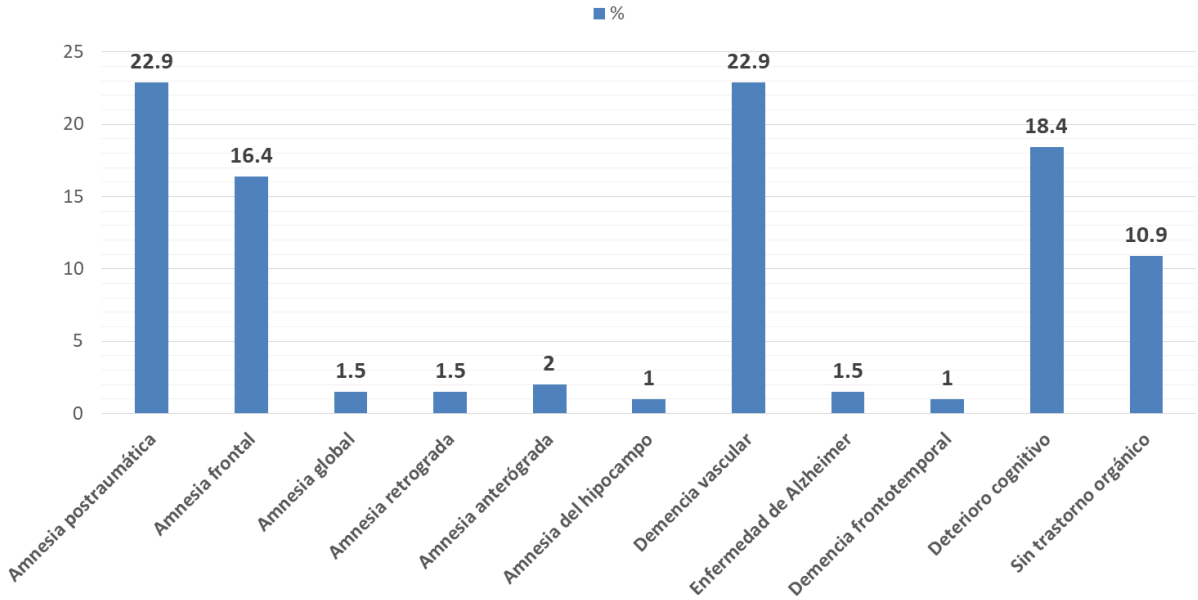


Con respecto a la edad y el diagnóstico, las amnesias predominaron en los pacientes menores de 60 años 80.1%, principalmente amnesia postraumática 44.2%. En 16.8% de los pacientes menores de 60 años no se identificó evidencia de trastorno orgánico, pero se identificó algún tipo de demencia en un porcentaje muy bajo 3.2% para esta población, en los menores de 60 años no se identificó deterioro cognitivo. En el caso de los pacientes mayores de 60 años, el diagnóstico más frecuente fue la demencia 45.3%, predominando la demencia de tipo vascular 40.6%, seguido por la enfermedad de Alzheimer 2.8% y la demencia frontotemporal 1.9%. En los mayores de 60 años el deterioro cognitivo se diagnóstico en 34.9% de los pacientes. En el menor porcentaje 5.7% de los pacientes mayores de 60 años no se identificó trastorno orgánico subyacente. [Gráfica 4.2,4.3 y 4.4].

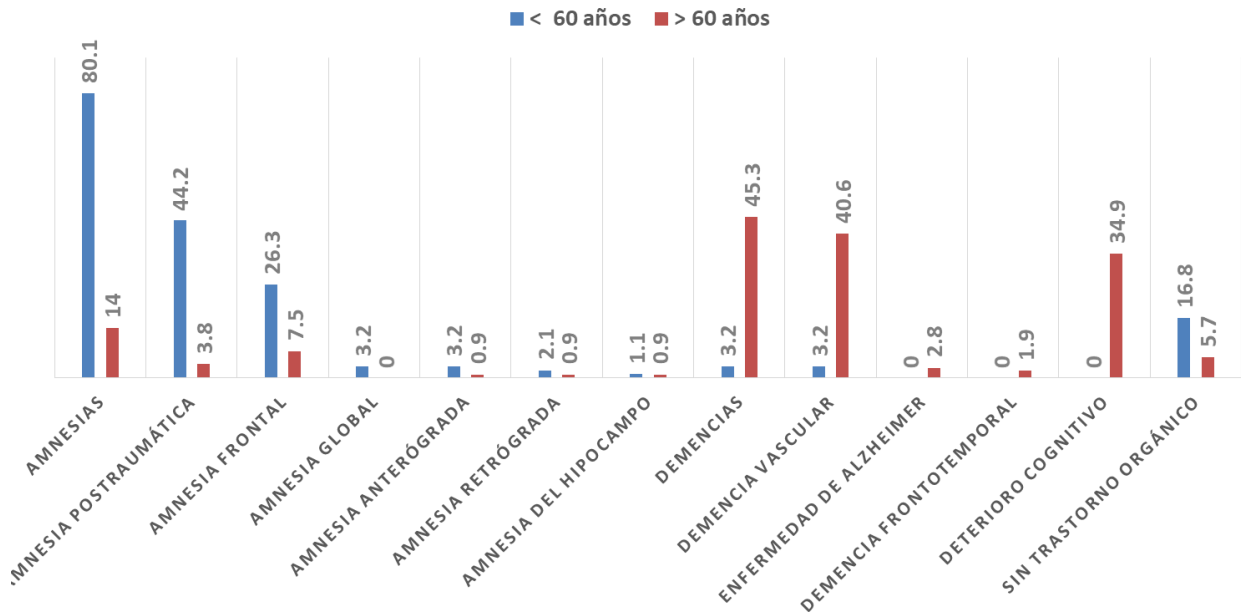
Gráfica 4.2. Resultados por diagnóstico general, porcentaje en menores y mayores de 60 años.



Gráfica 4.3. Distribución en porcentaje de la población total de pacientes por diagnóstico específico.



Gráfica 4.4. Distribución de la población de pacientes por grupos de edad mayores y menores de 60 años, porcentaje acorde a edad y diagnóstico específico.

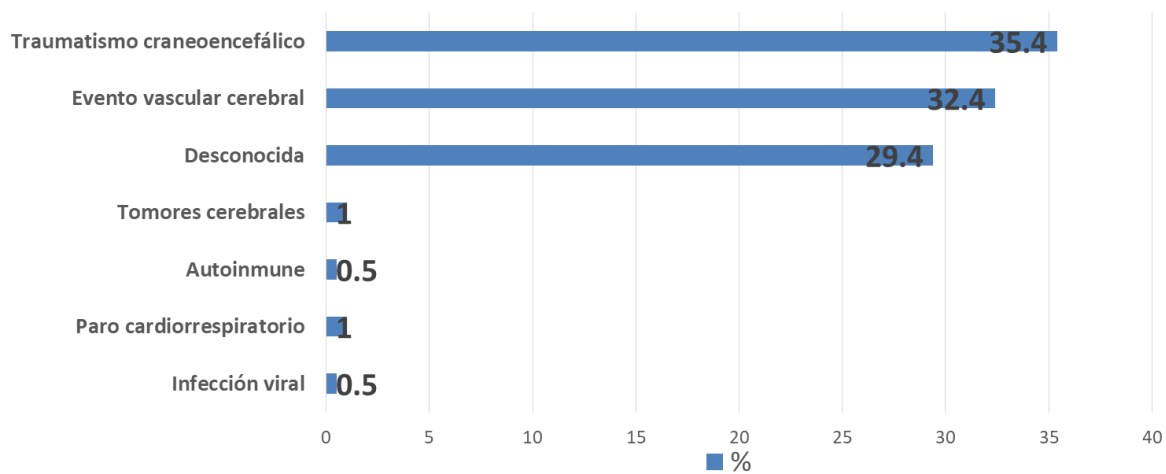


La principal etiología fue el traumatismo craneoencefálico 35.4%, seguido del evento vascular cerebral 32.4% y en 29.4% no se identificó la etiología. En cuanto al traumatismo craneoencefálico lo más común fueron los accidentes de auto, motocicleta y atropellamiento 19.4%. En cuanto al evento vascular cerebral el más común fue del tipo isquémico 26.4%. [Tabla 5.1 y Gráfica 5.1].

Tabla 5.1 Resultados por etiología, población total de pacientes en frecuencia y porcentaje.

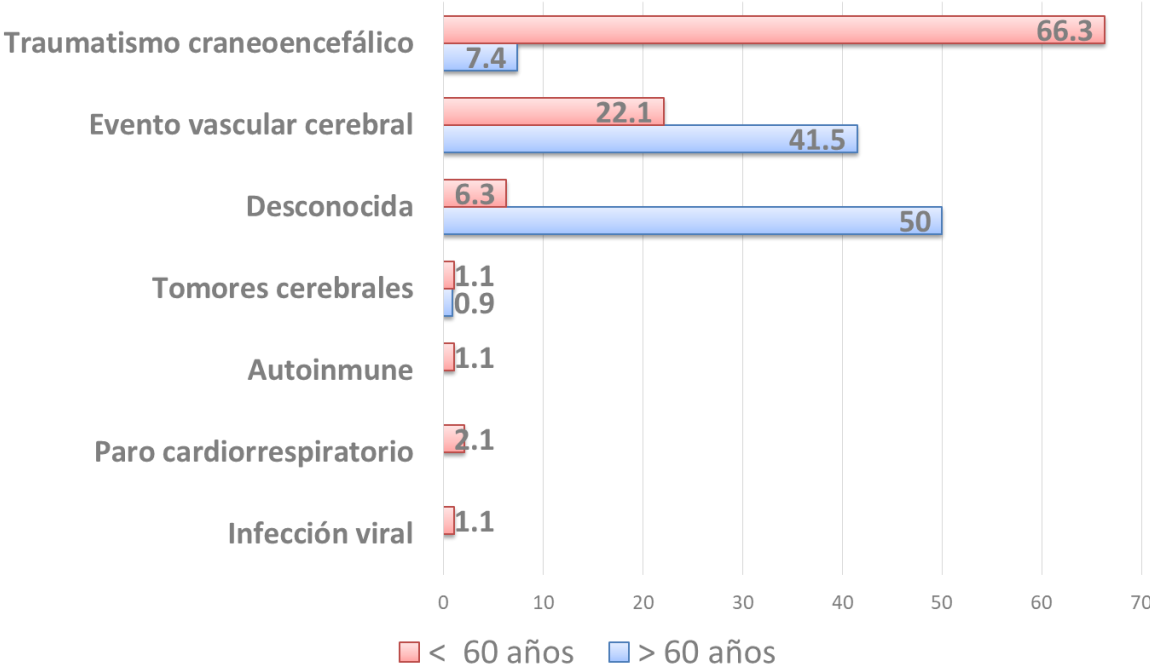
<i>Etiología</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Traumatismo craneoencefálico</i>	71	35.4
Caídas	15	7.5
Accidente de auto o motocicleta y atropellamiento	39	19.4
Asaltos y lesión por arma de fuego	17	8.5
<i>Evento vascular cerebral</i>	65	32.4
EVC isquémico	53	26.4
EVC hemorrágico	12	6
<i>Desconocida</i>	59	29.4
<i>Tumores cerebrales</i>	2	1
<i>Paro cardiorrespiratorio</i>	2	1
<i>Autoinmune</i>	1	0.5
<i>Viral</i>	1	0.5
Total	201	100

Gráfica 5.1. Resultados por etiología, población total de pacientes en porcentaje.



En cuanto a la distribución por grupos de edad en menores y mayores de 60 años; en el caso de los pacientes menores de 60 años la etiología más frecuente fue la secundaria a traumatismo craneoencefálico 66.3%, seguida del evento vascular cerebral 22.1%, en 6.3% no se identificó etiología y menos del 5% correspondiente a tumores cerebrales, origen autoinmune e infección viral. En el caso de los mayores de 60 años en el mayor porcentaje de pacientes 50% no se identificó etiología, seguido del 41% secundario a evento vascular cerebral, en tercer lugar se encontró el traumatismo craneoencefálico en el 7.4% y menos del 1% secundario a tumor cerebral. [Gráfica 5.2].

Gráfica 5.2. Distribución de la población de pacientes según la etiología, porcentaje en mayores y menores de 60 años.

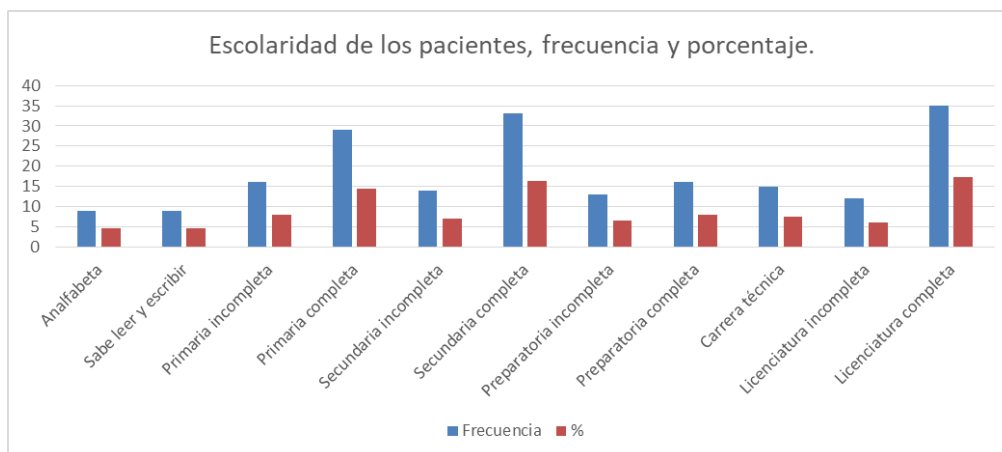


Con respecto a la escolaridad, 4.5% de los pacientes eran analfabetas, 4.5% sabían leer y escribir, 8% primaria incompleta, 14.4% primaria completa, 7% secundaria incompleta, 16.4% secundaria completa, 6.5% preparatoria incompleta, 8% preparatoria completa, 7.5% carrera técnica, 6% licenciatura incompleta y 17.4% licenciatura completa. [Tabla 6 y Gráfica 6].

Tabla 6. Distribución de los pacientes por grado de escolaridad, frecuencia y porcentaje de la población total.

<i>Escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Analfabeta	9	4.5
Sabe leer y escribir	9	4.5
Primaria incompleta	16	8
Primaria completa	29	14.4
Secundaria incompleta	14	7
Secundaria completa	33	16.4
Preparatoria incompleta	13	6.5
Preparatoria completa	16	8
Carrera técnica	15	7.5
Licenciatura incompleta	12	6
Licenciatura completa	35	17.4
Total	201	100

Gráfica 6. Distribución de los pacientes por grado de escolaridad, frecuencia y porcentaje de la población total.



Antecedentes heredofamiliares: 25.4% de los pacientes con algún trastorno de memoria no tenían antecedentes heredofamiliares de importancia, 25.9% con antecedente de patología metabólica, 25.4% tenía antecedentes familiares de patología de la comunicación, 9.5% con antecedentes de patología cardiaca, 9% con antecedente de patología neurológica, 2.5% con antecedente de cáncer y menos del 3% otros antecedentes. [Gráfica 7 y Tabla 7].

Gráfica 7. Resultados por antecedentes heredofamiliares en porcentaje.

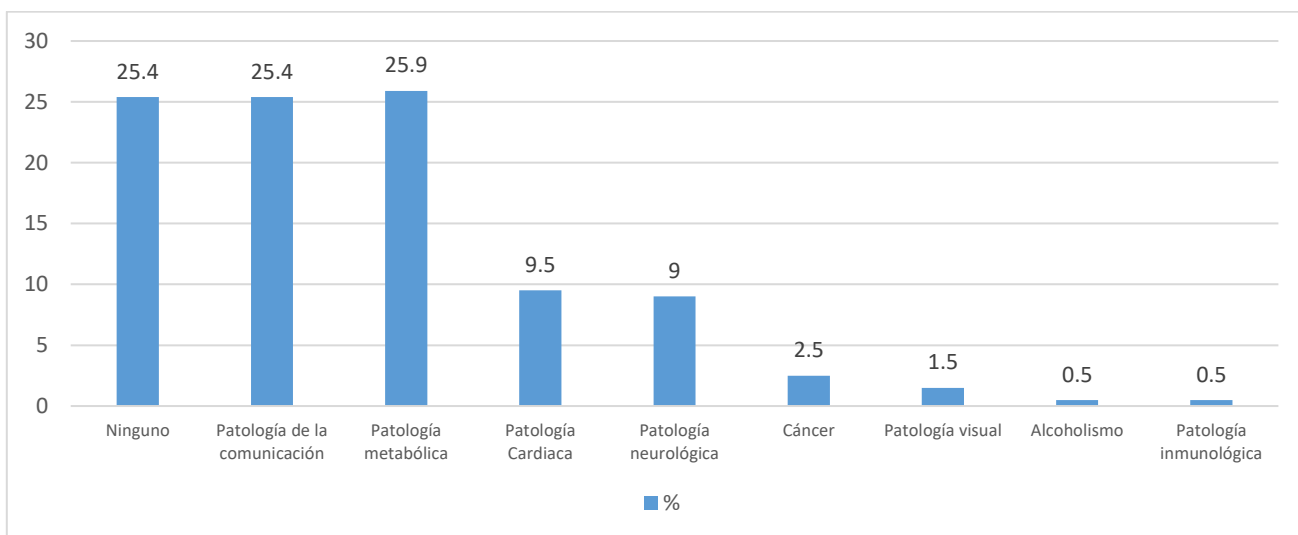


Tabla 7. Resultados por antecedentes heredofamiliares en frecuencia y porcentaje.

Antecedentes heredofamiliares	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	51	25.4
Patología de la comunicación	51	25.4
Patología neurológica	18	9
Patología cardiaca	19	9.5
Cáncer	5	2.5
Patología metabólica	52	25.9
Patología visual	3	1.5
Alcoholismo	1	0.5
Patología inmunológica	1	0.5
Total	201	100

Trastornos del estado de ánimo: se encontró que 17.4% del total de los pacientes cursaban con depresión, 1% con trastornos psiquiátricos, 33.8% en condición normal y 47.8% con otros trastornos del estado de ánimo sin integrar ningún síndrome. [Gráfica 8.1 y Tabla 8.1].

Gráfica 8.1. Distribución de la población total de pacientes, porcentaje de pacientes con trastornos del estado de ánimo.

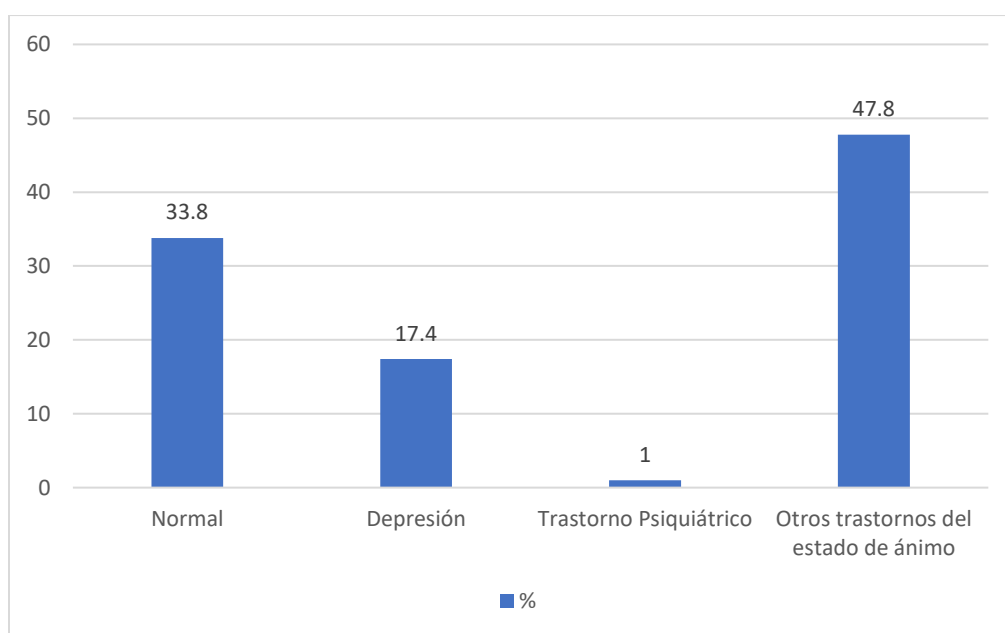
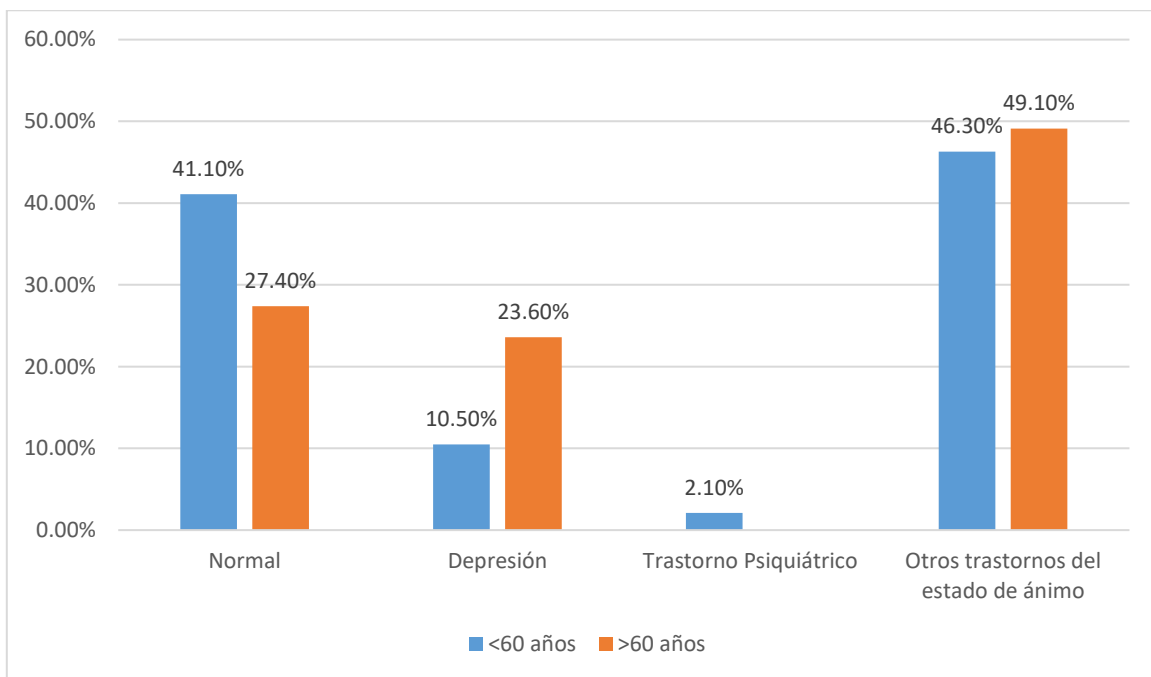


Tabla 8.1. Distribución de la población total de pacientes, frecuencia y porcentaje de pacientes con trastornos del estado de ánimo.

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Normal	68	33.8
Depresión	35	17.4
Trastorno psiquiátrico	2	1
Otros trastornos del estado de ánimo.	96	47.8
Total	201	100

En cuanto a grupos de edad, el 49.1% de los pacientes mayores de 60 años cursaban con otros trastornos del estado de ánimo, el 27.4% dentro de la normalidad y el 23.6% con depresión, ningún paciente con trastorno psiquiátrico. En los menores de 60 años el 46.3% con otros trastornos del estado de ánimo, 41.1% dentro de la normalidad, 10.5% con depresión y 2.1% con algún trastorno psiquiátrico. [Gráfica 8.2].

Gráfica 8.2. Distribución de la población total de pacientes, frecuencia y porcentaje por grupos de edad menores y mayores de 60 años.



Lateralidad manual: el mayor porcentaje de los pacientes estudiados fueron diestros 95.5%, 4% zurdos y 0.5% ambidiestros. [Gráfica 9 y Tabla 9].

Gráfica 9. Distribución de la población total de pacientes, resultados por lateralidad manual en porcentaje.

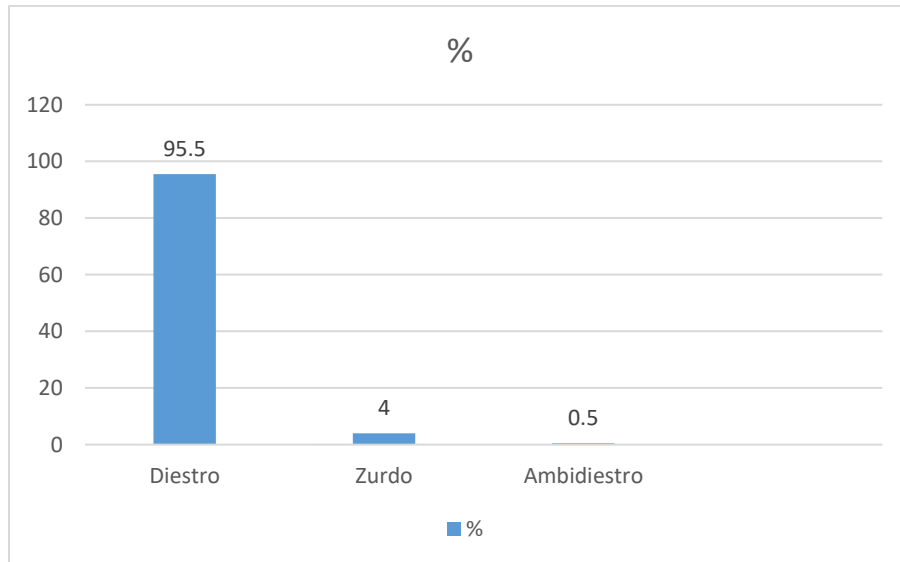


Tabla 9. Distribución de la población total de pacientes, resultados por lateralidad manual en frecuencia y porcentaje.

Lateralidad manual	Frecuencia	Porcentaje
Diestro	192	95.5
Zurdo	8	4
Ambidiestro	1	0.5
Total	201	100

Consumo de sustancias: el 49.8% de los pacientes consumía bebidas alcohólicas, 50.7% consumían tabaco y 7.5% de los pacientes eran usuarios de otras sustancias. [Gráfica 10 y Tabla 10].

Gráfica 10. Distribución de la población total de pacientes, resultados por consumo de sustancias en porcentaje.

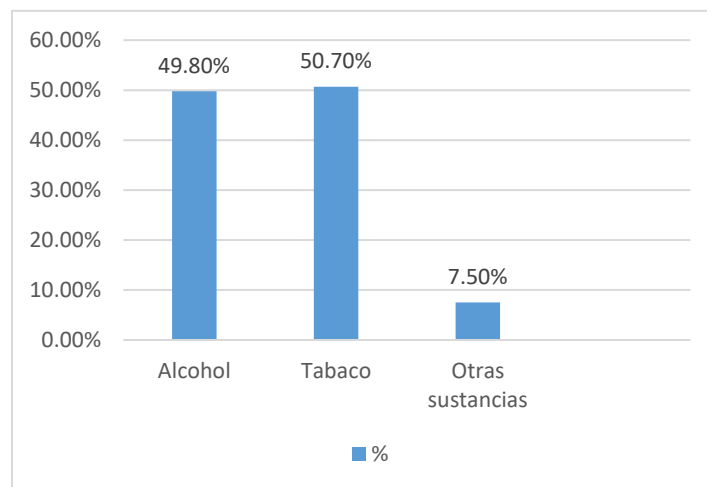


Tabla 10. Distribución de la población total de pacientes, resultados por consumo de sustancias, frecuencia y porcentaje.

Sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	100	49.8
Tabaco	102	50.7
Otras sustancias	15	7.5

Nivel de audición: El 54.2% de los pacientes con algún trastorno de memoria tenía audición normal, 37.3% cursaban con hipoacusia bilateral y 8.5% con hipoacusia unilateral. [Gráfica 11 y Tabla 11].

Gráfica 11. Distribución de la población total de pacientes, resultados por nivel de audición en porcentaje.

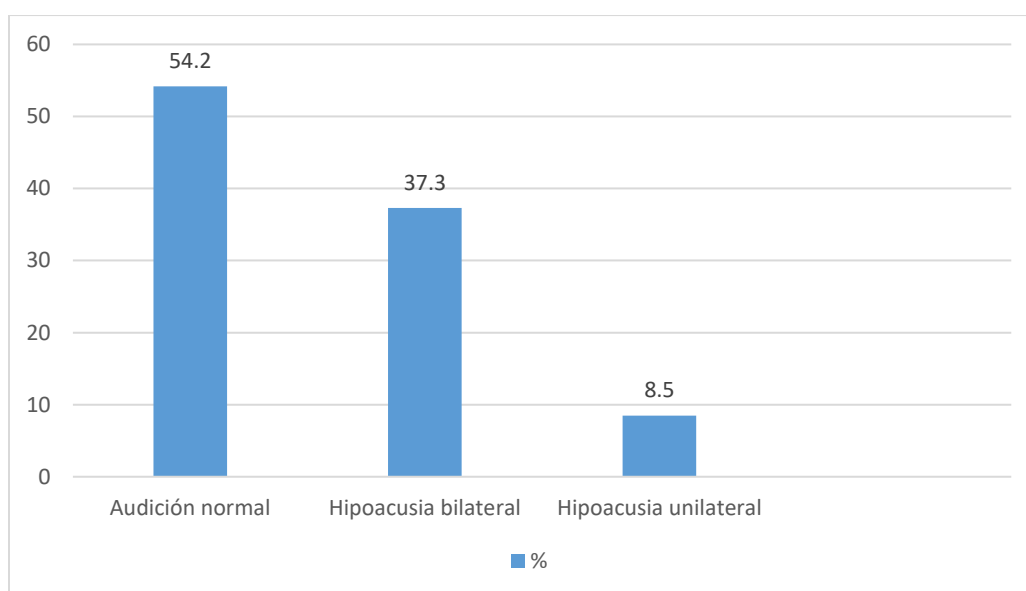
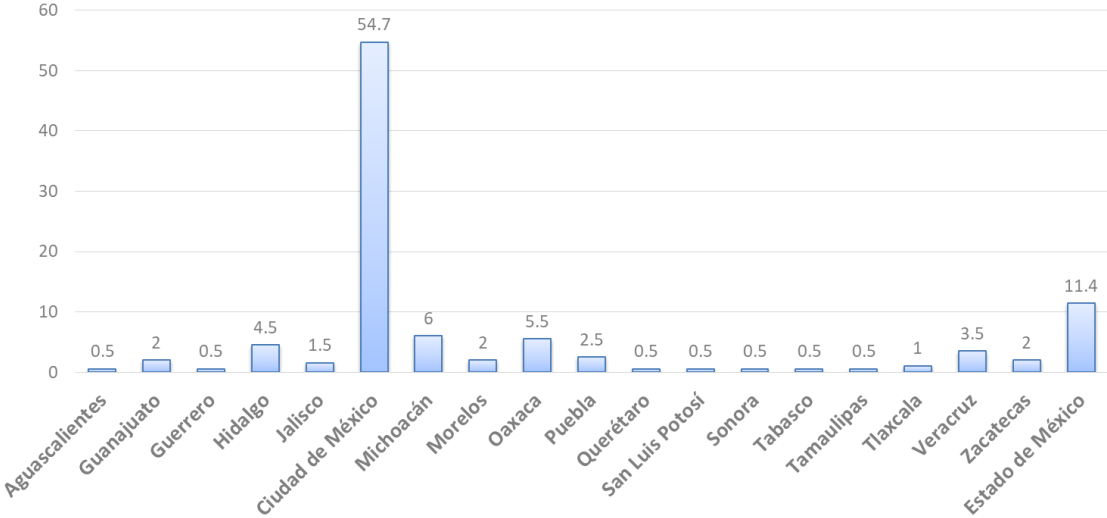


Tabla 11. Distribución de la población total de pacientes, resultados por frecuencia y porcentaje.

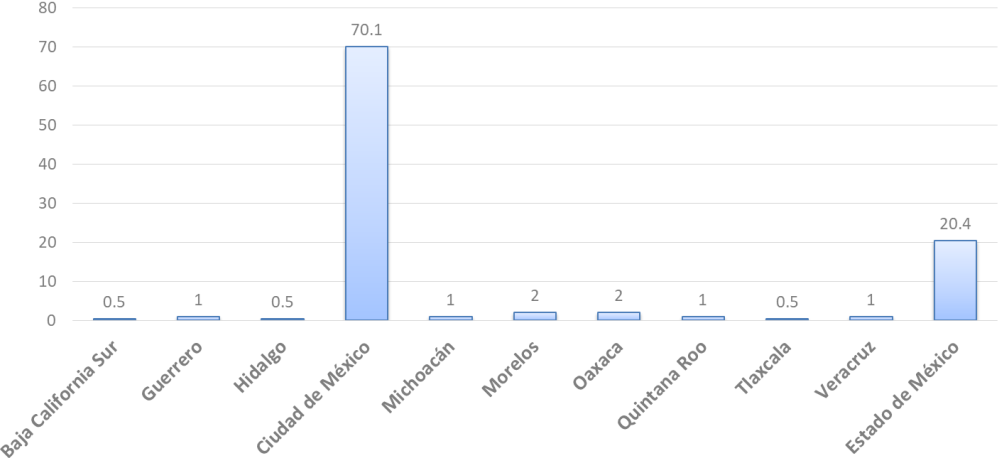
Nivel de audición	Frecuencia	Porcentaje
Normal	109	54.2
Hipoacusia unilateral	17	8.5
Hipoacusia bilateral	75	37.3
Total	201	100

Lugar de origen y lugar de residencia: el mayor porcentaje de pacientes, 54.7% tenía como lugar de origen la Ciudad de México, seguido del 11.4% del Estado de México, Michoacán con el 6% y Oaxaca con el 5.5%, el resto de los estados del país con menos del 5%. El mayor porcentaje de pacientes, 70.1% tenía como lugar de residencia la Ciudad de México, seguido del 20,4% del Estado de México y el resto de los estados del país con menos del 3%. [Gráfica 12 y 13].

Gráfica 12. Resultados por lugar de origen en porcentaje.



Gráfica 13. Resultados por lugar de residencia en porcentaje.



Segunda lengua: el mayor porcentaje de los pacientes estudiados no hablaban una segunda lengua 75.6%, 24.4% hablaban una segunda lengua. [Gráfica 14 y Tabla 14].

Gráfica 14. Resultados por segunda lengua en porcentaje.

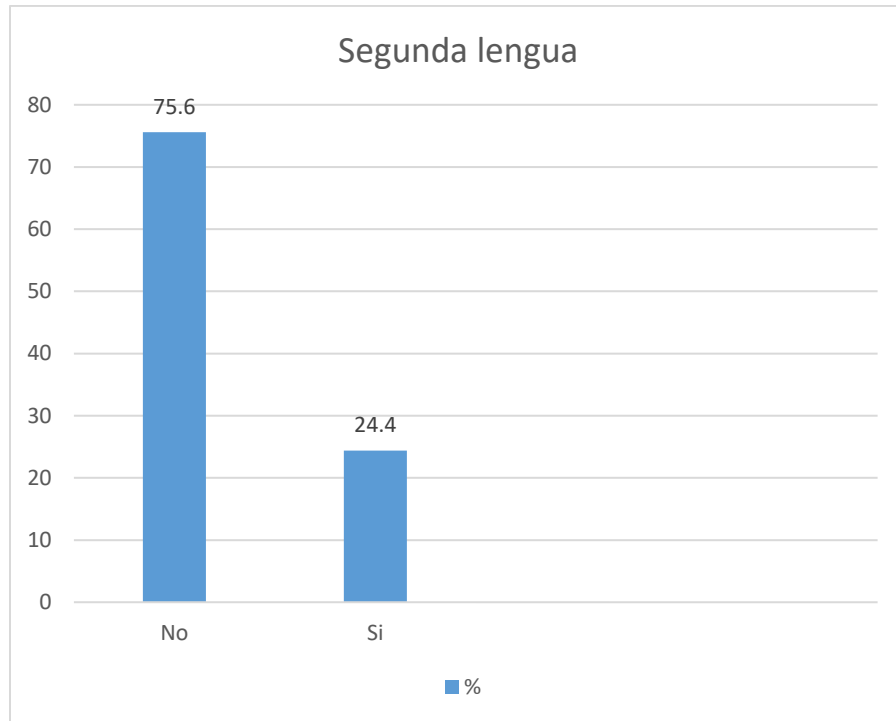


Tabla 14. Resultados por segunda lengua, frecuencia y porcentaje.

Segunda lengua	Frecuencia	Porcentaje
No	152	75.6
Si	49	24.4
Total	201	100

Déficit acompañante: el 45.2% de los pacientes no presentaron ningún déficit acompañante, el 40.8% presentaron déficit motor y 14% déficit sensorial, articular o mixto. [Gráfica 15 y Tabla 15].

Gráfica 15. Resultados por déficit acompañante, porcentaje.

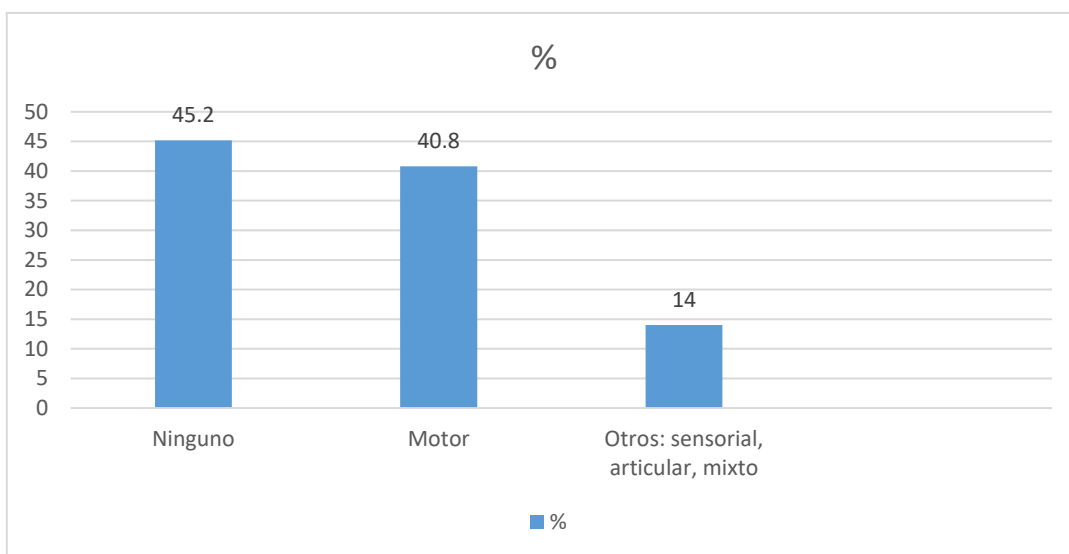


Tabla 15. Resultados por déficit acompañante, frecuencia y porcentaje.

Déficit acompañante	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	91	45.2
Motor	82	40.8
Otros: sensorial, articular, mixto.	28	14
Total	201	100

Alteración de la deglución: el mayor porcentaje de pacientes 77.6% no presentaron alteración de la deglución, 22.4% sí presentaron alteración de la deglución. [Gráfica 16 y Tabla 16].

Gráfica 16. Resultados por alteración de la deglución en porcentaje.

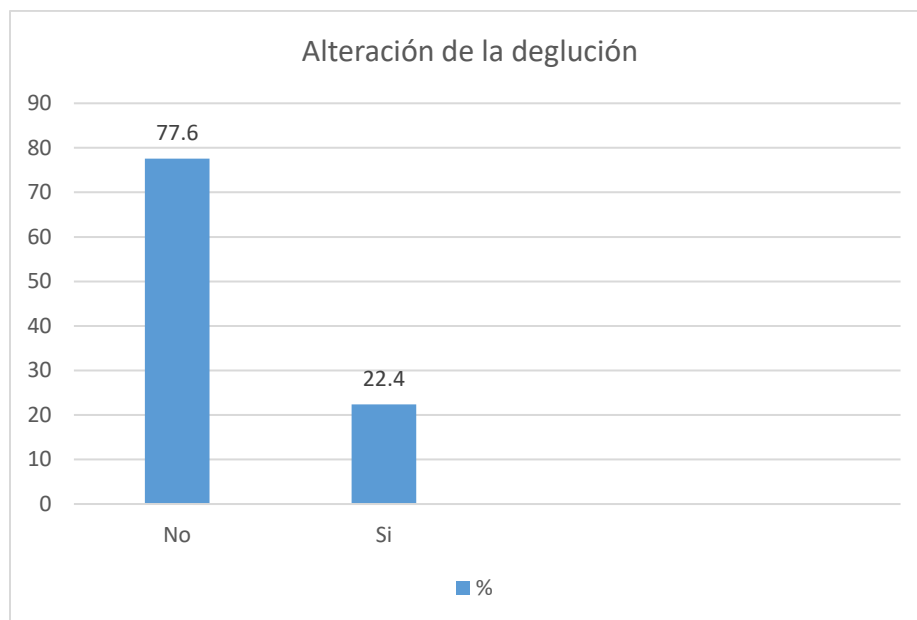


Tabla 16. Resultados por alteración de la deglución, frecuencia y porcentaje.

Alteración de la deglución	Frecuencia	Porcentaje
No	156	77.6
Si	45	22.4
Total	201	100

Motivo de consulta. 77.1% de los pacientes consultaron por trastornos de memoria, 11.4% por trastornos de lenguaje, 3% por trastornos de habla, 3% por trastornos de lenguaje y memoria, 2.5% por habla y memoria, 0.5% por lenguaje y habla, 2.5% por otros trastornos. [Gráfica 17 y Tabla 17].

Gráfica 17. Resultados por motivo de consulta en porcentaje.

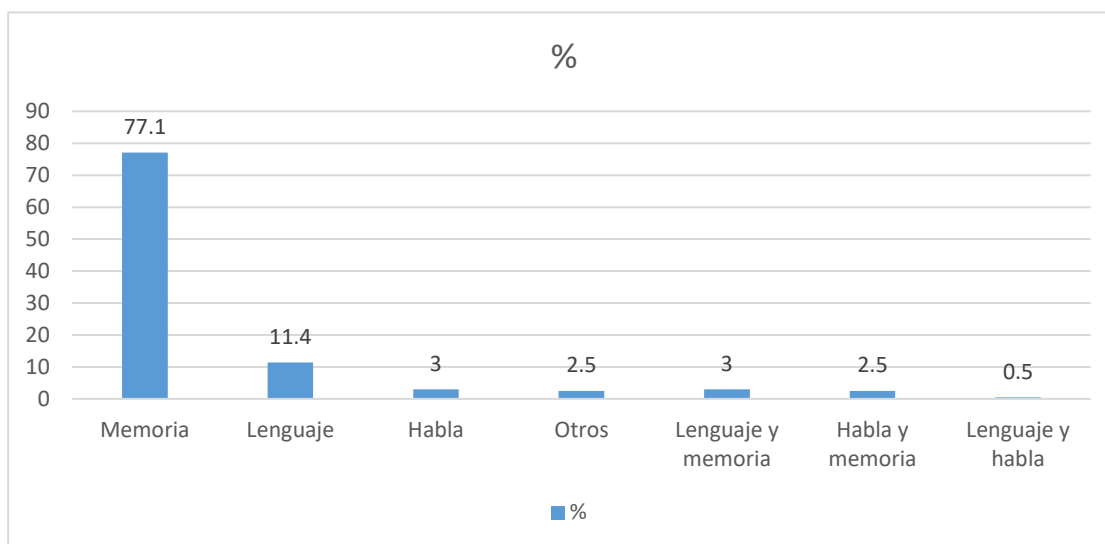
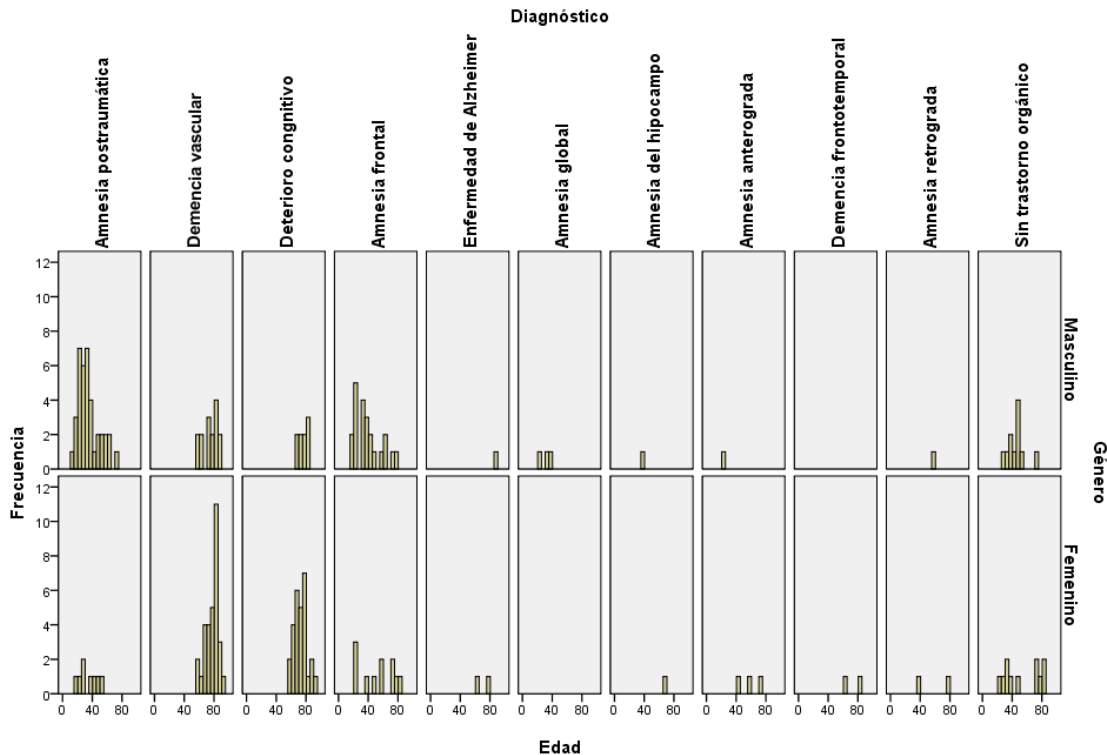


Tabla 17. Resultados por motivo de consulta, frecuencia y porcentaje.

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Lenguaje	23	11.4
Habla	6	3
Memoria	155	77.1
Otros	5	2.5
Lenguaje y memoria	6	3
Habla y memoria	5	2.5
Lenguaje y habla	1	0.5
Total	201	100

Análisis de probabilidad

Gráfica 18.-Histograma de las variables diagnóstico, edad y género.



Analizando el histograma de las variables diagnóstico, edad y género [Gráfica 18]:

La probabilidad de que un paciente que acude al INR LGII, sea diagnosticado con amnesia postraumática y sea del género masculino es de $\frac{38}{46} = 0.826$, es decir, 82.6%,

mientras que la probabilidad de que el paciente sea del género femenino es de $\frac{8}{46} = 0.1739$, esto es, 17.39%. La probabilidad de que sea diagnosticado con

demencia vascular y sea del género masculino es de $\frac{15}{46} = 0.326$, o, 32.6%, mientras

que, la probabilidad de que sea del género femenino es de $\frac{31}{46} = 0.6739$, o, 67.39%.

La probabilidad de que sea diagnosticado con deterioro cognitivo y sea del género masculino es de $\frac{9}{37} = 0.2432$, o, 24.32%, mientras que, la probabilidad de que sea del

género femenino es de $\frac{28}{37} = 0.7567$, o, 75.67%. La probabilidad de que sea diagnosticado con amnesia frontal y sea del género masculino es de $\frac{22}{33} = 66.66$, o, 66.66%, mientras que la probabilidad de que sea del género femenino es de $\frac{11}{33} = 0.3333$, o, 33.33%. La probabilidad de que sea diagnosticado con trastorno de memoria sin trastorno orgánico y sea del género masculino o femenino es de $\frac{11}{22} = 0.5$, o, 50%. La probabilidad de que sea diagnosticado con amnesia anterior y sea del género masculino es de $\frac{1}{4} = 0.25$, o, del 25%, la probabilidad de que sea del género femenino es de $\frac{3}{4} = 0.75$, o, del 75%. La probabilidad de que reciba el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y sea del género masculino es de $\frac{1}{3} = 0.3333$, o, del 33.33%, mientras que, la probabilidad de que sea del género femenino es de $\frac{2}{3} = 0.6666$, o, del 66.66%. La probabilidad de que reciban el diagnóstico de amnesia global y sea del género masculino es de $\frac{3}{3} = 1$, o, del 100%. La probabilidad de que sea diagnosticado con amnesia retrograda y sea del género masculino es de $\frac{1}{3} = 0.3333$, o del 33.33%, mientras que, la probabilidad de que sea del género femenino es de $\frac{2}{3} = 0.6666$, o del 66.66%. La probabilidad de que sea diagnosticado con amnesia hipocampal y sea de género masculino o femenino es de $\frac{1}{2} = 0.5$, o del 50%. La probabilidad de que sea diagnosticado con demencia frontotemporal y sea del género femenino es de $\frac{2}{2} = 1$, o del 100%.

Considerando el mismo histograma se realizó una estratificación por décadas de las vida con respecto al diagnóstico, encontrando que la probabilidad de que un paciente con edad de 10 a 19 años acuda al INR LGII por presentar problemas relacionados con la memoria es de $\frac{7}{201} = 0.0348$, es decir, del 3.48%, así mismo, dentro de este grupo de edad la probabilidad de que presente amnesia postraumática es de $\frac{5}{7} = 0.7142$, o, 71.42%, la probabilidad de que presente amnesia frontal es de $\frac{2}{7} = 0.2857$, o, 28.57%. La probabilidad de que un paciente con edad de 20 a 29 años acuda al INR LGII por presentar problemas de memoria es de $\frac{28}{201} = 0.1393$, o, de 13.93%, así mismo, dentro de este grupo de edad, la probabilidad de que presente amnesia postraumática es de $\frac{15}{28} = 0.5357$, o, de 53.57%, la probabilidad de que presente amnesia frontal es de $\frac{8}{28} = 0.2857$, o de 28.57%, la probabilidad de que presente problema de memoria sin trastorno orgánico es de $\frac{3}{28} = 0.1071$, o del 10.71%, la probabilidad de que presenten, amnesia global o amnesia anterógrada es de $\frac{1}{28} = 0.0357$, o del 3.57%. La probabilidad de que un paciente con edad de 30 a 39 años acuda al INR LGII por presentar problemas de memoria es de $\frac{28}{201} = 0.1393$, o, 13.93%, así mismo, dentro de este grupo de edad, la probabilidad de que presente amnesia postraumática es de $\frac{13}{28} = 0.4642$, o de 46.42%, la probabilidad de que presente amnesia frontal es de $\frac{7}{28} = 0.25$, o, del 25%, la probabilidad de que presente problema de memoria sin trastorno orgánico es de $\frac{6}{28} = 0.2142$, o, 21.42%, la probabilidad de que presente amnesia global o amnesia de hipocampo es de

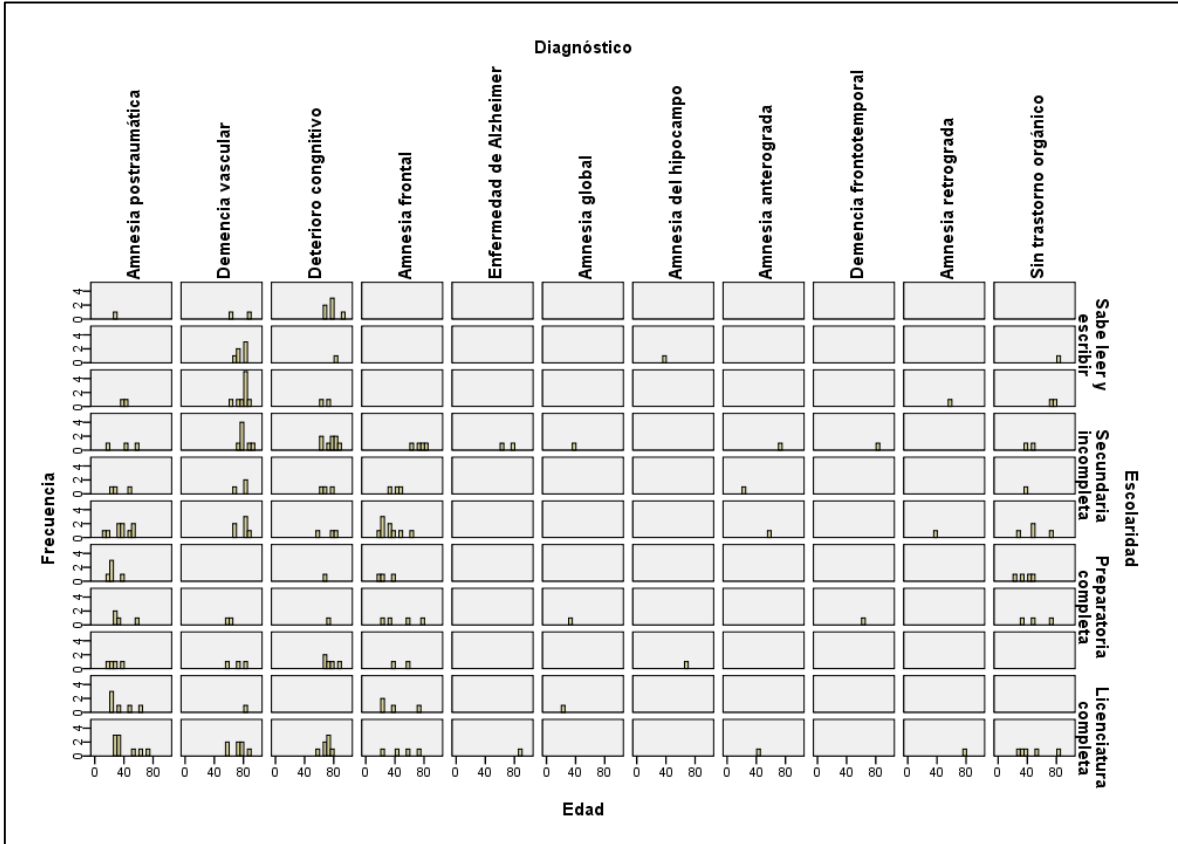
$\frac{1}{28} = 0.0357$, o del 3.57%. La probabilidad de que un paciente con edad de 40 a 49 años acuda al INR LGII por problemas de memoria es de $\frac{14}{201} = 0.0696$, o de 6.96%, así mismo, dentro de este grupo de edad la probabilidad de que presente amnesia postraumática o amnesia frontal es de $\frac{4}{14} = 0.2857$, o 28.57%, la probabilidad de que acuda por presentar problema de memoria sin trastorno orgánico es de $\frac{3}{14} = 0.2142$, o del 21.42%, la probabilidad de que acuda por presentar amnesia global, amnesia anterógrada o amnesia retrógrada es de $\frac{1}{14} = 0.0714$, o de 7.14%. La probabilidad de que un paciente con edad de 50 a 59 años acuda al INR LGII por presentar problemas de memoria es de $\frac{18}{201} = 0.0895$, o del 8.95%, así mismo, dentro de este grupo de edad, la probabilidad de que acuda por presentar amnesia postraumática es de $\frac{5}{18} = 0.2777$, o 27.77%, la probabilidad de que acuda por presentar amnesia frontal o problema de memoria sin trastorno orgánico es de $\frac{4}{18} = 0.2222$, o del 22.22%, la probabilidad de que acuda por presentar demencia vascular es de $\frac{3}{18} = 0.1666$, o de 16.66%, la probabilidad de que acuda por presentar amnesia anterógrada o amnesia retrograda es de $\frac{1}{18} = 0.0555$, o de 5.55%. La probabilidad de que un paciente con edad de 60 a 69 años acuda al INR LGII por presentar problemas de memoria es de $\frac{29}{201} = 0.1442$, o de 14.42%, así mismo, dentro de este grupo de edad la probabilidad de que una paciente presente deterioro cognitivo es de $\frac{13}{29} = 0.4482$, o de 44.82%, la probabilidad de que presente demencia vascular es de $\frac{8}{29} = 0.2758$, o 27.58%, la probabilidad de que presente amnesia postraumática es de $\frac{3}{29} = 0.1034$, o

de 10.34%, la probabilidad de que presente amnesia frontal es de $\frac{2}{29} = 0.0689$, o de 6.89%, la probabilidad de que presente enfermedad de Alzheimer, amnesia de hipocampo o demencia frontotemporal es de $\frac{1}{29} = 0.0344$, o de 3.44%. La probabilidad de que un paciente con edad de 70 a 79 años acuda al INR LGII por presentar problemas de memoria es de $\frac{38}{201} = 0.189$, o del 18.9%, así mismo, dentro de este grupo de edad la probabilidad de que presente deterioro cognitivo es de $\frac{13}{38} = 0.3421$, o de 34.21%, la probabilidad de que presente demencia vascular es de $\frac{12}{38} = 0.3157$, o de 31.57%, la probabilidad de que presente amnesia frontal es de $\frac{5}{38} = 0.1315$, o del 13.15%, la probabilidad de que presente problema de memoria sin trastorno orgánico es de $\frac{4}{38} = 0.1052$, o de 10.52%, la probabilidad de que presente amnesia postraumática, enfermedad de Alzheimer, amnesia anterógrada o amnesia retrograda es de $\frac{1}{38} = 0.0263$, o de 2.63%. La probabilidad de que un paciente con edad de 80 a 89 años acuda al INR LGII por presentar problemas de memoria es de $\frac{35}{201} = 0.1741$, o de 17.41%, así mismo, dentro de este grupo de edad la probabilidad de que presente demencia vascular es de $\frac{20}{35} = 0.5714$, o de 57.14%, la probabilidad de que presente deterioro cognitivo es de $\frac{10}{35} = 0.2857$, o de 28.57%, la probabilidad de que presente problema de memoria sin trastorno orgánico es de $\frac{2}{35} = 0.0571$, o de 5.71%, la probabilidad de que presente amnesia frontal, enfermedad de Alzheimer o demencia frontotemporal es de $\frac{1}{35} = 0.0285$, o de 2.85%. La probabilidad de que un paciente con edad de 90 a 99 años acuda al INRLGII por presentar problemas de

memoria es de $\frac{4}{201} = 0.0199$, o de 1.99%, así mismo, la probabilidad de que un paciente en este grupo de edad presente demencia vascular es de $\frac{3}{4} = 0.75$, o del 75%, la probabilidad de que presente deterioro cognitivo es de $\frac{1}{4} = 0.25$, o de 25%.

Analizando el histograma de las variables diagnóstico, edad y escolaridad de los pacientes [Gráfica 19]:

Gráfica 19.-Histograma de las variables diagnóstico, edad y escolaridad.



Se encontró que la probabilidad de que un paciente acuda al INR LGII y sea diagnosticado con amnesia postraumática es de $\frac{46}{201} = 0.2288$, esto es, 22.88%, por otra parte, la probabilidad de que el paciente con amnesia postraumática tenga un nivel de estudios de secundaria completa o licenciatura completa es de $\frac{9}{46} = 0.1956$, es decir, 19.56%, así mismo, la probabilidad de que tenga un nivel de estudios de licenciatura incompleta es de $\frac{6}{46} = 0.1304$, o 13.04%, la probabilidad de que tenga nivel de estudios de preparatoria incompleta es de $\frac{5}{46} = 0.1086$, o 10.86%.

La probabilidad de que un paciente acuda al INR LGII y sea diagnosticado con demencia vascular es de $\frac{46}{201} = 0.2288$, esto es, 22.88%, por lo que, la probabilidad de que este paciente tenga un nivel de estudios de primaria incompleta es de $\frac{9}{46} = 0.1956$, es decir, 19.56%, por otra parte, la probabilidad de que tenga un nivel de estudios de primaria completa o licenciatura completa es de $\frac{7}{46} = 0.1521$, o 15.21%. La probabilidad de que un pacientes acuda al INR LGII y sea diagnosticado con deterioro cognitivo es de $\frac{37}{201} = 0.184$, es decir, 18.4%, por lo que la probabilidad de que este paciente tenga un nivel de estudios de primaria completa es de $\frac{8}{37} = 0.2162$, es decir, 21.62%, por otra parte, la probabilidad de que tenga un nivel de estudios de licenciatura completa es de $\frac{7}{37} = 0.1891$, o 18.91%, la probabilidad de que sea analfabeta es de $\frac{6}{37} = 0.1621$, o 16.21%. La probabilidad de que un paciente acuda al INR LGII y sea diagnosticado con amnesia frontal es de $\frac{33}{201} = 0.1641$, es decir, 16.41%, la probabilidad de que este paciente tenga un nivel de estudios de secundaria completa es de $\frac{9}{33} = 0.2727$, o , 27.27%. La probabilidad de que un paciente acuda al INR LGII y sea diagnosticado con enfermedad de Alzheimer es de $\frac{3}{201} = 0.0149$, es decir, 1.49%, la probabilidad de que este paciente tenga un nivel de estudios de primaria completa es de $\frac{2}{3} = 0.6666$, es decir, 66.66%. La probabilidad de que un pacientes acuda al INR LGII y sea diagnosticado con amnesia global es de $\frac{3}{201} = 0.0149$, es decir, 1.49%, la probabilidad de que esta paciente tenga nivel de estudios de primaria completa, preparatoria completa o licenciatura incompleta es

de $\frac{1}{3}=0.3333$. La probabilidad de que un paciente acuda al INR LGII y sea diagnosticado con amnesia del hipocampo es de, $\frac{2}{201}=0.0099$, o, 0.9%, la probabilidad de que ese paciente tenga nivel de estudios de carrera técnica o únicamente sepa leer y escribir es de $\frac{1}{2}=0.5$, es decir, 50%. La probabilidad de que un paciente acuda al INRLGII y sea diagnosticado con amnesia anterógrada es de $\frac{4}{201}=0.0199$, o, 1.99%, la probabilidad de que ese paciente tenga nivel de estudios de primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa o licenciatura completa es de $\frac{1}{4}=0.25$, es decir, 25%. La probabilidad de que un paciente acuda al INR LGII y sea diagnosticado con demencia frontotemporal es de $\frac{2}{201}=0.0099$, o, 0.99%, la probabilidad de que ese paciente tenga nivel de estudios de primaria completa o preparatoria completa es de $\frac{1}{2}=0.5$, o, 50%. La probabilidad de que una paciente acuda al INR LGII y sea diagnosticado con amnesia retrógrada es de $\frac{3}{201}=0.0149$, o, 1.49%. La probabilidad de que un paciente acuda al INRLGII y sea diagnosticado con problema de memoria sin trastorno orgánico es de $\frac{22}{201}=0.1094$, o, 10.94%, la probabilidad de ese paciente tenga nivel de estudios de licenciatura completa es de $\frac{5}{22}=0.2272$ o, 22.72%, la probabilidad de que tenga estudios de secundaria completa y preparatoria incompleta es de $\frac{4}{22}=0.1818$, o 18.18%.

DISCUSIÓN

Se estudiaron 201 pacientes con trastorno de memoria, respecto al sexo se encontró que los problemas de memoria son más frecuentes en las mujeres en el caso de la población mayor de 60 años, lo cual corresponde con lo descrito por estudios previos ^{5, 8, 11}. En cuanto a los menores de 60 años fueron más frecuentes estos trastornos en los hombres, similar a lo reportado por otros estudios en este grupo etario⁴.

El 47% de los pacientes estudiados fueron menores de 60 años, en este grupo la edad se ubicó desde los 13 hasta los 59 años (rango de 46), con un promedio de 35.4 ± 12.3 años (media \pm desviación estándar), similar a lo reportado por otros autores; edad desde 17 a 59 años (rango 42), edad media de 47.6 años ⁴.

En los menores de 60 años los síndromes amnésicos fueron los diagnósticos más frecuentes (80.1%), principalmente amnesia postraumática (44.2%), seguido de amnesia frontal (26.3%) y en tercer lugar (16.8%) de los pacientes no se identificó trastorno orgánico. Se diagnosticó algún tipo de demencia en un porcentaje muy bajo 3.2% para esta población, en este grupo de edad no se diagnosticó deterioro cognitivo. Otros estudios reportan para menores de 60 años: 55% sin déficit cognitivo, trastornos psiquiátricos 24.9%, 15% demencia, 17% déficit cognitivos aislados sin integrar demencia⁴.

El 53% de los pacientes con trastorno de memoria fueron mayores de 60 años, para este grupo la edad se ubicó desde los 60 hasta los 93 años (rango de 33), con un promedio de 75.1 ± 8.1 años (media \pm desviación estándar). El diagnóstico más común en este grupo etario fue la demencia 45.3%, predominando la demencia de tipo vascular 40.6%, seguido por la enfermedad de Alzheimer 2.8% y la demencia frontotemporal 1.9%. El deterioro cognitivo se diagnosticó en el 34.9% de los pacientes. En 5.7% de los pacientes no se identificó trastorno orgánico. Se diagnosticó amnesia postraumática en el 3.8% de los pacientes. Otros estudios reportan resultados diferentes, predominando la demencia en los mayores de 60 años, principalmente la demencia por enfermedad de Alzheimer y seguido por el deterioro cognitivo^{3-8,14-15}, en el caso de otros diagnósticos se reporta para este grupo etario frecuencias del 22% para demencia vascular, 2% para demencia frontotemporal, 4% demencia sin causa determinada y sin deterioro cognitivo en 4%⁸.

En relación a la escolaridad se encontró que la mayoría de los pacientes con trastornos de memoria 83% tenían por lo menos escolaridad primaria y la mayoría de los pacientes habían cursado una licenciatura, esto contrasta con estudios previos que reportan que los trastornos de memoria son más frecuentes en la población con menor escolaridad^{8,11}, sin embargo la información no es concluyente ya que en otros estudios no se ha encontrado correlación entre la escolaridad y la frecuencia de los trastornos de memoria⁵.

Trastornos del estado de ánimo: se encontró que los trastornos del estado de ánimo están presentes en casi la mitad de los pacientes con trastornos de memoria 47.8%, en la literatura se reporta que al menos 30% de los pacientes mayores de 60 años con algún trastorno de memoria tienen diagnóstico de depresión y otros trastornos del estado de ánimo^{3, 6, 7}, en el caso de los menores de 60 años hasta 25%⁴.

En el presente estudio un porcentaje considerable de los pacientes con trastornos de memoria cursaba con patologías agregadas como hipocusia uni o bilateral 45.8%, déficit motor, sensorial o mixto en 55% y 22% de los pacientes alteraciones de la deglución. Esto puede explicarse en el contexto de que en el Instituto Nacional de Rehabilitación se cuenta con los servicios que atienden otros déficits como los auditivos, motores y sensoriales.

Lugar de origen y lugar de residencia: se encontró que la gran mayoría de los pacientes habían nacido o vivían en una zona urbana, contrasta con estudios previos en el país en que se reporta una mayor prevalencia en los residentes de las zonas rurales¹¹.

En cuanto al motivo de consulta, además de los trastornos de memoria se consultó también por trastornos de lenguaje, habla o mixtos en un 20%, otros autores reportan que el 75% de sus pacientes estudiados consultó o fue referido por trastornos de memoria, 24% por trastornos psiquiátricos o del comportamiento, 17% por disminución de la concentración y 10% por trastornos de lenguaje⁵.

CONCLUSIONES

Los pacientes que consultan por trastornos de memoria son una población heterogénea, de forma general se encontró a los síndromes amnésicos como el principal diagnóstico en los menores de 60 años y a las demencias en los mayores de 60 años.

Algunos de los resultados del presente estudios difieren a lo reportado por otros autores y es necesario tener en consideración las particularidades de la población estudiada al inscribirse el servicio que atiende a estos pacientes en un Instituto Nacional de Salud que es un hospital de referencia.

En nuestro país es necesario ampliar los estudios en este tema, sin dejar de tomar en consideración a la población joven quienes no están exentos de estos trastornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smirnov AA, Leontiev AN, Rubinstein SL, Tieplov BM. Psicología. México. Editorial Grijalbo. 1960.
2. Ostrosky-Solís F, Lozano-Gutiérrez A. Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas. *Av Psicol Latinoam*. 2003;21:39-51.
3. Kopelman M. Not all memory clinics are dementia clinics. *Neuropsychol Rehabi*. 1996;6(3):187-202.
4. Elberling TV, Stokholm J, Høgh P, Waldemar G. Diagnostic profile of young and middle-aged memory clinic patients. *Neurology*. 2002;59(8):1259-1262.
5. Kenfield MC, Arciniegas DB, Anderson CA, Howard KL, Filley CM. When cognitive evaluation does not disclose a neurologic disorder: experience of a university behavioral neurology clinic. *Cogn Behav Neurol*. 2010;23(2):112-118.
6. Almeida OP, Hill K, Howard R, O'brien J, Levy R. Demographic and clinical features of patients attending a memory clinic. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993;8(6):497-501.
7. Høgh P, Waldemar G, Knudsen GM, Bruhn P, Mortensen H, Wildschjødztz G, Bech RA, Juhler M, Paulson OB. A multidisciplinary memory clinic in a neurological setting: diagnostic evaluation of 400 consecutive patients. *Eur J Neurol*. 1999;6(3):279-288.
8. Sheng B, Law CB, Yeung KM. Characteristics and diagnostic profile of patients seeking dementia care in a memory clinic in Hong Kong. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(2):392-400.

9. American psychiatric association. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM V. Editorial Panamericana, 2014.
10. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Publ Mex. 2007;49:S475-S481.
11. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Hernández-Ávila M. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
12. Ardila A, Ostrosky-Solis F. Síndromes amnésicos. Diagnóstico del daño cerebral: enfoque neuropsicológico. México. Editorial Trillas. 1991.
13. Ropper A, Brown RH, Phil D. (2007). Principios de neurología de Adams y Victor. 8va edición. Mc Graw Hill, 2007.
14. Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. Clin Geriatr Med. 2014;30(3):421-442.
15. Gutiérrez-Robledo L.M, Arrieta-Cruz I. Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. Gac Med Mex. 2015;151(5):667-673.
16. Consejo Nacional de Población. México en cifras. Proyecciones de la población 2010-2050. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1529/2/images/DocumentoMetodologicoProyecciones2010_2050.pdf