

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y DETERIORO COGNITIVO EN  
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS, QUE ACUDEN A LA UMF 220 TOLUCA  
2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220.**

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

**PRESENTA  
M.C. CARLOS RAMÍREZ MUÑOZ**

**DIRECTORA DE TESIS  
E.M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ**

**REVISORES DE TESIS  
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN  
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ  
E.M.F. BLANCA ESTHELA ARIZMENDÍ MENDOZA  
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

**TOLUCA, MÉXICO**

**2013**

**“CARACTERISTICAS FAMILIARES Y DETERIORO COGNITIVO EN  
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS, QUE ACUDEN A LA UMF 220 TOLUCA  
2012”**

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios.*

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

*A Paty, mi mamá y mis hermanas*

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

*A mis Amigos.*

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Malicho, Ericka, Mayra, Jesús y José Juan, por haberme ayudado a realizar este trabajo.

## ÍNDICE

Cap.	Pág.
<b>I. MARCO TERICO.</b>	
I.1. Antecedentes	8
I.2. Familia en México	8
I.3. Situación Actual de la Familia en México	9
I.4. Conceptos de la Familia	10
I.5. Características Familiares	10
I.6. Funciones de la Familia	11
I.7. Deterioro Cognitivo	13
I.8. Situación del Adulto Mayor	17
I.9. Situación del Adulto Mayor en México	18
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	
II.1 Argumentación.	21
II.2 Pregunta de Investigación.	21
<b>III. JUSTIFICACIONES.</b>	
III.1 Académica.	22
III.2 Científica.	22
III.3 Social.	22
III.4 Económica.	23
<b>IV. HIPÓTESIS</b>	
IV.1 Elementos de la hipótesis.	24
IV.1.1 Unidades de Observación.	24
IV.1.2 Variables.	24
IV.1.2.1 Dependiente.	24
IV.1.2.2 Independientes.	24
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	24
<b>V. OBJETIVOS</b>	
V.1 General.	25
V.2 Específicos.	25
<b>VI. MÉTODO.</b>	
VI.1 Tipo de estudio.	26
VI.2. Diseño del estudio.	26
VI.3 Operacionalización de variables.	27
VI.4 Universo de Trabajo.	29
VI.4.1 Criterios de inclusión.	29
VI.4.2 Criterios de exclusión.	29
VI.4.3 Criterios de eliminación.	29
VI.5. Instrumento de Investigación	
VI.5.1 Descripción	30
VI.5.2 Validación	30
VI.5.3 Aplicación	30
VI.6 Desarrollo del proyecto	30
VI.7 Límite de espacio	30

VI.8 Límite de tiempo	30
VI.9 Diseño de análisis	31
<b>VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.</b>	32
<b>VIII. ORGANIZACIÓN</b>	33
<b>IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	34
<b>X.- CUADROS Y GRÁFICOS</b>	36
<b>XI.- CONCLUSIONES</b>	44
<b>XII. RECOMENDACIONES</b>	45
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA</b>	46
<b>XIV. ANEXOS</b>	48

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Con el avance de la edad, los adultos mayores se quejan de que su memoria “no es más la de antes”, los “olvidos” son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales. Nace así el concepto de “deterioro cognitivo leve” que se refiere a individuos que tienen deterioro cognitivo no suficiente desde lo funcional como para rotular el diagnóstico de síndrome demencial, la planificación en la atención médica para este grupo de la población se debe priorizar, ya que estos presentan mayor “riesgo social” .

**OBJETIVO:** Conocer Las Características familiares en pacientes mayores de 60 años con deterioro cognitivo que acuden a la UMF 220 IMSS Toluca 2012.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Consta de una encuesta transversal descriptiva en donde se recopilan los datos generales de los adultos mayores derechohabientes de la UMF220, como edad, sexo y escolaridad. Aplicando un test de etapa del ciclo vital familiar según la OMS en donde se evalúan 6 etapas las cuales son: I. Formación, II. Extensión, III. Extensión completa, IV. Contracción, V. Contracción completa y VI. Disolución. Así como un cuestionario en donde se evalúan las características familiares según su composición y desarrollo. Y utilizando el cuestionario de estado mental portátil de Pfeiffer diseñado como test de screening de deterioro cognitivo, validado por García-Montalvo en España 1992, el cual consta de 10 reactivos catalogando como normal y deterioro cognitivo leve, moderado e importante.

**RESULTADOS:** Se estudiaron un total de 376 pacientes Adultos Mayores donde los resultados obtenidos fueron: el numero de Adultos Mayores que presentan algún grado de deterioro cognitivo es de 48 (12.76%), de los cuales 40 (10.64%) presentan un grado de deterioro cognitivo leve y 8 (2.13%) presenta un grado moderado, prevalecen las familias tradicionales con un 52.08%, Del ciclo vital familiar la etapa VI. Contracción prevalece con un 75%, el grupo por sexo más afectado es el de las mujeres con un 67%, el grupo por edad más afectado es el de 71-80 años con el 52.08%, y la escolaridad más frecuente es la Educación primaria con el 66.66%

**CONCLUSIONES:** El justificar la necesidad de identificar precozmente el deterioro cognitivo es importante, tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del adulto mayor, el máximo tiempo posible, implementando distintas medidas de reforzamiento y ejercicio de dichas funciones, para así retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida

SUGERENCIAS: El médico familiar una vez que ha identificado a este grupo de pacientes debe apoyarse en los integrantes su familia en todo el proceso, de igual forma el equipo multidisciplinario de primer nivel y realizar un manejo conjunto con los servicios de estomatología, nutrición, trabajo social, psicología u otras especialidades si así lo requiere el caso, para el manejo integral del adulto mayor.

*Palabras clave: Deterioro Cognitivo – características familiares.*

## I. MARCO TEÓRICO

### I.1.- Antecedentes

El hombre es el ser mas evolucionado en la escala biológica y paradójicamente es el más desvalido e incapaz de subsistir por si mismo ya que para lograrlo necesita aprender de su relación con otros seres humanos que satisfagan sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales por lo tanto no puede vivir solo o aislado.

El hombre pertenece vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado familia por lo que la vida en familia seguirá siendo la mejor opción de realización de los seres humanos por medio de su historia personal en cualquier etapa de su vida, por lo que se debe defender este sistema para una forma adecuada del desarrollo humano y su salud.

En la evolución histórica la familia ha experimentado trasformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes.

La familia es tan antigua como la especie humana pero fue objeto de estudio hasta la mitad del siglo XIX cuando Morgan, McLennan, la consideraron como una institución social, histórica cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global, en ella se intercambian afectos y valores y se otorga mutua protección y su funcionamiento es el fruto de la creatividad y convivencia de quienes fundan la familia. (1)

La familia es el grupo donde se nace y donde se asumen las necesidades fundamentales del niño. Es un grupo en el cual los miembros se cohesionan, se quieren, se vinculan y así se ayudan recíprocamente a crecer vitalmente, a vivir como personas en todas sus dimensiones: cognitiva, afectiva, relacional, etc. (2)

### I.2.- Familia en México

La organización familiar en México es el fruto de una historia demográfica contrastada y de procesos de poblamiento muy variados. Las estructuras familiares resultan de la mezcla, en grados diferentes, de una herencia indígena precolombina, de una inmigración peninsular en la época colonial, del mestizaje, de la esclavitud, de población de origen africano, de la urbanización, de la colonización del norte y del trópico más recientemente En la Nueva España, con el modelo del matrimonio católico y las reglas importadas de Europa por la Iglesia, pero con las contingencias y particularidades de una sociedad plurirracial.

### **I.3.- Situación Actual de la Familia en México**

La transición demográfica ha contribuido a modificar el escenario en el cual se forman y desenvuelven las familias y los individuos, provocando importantes cambios en el tamaño y composición de los hogares, en la estructura del curso de vida y en las relaciones de género e intergeneracionales al interior de las unidades domésticas. El aumento de la esperanza de vida ha ocasionado una ampliación del “tiempo familiar” propiciando que, a menudo, en los hogares convivan personas que pertenecen a tres o hasta cuatro generaciones. (3)

Número, tamaño y composición de los hogares. En las últimas décadas los hogares mexicanos han venido delineando un nuevo perfil, de manera que, en la actualidad, es posible distinguir cinco grandes tendencias a las que se dirigen: la reducción de su tamaño, la coexistencia de diversos tipos de arreglos residenciales, el aumento de la proporción de unidades domésticas encabezadas por mujeres, el incremento de la presencia del adulto mayor en los hogares y una responsabilidad económica más equilibrada entre hombres y mujeres.

Estructura por edad y composición generacional. Los cambios en la dinámica demográfica también han modificado la estructura por edad de los hogares, que ahora suelen tener más frecuentemente adultos mayores entre sus miembros, al tiempo que ha descendido la proporción de aquellos que tienen niños pequeños o en edad escolar.

Jefatura del hogar. Ser jefe de un hogar supone que sus miembros reconocen, sobre la base de una estructura de relaciones jerárquicas, a la persona más importante de la familia, es decir, aquella que está presente regularmente en el hogar y que es, además, la persona con mayor autoridad en la toma de decisiones o el principal soporte económico. En México, los hogares encabezados por mujeres se han incrementado rápidamente en el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho en 1976 a más de uno de cada cinco en 2000 (CONAPO, 2001). En 2000 el número de unidades domésticas encabezadas por mujeres ascendía a 4.6 millones, cuando en 1990 sumaba 2.8 millones (CONAPO, 2001b). Entre las principales tendencias demográficas que explican este fenómeno destacan la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres; el aumento de la separación y el divorcio; el incremento en la proporción de madres solteras; y los patrones migratorios de hombres y mujeres, particularmente el desplazamiento de mujeres jóvenes a áreas urbanas.

Organización familiar y estrategias de los hogares. A pesar de que a lo largo de los últimos veinte años no ha habido cambios drásticos en la composición de la familia mexicana, sí han ocurrido cambios en cuanto a su organización interna, esencialmente como respuesta a las modificaciones en el patrón de participación laboral de sus miembros. Dentro del contexto de deterioro del ingreso y el envejecimiento de los hogares, las familias han desarrollado diversas estrategias tales como el aumento en el número promedio de perceptores de ingreso: el número medio de miembros por hogar que trabajan aumentó de 1.53 en 1977 a

1.79 en 1998 (CONAPO, 2001b). El despliegue de esta estrategia se vio facilitado por el hecho de que, conforme ha avanzado la transición demográfica y madurado la estructura por edad, una proporción creciente de las unidades domésticas dispone de un mayor número de personas en edad de trabajar. Este aumento se refleja, principalmente, en la rápida incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo. Las tres últimas décadas han presenciado el aumento notable del número de hogares que cuentan con la contribución económica de las mujeres. De hecho, en el año 2000, poco más de uno de cada diez hogares mexicanos tenía a una o más mujeres como únicas perceptoras de ingreso, proporción que se ha mantenido estable durante la última década.

Pobreza y vulnerabilidad de los hogares. En México se advierte la persistencia de un número significativo de hogares cuyos miembros viven en condiciones sumamente adversas, con ingresos inferiores a los mínimos indispensables para tener acceso a los satisfactorios necesarios para el desarrollo de las capacidades básicas de subsistencia.

#### **I.4.- Conceptos de la Familia**

El origen etimológico de la palabra familia es muy incierto; algunos sostienen que proviene de la voz latina fames (“hambre”); otros afirman que proviene de la raíz latina famulus (“sirviente” o “esclavo doméstico”) y que se utilizaba para designar al conjunto de esclavos de un romano.

Existen diferentes conceptos de familia desde 1970 la OMS la define como:  
Conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio”

Familia: Se define como el núcleo primario fundamental para promover la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos.

Familia: La familia es la unidad de la sociedad, es decir es un grupo organizado que está constituido por un número variable de miembros que están vinculados entre sí. La familia ha ido ocupando un lugar importante en el interés investigativo del equipo de salud y más en particular el vínculo que se establece entre la Salud Familiar y el proceso Salud-Enfermedad.

#### **I.5.- Características Familiares**

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista por su:

Etapa del ciclo de vida familiar.

Desarrollo social

Demografía

Dinámica familiar

Ocupación

Conformación

Integración.

Etapa del ciclo de vida familiar.- Es un proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta su muerte. Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar. Formación, extensión, contracción y disolución. (4)

Desarrollo social. a) familia moderna b) familia tradicional c) familia arcaica o primitiva.

Demografía. a) rural b) urbana basándose en su ubicación geográfica de residencia.

Dinámica familiar a) funcional b) disfuncional.

Ocupación. Profesionistas, campesinas, obreras, de acuerdo a la actividad que se desempeña uno o ambos cónyuges.

Conformación. Familia nuclear padre madre e hijos que viven juntos en una unidad familiar. Familia nuclear sin hijos. Familia seminuclear (monoparental o uniparental). Familia extensa familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios. Familia compuesta grupos de personas familiares y no, que viven bajo el mismo techo, personas que viven solas o allegadas pero sin lazos consanguíneos.

Integración. De acuerdo con la integración familiar se clasifica en: Familia integrada aquella en donde los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones. Familia semi-integrada los cónyuges viven juntos pero no cumplen satisfactoriamente sus funciones. Familia desintegrada la característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, sea por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas. (5)

### **I.6.- Funciones de la Familia**

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. (6)

Funciones de la familia según Geyman:

Socialización. Transforma en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de desarrollarse y participar en sociedad.

Cuidado.- Esta función preserva la especie humana y consiste en llenar las necesidades físicas y sanitarias ejemplo: vestido, alimento, seguridad física apoyo emocional.

Afecto. - Corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes; se ha identificado como un objeto de transición dentro de la familia, está muy relacionado en el cuidado.

Reproducción.- Consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad con un compromiso y responsabilidad, incluye aspectos de salud reproductiva y de educación sexual.

Estatus.- Al ver que la familia es la institución entre los individuos y la sociedad, es de suma importancia el reconocimiento de este grupo primario en la misma, transfiriéndole derechos y obligaciones con el fin de perpetuar privilegios y logros familiares. (7)

Funcionalidad y salud familiar.- El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

La salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis. Aquí se incorpora el elemento de la capacidad familiar para superar las crisis y de adaptación ante los cambios. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, una definición que intenta englobar las anteriormente dadas, define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. Lo novedoso en este caso está en la incorporación de la capacidad de enfrentamiento a los cambios tanto internos como externos, lo que permite el crecimiento y desarrollo de los miembros. (8)

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias. Se han relacionado algunas variables que tienen que ver con el funcionamiento familiar y de las cuales solo mencionaremos las siguientes: Estructura familiar, aspectos socioeducativos y socioeconómicos, familia de origen.

La familia normofuncional presenta un equilibrio estable, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros, lo que garantiza su homeostasis; el sistema familiar elabora respuestas adaptativas frente a los fenómenos del medio externo, tales como acontecimientos vitales

estresantes y modificaciones del medio interno, con las transiciones entre las diferentes etapas del ciclo evolutivo de la familia.

La familia con disfunción familiar ya no puede considerarse como fisiológico ya que las tensiones que genera el conflicto no resuelto producen manifestaciones patológicas en los miembros; la intervención lógica ante una disfunción es aportar los recursos que el propio sistema requiere para adaptarse, lo cual evidentemente no siempre es posible (9)

Familia funcional vs familia disfuncional.

En la familia funcional

- a) Las relaciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros; se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, por lo que precisan de cierto grado de privacidad
- b) No existen coaliciones internas ni competencia entre ellas
- c) Los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad
- d) Es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad
- e) Existe empatía.
- f) Hay apoyo emocional.

Por el otro lado, en la familia disfuncional:

- a) Hay líneas intergeneracionales borrosas
- b) No existe actitud negociadora
- c) Se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás
- d) Los límites de la familia son imprecisos
- e) Las pautas de interacción resultan fijas y rígidas
- f) Las funciones de los miembros no están claras ni limitadas (10)

Las escalas de funcionamiento familiar.- Evalúa el funcionamiento familiar a través de procedimientos rigurosos se ha convertido en una necesidad real de la práctica psicológica. Se utilizan actualmente una gran variedad de instrumentos para evaluar la familia a nivel de grupo (considerando el sistema familiar como un todo). La gran mayoría de los instrumentos están validados para ser utilizados en el contexto en el cual se han originado. (11)

### **I.7.- Deterioro Cognitivo**

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. (12)

El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los adultos mayores más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. (13)

Los avances tecnológicos en las neurociencias han aumentado los conocimientos sobre la función cerebral, sin llegar a clarificar si el deterioro cerebral global atribuido en gran medida al envejecimiento se percibe como el espectro de los trastornos que anteceden a la enfermedad de Alzheimer. (14)

El aumento de la población de edad avanzada en los últimos cincuenta años llevó al crecimiento de enfermedades relacionadas a la edad como son las demencias, especialmente la enfermedad de Alzheimer. Esto repercute en la salud pública mundial.

Con el avance de la edad, los adultos mayores se quejan de que su memoria “no es más la de antes”, los “olvidos” son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales. (15)

La demencia debe diferenciarse, normalmente, de tres procesos: Con los trastornos mnésicos asociados al envejecimiento. Aproximadamente a partir de la quinta década de la vida, se producen pequeños trastornos de memoria, clasificados en el CIE-10 como trastorno cognoscitivo leve.

Los trastornos de la memoria asociados al envejecimiento pueden, incluso, afectar a las actividades corrientes de la vida diaria, aunque generalmente con poca trascendencia, pero se diferencian de los olvidos demenciales, por la evidenciable ausencia de otros déficits cognitivos y porque en ellos el paciente es plenamente consciente de los mismos, siendo una frecuente causa de consulta de "motu proprio", nunca a través de familiares.

A pesar de que a veces pueden confundirse con fases incipientes de la demencia, debemos diferenciarlos de ella por cuanto parece que se trata de un proceso no siempre progresivo hacia ésta, cuando la única faceta intelectual afectada es la memoria (olvidos benignos del anciano).

Si a los fallos mnésicos se asocia el deterioro de alguna otra área cognitiva, que dificulten la resolución de problemas complejos, a pesar de no repercutir gravemente en las actividades sociales del enfermo, en este caso hablaríamos de alteración cognitiva senil y sólo el estudio evolutivo podrá determinar el pronóstico; sobre el cual algunos autores han especulado que casi un 70% de los que sufren esta dolencia desarrollarán demencia, en los próximos 7 años.

Los test psicométricos para el estudio del deterioro cognitivo, tienen siempre un punto de corte, por debajo del cual se incluye el olvido benigno senil, como defecto cercano a la normalidad absoluta.

Para un estudio más detallado, se han ideado técnicas simples que investigan la memoria reciente, visual o auditiva, haciendo repetir series de palabras o de números, mostradas o dictadas, respectivamente, al paciente, pues la exploración

de la evocación diferida sigue siendo el método más fácil de diferenciar estos trastornos de las fases incipientes de la demencia.

Con síndrome confusional agudo. El "estado confusional o delirium" se caracteriza por una brusca alteración de la conciencia (reducida o nublada, con cierta capacidad para responder a estímulos verbales aunque sea de forma incoherente) y por pensamiento desorganizado, a menudo coexistiendo con alucinaciones e ilusiones, de curso cambiante día a día, que puede ocurrir a cualquier edad, presentándose, no obstante, mayoritariamente en adultos mayores, siendo invariablemente debido a causas orgánicas y por ello potencialmente reversible.

Con pseudodemencia depresiva. Algunos autores, atendiendo al rigor histórico, sugieren reservar el término de pseudodemencia tal como lo describiera Wernicke en 1897, para procesos histéricos. Etiquetando de síndrome demencial de la depresión involutiva, a lo que nosotros, de acuerdo con Kiloh, hemos denominado pseudodemencia; es decir, el proceso en el que una depresión se presenta como una demenciación, que –en cualquier caso– constituye el 75% de procesos que simulan una demencia sin serlo. (16)

El diagnóstico diferencial entre depresión y demencia acostumbra a entrañar dificultades, ya que la primera puede ser consecuencia de la segunda en las fases incipientes de la enfermedad, cuando el enfermo todavía puede ser consciente de sus déficits; mientras que la depresión senil puede presentarse con cierto deterioro cognitivo, a cuyo cuadro denominamos precisamente, como ya hemos dicho, pseudodemencia.

Esta superposición en estos tres procesos ha motivado desde hace más de 40 años a delimitar esta situación en referencia al deterioro Cognitivo.

En 1962, Kral y col diferenciaron los "olvidos benignos" de la senectud definiéndolos como las alteraciones mnésicas que influían negativamente en el desempeño de las actividades de la vida diaria pero no progresaban hacia formas más globales de deterioro intelectual. (17)

Esta entidad nunca fue definida desde el punto de vista operacional ni fue validada por estudios longitudinales bien controlados. En 1986, el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos, subsidió un grupo de trabajo cuya tarea fue establecer los lineamientos diagnósticos de lo que denominarían "Deterioro de memoria asociado a la edad". En este criterio se incluían aquellos sujetos mayores de 50 años con quejas de olvidos, fallas objetivas de la memoria (puntaje por debajo de los jóvenes en las pruebas de memoria) y función intelectual normal.

Esta definición desarrolló un criterio claro para trabajos de investigación, pero suscitó un conflicto con la referencia del puntaje a sujetos jóvenes. En la población normal que envejece, más del 90% no logra acceder a este límite y el concepto pierde utilidad. Posteriormente aparecieron diversas definiciones que rápidamente cayeron en desuso.

El objetivo final no era la normalidad, sino aquella franja limítrofe de “pseudonormalidad” correspondiente a una probable enfermedad de Alzheimer aún sin demencia. Si bien no existe una continuidad biológica entre el envejecimiento normal y la enfermedad de Alzheimer, desde el punto de vista clínico, sintomatológico y cognitivo sí la hay.

Nace así el concepto de “deterioro cognitivo leve” (DCL) que se refiere a individuos que tienen deterioro cognitivo no suficiente desde lo funcional como para rotular el diagnóstico de síndrome demencial. (18)

Los criterios de inclusión del deterioro cognitivo leve según Petersen son:

1. Queja de pérdida de memoria corroborada por un informante.
2. Deterioro de memoria en relación con los sujetos de la misma edad y nivel educacional del paciente.
3. Función cognitiva global normal.
4. Normalidad en actividades de vida diaria.
5. Ausencia de demencia.

La importancia de este síndrome radica en que cada año, entre el 8 y el 15% de aquellos sujetos que lo padecen, evolucionan hacia la enfermedad de Alzheimer, mientras que en la población general el pasaje en esta edad es sólo del 1 al 2%.

Los criterios diagnósticos, la población seleccionada, la heterogeneidad clínica y el atribuirle un origen etiológico probable (dirigido hacia la Enfermedad de Alzheimer) o un sentido sindromático (incluyendo varias enfermedades, Alzheimer, vascular, fronto-temporal, demencia por cuerpos de Lewy, Parkinson y aun envejecimiento normal) han generado una gran confusión en los últimos años en el diagnóstico y en consecuencia, en la determinación de la prevalencia, incidencia y porcentaje de conversión a demencia.

Diferentes autores ubican la presencia de deterioro cognitivo entre un 15 y 20%, en un estudio realizado en la Habana Cuba entre 1998 y 1999 se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo de un 9.4%, encontrándose el mayor porcentaje 33.3% en el grupo etario de 85 a 89 años, la afectación más frecuente fue en el sexo femenino con un 70.3% y predominando en nivel de escolaridad primaria con el 66.6%. (19)

El cuestionario de estado mental portátil de Pfeiffer, fue diseñado por Pfeiffer en 1975 como test de screening de deterioro cognitivo. Se encuentra validado por García-Moltalvo (España, 1992). (20)

Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4 –5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

Explora la: Memoria a corto plazo, Orientación, Información sobre hechos cotidianos, y la Capacidad de cálculo.

La Interpretación detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como el grado del mismo. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de la misma lo son.

Para población y nivel cultural medio se considera:

Normal de 0 a 2 errores.

Deterioro cognitivo Leve de 3 a 4 errores.

Deterioro cognitivo Moderado (Patológico) de 5 a 7 errores.

Deterioro cognitivo Importante de 8 a 10 errores.

Sus valores psicométricos arrojan valores bajos de sensibilidad en estudios realizados en la comunidad (S 34 – 48% y E 94- 95 %) y mejorando éstos en casos diagnosticados de grados moderados o severos de demencia.

Enfatiza mucho el lenguaje y la memoria y tiene una intensa orientación verbal. Por lo que en algunos tipos de déficit sensoriales o trastornos psiquiátricos (depresión) podría dar falsos positivos. A pesar de haber sido diseñado para screening, no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución del deterioro cognitivo.

Es un test muy rápido de administrar que no requiere especial entrenamiento, lo que lo hace muy indicado en los casos de sospecha de Deterioro Cognitivo en pacientes en consulta externa. Se ha mostrado especialmente útil en invidentes, personas de edad avanzada y analfabetos. Especialmente útil para screening en población general. (21)

Las Propiedades psicométricas como:

Fiabilidad: La fiabilidad test-retest oscila entre 0,82 y 0,85.

Validez: Los índices de correlación con otros instrumentos similares: son 0,76 al 0,88 con el Mental Status Questionnaire.

Sensibilidad: Según varios estudios recogidos por Del Ser la sensibilidad, varía del 68 al 82 % y la Especificidad del 92 al 96%.

### **I.8.- Situación del Adulto Mayor**

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población está sufriendo cambios significativos; entre éstos destaca el inicio del proceso de envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas.

En el último decenio, la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han hecho patente el fenómeno de envejecimiento poblacional a una proporción jamás alcanzada. Dicho envejecimiento poblacional se asocia generalmente a los países más industrializados de Europa y América del

norte, donde en muchos de ellos un 20% o más de la población tiene más de 60 años de edad. (22)

El proceso de envejecimiento presenta limitaciones funcionales, pérdida de autonomía y de independencia, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, las cuales plantean retos y preocupaciones de vital importancia tanto para quienes las viven como para los organismos gubernamentales y que llevan a preguntarse cuáles son las condiciones de vida y de salud de la población adulta mayor. (23)

A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras. (24)

En estos países, el aumento de personas adultos mayores ha provocado intensos debates públicos sobre temas como costos de seguridad social, atención de la salud, educación, etcétera; hoy en día, muchos países en desarrollo están experimentando cambios similares en la estructura por edad de la población y los gobiernos tienen ahora el reto de mejorar el bienestar financiero de sus ciudadanos de mayor edad.

### **I.9.- Situación del Adulto Mayor en México**

Actualmente México es un país de jóvenes, donde 50% de la población tiene 22 años o menos; no obstante, es necesario analizar las condiciones de vida y los principales problemas de las personas adultas mayores en el presente, con el objetivo de prever el perfil de demandas y necesidades de este grupo de población en los años por venir. (25)

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El DIF señala que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año y hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir de 2020.

Según el INEGI en el 2010 la población en el país es de 112,336,538 habitantes de los cuales el 8.3% corresponde a personas de 60 años y mas (Aproximadamente 9,323,933 habitantes), en el Estado de México corresponden 15,175,862 habitantes de los cuales el 6.7% corresponden a 60 años y mas (Aproximadamente 1,016,783 habitantes). (26)

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Actualmente hay 9.32 millones de ancianos en el país. En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al cuatro por ciento, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores; para el año 2050, con una población de 132 millones, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor.

La edad es un criterio arbitrario para acotar el envejecimiento, dado que el umbral de la vejez autopercibida o socialmente asignada muestra diferencias; sin embargo, se considera como adultos mayores a la población de 60 años o más, en concordancia con el criterio adoptado en la mayoría de las investigaciones sociodemográficas que versan sobre el tema y en pleno apego a la Ley de los derechos de las personas adultas mayores que rige en el país.

El envejecer es comúnmente una experiencia fisiológicamente de un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo. Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en los que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte. (27)

Los altos niveles de analfabetismo y el menor grado de instrucción alcanzado por las personas de 60 años o más ponen de manifiesto las menores oportunidades que tuvieron respecto a las generaciones más jóvenes para asistir a la escuela y completar su formación académica, todo lo cual tuvo lugar principalmente durante su infancia y juventud. Estos rasgos han representado un obstáculo para su desarrollo y realización personal, y en general para su bienestar.

La legislación mexicana establece que los adultos mayores tienen derecho a gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio, a desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir la protección que establecen las disposiciones legales de carácter laboral.

La vulnerabilidad social se relaciona con grupos específicos de población que se encuentran en situación de “riesgo social”, debido a factores propios de su ambiente doméstico o comunitario. Estos grupos son más propensos a experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros o a tener desempeños deficientes en esferas clave para la inserción social. Los individuos que conforman estos grupos comparten algún atributo básico común, como la edad, condición étnica o localización territorial, lo que se supone genera problemas similares. (28)

En este sentido, el grupo de adultos mayores presenta mayor “riesgo social” que resulta en parte inherente al avance de la edad y que se ve acentuada por las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud; por su mayor propensión a presentar limitaciones físicas o mentales, o por su condición étnica.

La representación social acerca del significado de calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él. Y, para la familia, es proporcionarle dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene. (29)

Por ley, la familia de la persona adulta mayor deberá cumplir con su función social de manera constante y permanente, de tal manera que deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, y es responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral. (30)

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **II.1.- Argumentación.**

En el estado de México el número aproximado de personas de 60 años y mas es de 1, 016,783 habitantes, lo cual es una población considerablemente importante y cuya atención por los servicios médicos de primera instancia son realizados por el primer nivel de atención, dentro del IMSS esta atención es realizada por el médico familiar, el cual atiende a la población de este sector derechohabiente; en la UMF 220, el número actual de personas mayores de 60 años registrados en la consulta externa en ambos turnos es 17,605 total.

El médico de Familia debe estar preparado para abordar el proceso de deterioro cognitivo de una forma integral, yendo más allá del proceso puramente medico y abarcar la evaluación de las características familiares en que se desenvuelven los pacientes mayores de 60 años ya que el deterioro cognitivo puede repercutir en la dinámica familiar ya que este proceso de envejecimiento por si solo tiene repercusiones tanto psicológicos, sociales, económicos y familiares por sí mismo.

Lo anterior nos lleva a plantear la siguiente pregunta:

### **II.2.- Pregunta de Investigación.**

¿Cuáles son las características familiares y el deterioro cognitivo en pacientes mayores de 60 años, que acuden a la UMF 220 Toluca 2012?

### **III. JUSTIFICACIONES.**

#### **III.1 Académica.**

El personal médico en formación, que cursa un proceso de posgrado deberá contar con los conocimientos académicos necesarios para valorar las características familiares de cada paciente, dentro de estos el grupo de adultos mayores en forma individualizada, y correlacionar los trastornos de la memoria asociados al envejecimiento para determinar las posibilidades de complicaciones y poner un énfasis especial en el seguimiento del control de este tipo de pacientes, la información que se otorga a la familia, y la creación de redes de apoyo como parte de la atención integral que debe brindar como actor principal y líder del primer nivel de atención.

#### **III.2 Científica.**

El médico de Familia debe estar preparado para abordar el proceso de envejecimiento como tal, conocer todos u cada uno de los cambios fisiológicos generados por el envejecimiento así como el conocimiento de de las principales patologías que aquejan a esta población ya que es su deber el fomentar la salud, prevenir enfermedades, tratar las enfermedades, y en su caso brindar consuelo ante las enfermedades terminales en este grupo de edad.

El Médico Familiar debe conocer los trastornos mnésicos asociados al envejecimiento dentro del cual el Deterioro Cognitivo juega un papel fundamental ya que este puede ser detectado en consulta y algunos autores refieren que un 70% de los pacientes con este padecimiento puede desarrollar demencia en los siguientes 7 años. Los trastornos de la memoria asociados al envejecimiento pueden, incluso, afectar a las actividades corrientes de la vida diaria y verse reflejados en la dinámica familiar.

#### **III.3 Social.**

El médico familiar como principal actor del primer nivel de atención debe estar siempre interesado en la situación biopsicosocial en la que se desenvuelve el paciente adulto mayor, con el objetivo de intervenir de manera positiva en el problema y modificar en la medida de lo posible el resultado final de los procesos de deterioro cognitivo, mejorando su entorno familiar y creando redes de apoyo que disminuyan el riesgo de complicaciones lo que se traducirá en una mejor dinámica familiar en pro del apoyo del adulto mayor, lo anterior basado en la realidad que demuestran estudios psicodinámicos los cuales han determinado que los pacientes de estas edades manifiesta una especie de “regresión emocional” , con una tendencia a ser más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas y necesita de un mayor apoyo emocional de quienes los rodean, por desgracia muchos pacientes sobre todo de ambientes urbanos, no cuentan con esta red de apoyo por lo que se encuentran más aislados y tienen que enfrentar todos estos cambios y ajustes solos; el presente estudio tiene como objetivo el conocer las características del entorno familiar de los adultos mayores así como el deterioro cognitivo de aquellos que acuden a la UMF 220 en de Toluca en el Estado de México, en ambos turnos, en aras de detectar las características familiares que puedan provocar alteraciones en la

dinámica familiar y el deterioro cognitivo del adulto mayor, ya que la detección de estas características familiares, servirán para la creación de redes sociales de apoyo que permitirán mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

#### **III.4 Económica.**

Debido a que en el último decenio, la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han hecho patente el fenómeno de envejecimiento poblacional a una proporción jamás alcanzada y que esto se traduce en previsiones de que, uno de cada cuatro personas para el 2050 se tratará de una persona de 60 años y más. En México se debe priorizar la planificación en la atención médica para este grupo de la población ya que se debe priorizar la prevención y detección oportuna de las diversas patologías a las que esta población puede ser susceptible, proporcionado así la atención adecuada al grupo de adultos mayores ya que estos presentan mayor “riesgo social” que resulta en parte inherente al avance de la edad y que se ve acentuada por las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud.

## **IV. HIPÓTESIS**

### **IV.1 Elementos de la hipótesis.**

Las características familiares que se presentan más frecuentemente en adultos mayores con deterioro cognitivo son de tipo nuclear, moderna y en fase de contracción, y el grado de deterioro cognitivo leve es el predominante.

#### **IV.1.1 Unidades de Observación.**

Adultos mayores con deterioro cognitivo que acuden a la UMF 220 Toluca 2012

#### **IV.1.2 Variables.**

##### **IV.1.2.1 Dependiente.**

Características Familiares

##### **IV.1.2.2 Independientes.**

Deterioro Cognitivo

#### **IV.1.3 Elementos lógicos de relación.**

Las, que, se, presentan, más, frecuentemente, en, con, son, de, y, el, grado, de, es, el, predominante

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1.-General.**

- Conocer las características familiares y el deterioro cognitivo en pacientes mayores de 60 años que acuden a la UMF 220 IMSS Toluca 2012.

### **V.2 Específicos.**

- Identificar el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor.
- Identificar la etapa del ciclo vital familiar en pacientes mayores de 60 años con deterioro cognitivo.
- Identificar el grupo por género más afectado.
- Identificar el rango por edad más afectado.
- Identificar la escolaridad más frecuente entre los adultos mayores con deterioro cognitivo que acuden a la UMF.

## **VI. MÉTODO.**

### **VI.1 Tipo de estudio.**

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

### **VI.2 Diseño del estudio.**

Se realizó una recolección de información como edad, sexo, escolaridad, se aplicaron 2 cuestionarios, el primero para determinar las características familiares y etapa del ciclo Vital Familiar y el segundo un test para valorar Deterioro Cognitivo.

### VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Características familiares	Descripción de las características propias de cada familia, de acuerdo a su estructura, etapa del ciclo vital y desarrollo social.	Características particulares que presenta la familia	Composición etapa y desarrollo	Estructura Desarrollo social.	Cualitativo
Etapas del ciclo vital familiar	Curso de un desarrollo de varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de un miembro del núcleo familiar	Identifica la etapa del ciclo vital familiar en la cual se encuentra en el núcleo familiar	I. Formación II. Extensión III. Extensión IV. Contracción V. Contracción completa VI. Disolución	Etapas de ciclo vital familiar según las OMS	Cualitativa
Deterioro Cognitivo	Deterioro de memoria asociado a la edad, no suficiente desde lo funcional como para rotular el diagnóstico de síndrome demencial.	Explora la: Memoria a corto plazo, Orientación, Información sobre hechos cotidianos, y la Capacidad de cálculo.	Test de Pfeiffer	Normal Deterioro cognitivo Leve Deterioro cognitivo Moderado (Patológico) Deterioro cognitivo Importante	Cualitativo

Variable Demográfica:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	ITEM	Escala de medición	Tipo de variable
Edad	El tiempo cronológico desde el día de nacimiento hasta la actualidad.	Calificado en números naturales	¿Cuál es su edad en años cumplidos ?	60-70 años 71-80 años 81-90 años >91 años	Cuantitativa intervalo
Género	Característica física al nacimiento	Masculino y Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Cualitativo
Escolaridad	Años escolares cursados	Grado escolar completado	Escolaridad	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Profesionalista, Maestría y Doctorado	Cualitativa

#### **VI.4 Universo de Trabajo**

Pacientes Adultos Mayores con deterioro cognitivo de ambos géneros que acudieron a la consulta externa del turno matutino y vespertino.

##### **VI.4.1 Criterios de inclusión.**

Pacientes de 60 años o más que son derechohabientes vigentes de la UMF 220, y que aceptaron participar en el estudio

##### **VI.4.2 Criterios de exclusión.**

NO INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico previo de enfermedad Demencial tipo Alzheimer.
- Pacientes con enfermedades neurológicas o psiquiátricas que impidieron las respuestas correctas del cuestionario.
- Que contaron con alguna discapacidad que impedía las repuestas del cuestionario.

##### **VI.4.3 Criterios de eliminación.**

Que no terminaron de responder el cuestionario de forma adecuada

## **VI.5. Instrumento de Investigación.**

### **VI.5.1 Descripción.**

Consta de un cuestionario en donde se recopilan los datos generales del paciente, como edad, género y escolaridad. Así como 2 cuestionarios, el primero para determinar las características familiares y etapa del ciclo Vital Familiar según OMS y el segundo un cuestionario de estado mental portátil de Pfeiffer

### **VI.5.2 Validación.**

Test de etapa del ciclo vital familiar según la OMS en donde se evalúan 6 etapas las cuales son: I. Formación, II. Extensión, III. Extensión completa, IV. Contracción, V. Contracción completa y VI. Disolución.

El diseñado como test de screening de deterioro cognitivo, validado por García-Montalvo en España 1992, el cual consta de 10 reactivos catalogando como normal y deterioro cognitivo leve, moderado y importante.

### **VI.5.3 Aplicación.**

Se aplicaron cuestionarios por parte del investigador en el aula número 3 localizada a un costado de la dirección de la UMF 220

## **VI.6 Desarrollo del proyecto.**

Una vez que este estudio fue aprobado por el comité local de investigación de este hospital, previo consentimiento informado, en donde se especifica su participación libre y voluntaria, así como la confiabilidad de los datos obtenidos, se aplico 1 cuestionario por paciente, el investigador lo aplico en forma directa.

Una vez obtenida esta información se procedió a la interpretación de datos, análisis estadístico de media, moda y mediana, graficando dichos resultados mediante el programa Excel 2007.

## **VI.7 Límite de espacio.**

Unidad de Medicina Familiar No. 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social Toluca Estado de México.

Área de consulta externa de Medicina Familiar para captación de pacientes y aula 3 de medicina preventiva para la aplicación de encuestas.

## **VI.8 Límite de tiempo.**

Se realizó en un periodo del 2011 al 2012

### **VI.9 Diseño de análisis.**

Una vez obtenida la información de las encuestas aplicadas a los adultos mayores, se clasificó y tabuló con elaboración de cuadros y gráficas, con un análisis estadístico descriptivo, así como con el conocimiento del porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo.

El análisis estadístico pretende resumir la información de la muestra para poder tener así un mejor conocimiento de la población.

Se realizó mediante los resultados obtenidos de la encuesta aplicada con datos de ficha de identificación, test de características familiares, Etapas del ciclo vital familiar según la OMS y Test de Pfeiffer, su análisis final se realizó por medio del programa Excel 2007.

## **VII IMPLICACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se apeg a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que ha promulgado como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales.

## VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

M.C. Carlos Ramírez Muñoz

Director de tesis:

E.M.F. María Emiliana Avilés Sánchez

## IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados:

Se estudiaron un total de 376 pacientes Adultos Mayores derechohabientes de la UMF 220, Obteniéndose los siguientes resultados:

En las características familiares de los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo prevalecen las familias tradicionales con un 52.08% contra las Modernas con un 47.92%, así como respecto a su composición prevalece la Nuclear Simple con un 47.92%, seguida de la Monoparental con un 22.92%, nuclear con 20.83% y por último la Monoparental extendida con un 8.33%.

(Tabla 1 y Gráfica 1)

(Tabla 2 y Gráfica 2)

El numero de Adultos Mayores que presentan algún grado de deterioro cognitivo es de 48 (12.76%), de los cuales 40 (10.64%) presentan un grado de deterioro cognitivo leve y 8 (2.13%) presenta un grado moderado.

(Tabla 3 y Gráfica 3)

La etapa del ciclo vital familiar según la OMS prevalente en los adultos mayores con deterioro cognitivo es la etapa VI. Contracción con un 75% seguida de la V. Contracción completada con un 18.75%, y la III. Extensión completa con el 6.25%.

(Tabla 4 y Gráfica 4)

El grupo por género más afectado de los adultos mayores con deterioro cognitivo es el de las mujeres con un 67% en contra de un 33% de los hombres.

(Tabla 5 y Gráfica 5)

(Tabla 6 y Gráfica 6)

El grupo por edad más afectado de los adultos mayores con deterioro cognitivo es el de 71-80 años con el 52.08%, seguido del 81-90años con el 27.08% y por ultimo de 60-70 años con 20.83%.

(Tabla 7 y Gráfica 7)

La Escolaridad más frecuente entre los adultos mayores con deterioro cognitivo es la Educación primaria con el 66.66% seguida de la secundaria con un 18.75% y por último el grupo de adultos mayores analfabetas con el 14.58%.

(Tabla 8 y Gráfica 8)

### Discusión:

La situación del adulto mayor a nivel mundial está cambiando, el mundo se prepara para los cambios demográficos, sin duda en nuestro país no debe ser la excepción, el entendimiento y la comprensión del proceso geriátrico, el cual comúnmente debe ser una experiencia fisiológica de un progresivo decline de funciones orgánicas y psicológicas siendo diferentes en los individuos. Según el Instituto nacional de geografía estadística e informática del año 2010, derivado de la transición demográfica las familias mexicanas han sufrido cambios considerables en sus características entre las más importantes se describen el tamaño y composición de los hogares, el aumento de la esperanza de vida ha propiciado que en los hogares convivan con personas que pertenecen a varias generaciones, en cuanto al tamaño los hogares mexicanos en la actualidad han venido delineando un nuevo perfil con cinco tendencias principales: reducción de su tamaño, coexistencia de diversos arreglos residenciales, aumento de los hogares encabezados por mujeres, incremento de la presencia del adulto mayor en los hogares y responsabilidad económica más equilibrada entre hombres y mujeres.

Todos estos cambios repercuten sin duda en los adultos mayores, las características familiares se modifican según los factores mencionados, la interrelación de los miembros del núcleo familiar cambian, muestra de ello es que el predominio de las características familiares en adultos con deterioro cognitivo prevalecen el tipo de desarrollo tradicional así como según su composición predominante el nuclear simple, encontrándose la mayoría de estos pacientes en una etapa del ciclo familiar de Contracción según la OMS.

Según diferentes autores ubican la presencia de deterioro cognitivo entre un 15 y 20%, en un estudio realizado en la Habana Cuba entre 1998 y 1999 se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo de un 9.4%, en el presente estudio encontramos en nuestra población la cifra de un 12.76%, en dicho estudio se refiere encontrándose el mayor porcentaje 33.3% en el grupo etario de 85 a 89 años, en nuestro estudio se encuentra por grupo de edad el de 71-80 años con el 52.08% y en la afectación más frecuente fue en el sexo femenino con un 70.3% en contra de un 66.66% en nuestra población, es importante mencionar también las coincidencias ya que el estudio comentado reporta el nivel de escolaridad primario con el 66.6%, y en los datos obtenidos se representa también un 66.66% en el presente estudio.

## X.- CUADROS Y GRÁFICOS

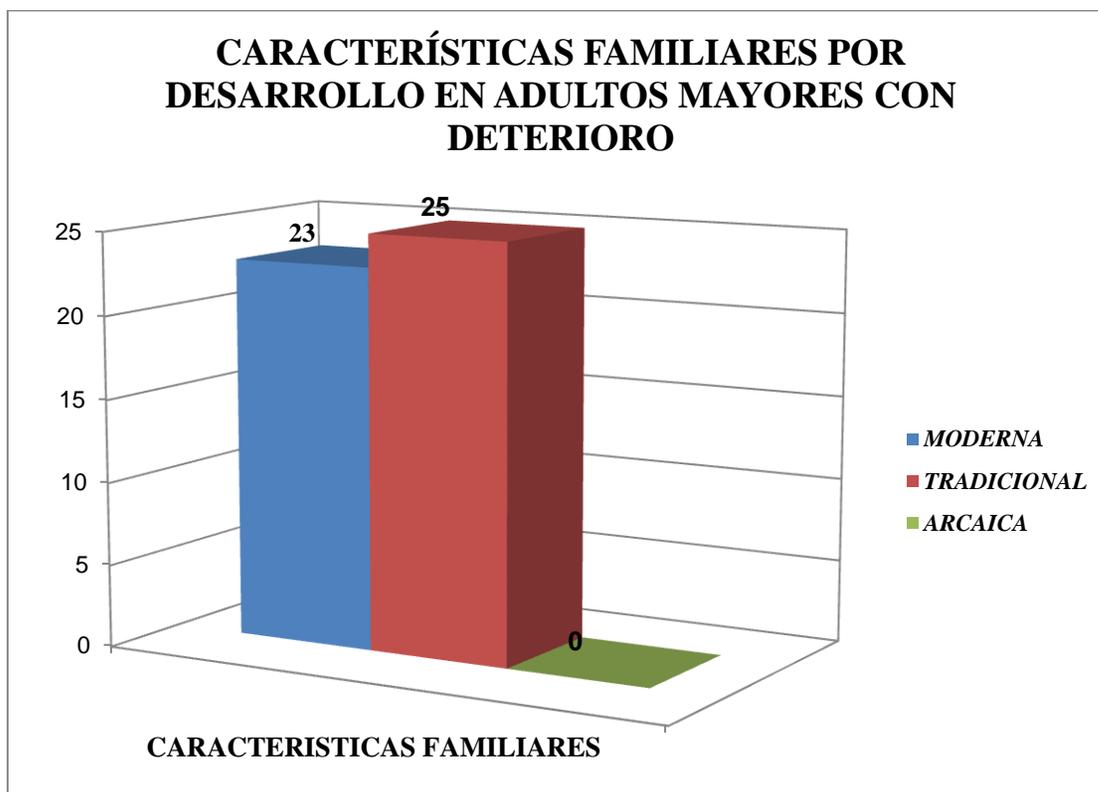
### IX.1 TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Características por desarrollo en adultos mayores con deterioro cognitivo

CARACTERÍSTICAS POR DESARROLLO	ADULTOS MAYORES CON DETERIORO	PORCENTAJE
<i>MODERNA</i>	23	48%
<i>TRADICIONAL</i>	25	52%
<i>ARCAICA</i>	0	0%

Fuente cuestionario de características familiares

Gráfica 1. Características por desarrollo en adultos mayores con deterioro cognitivo



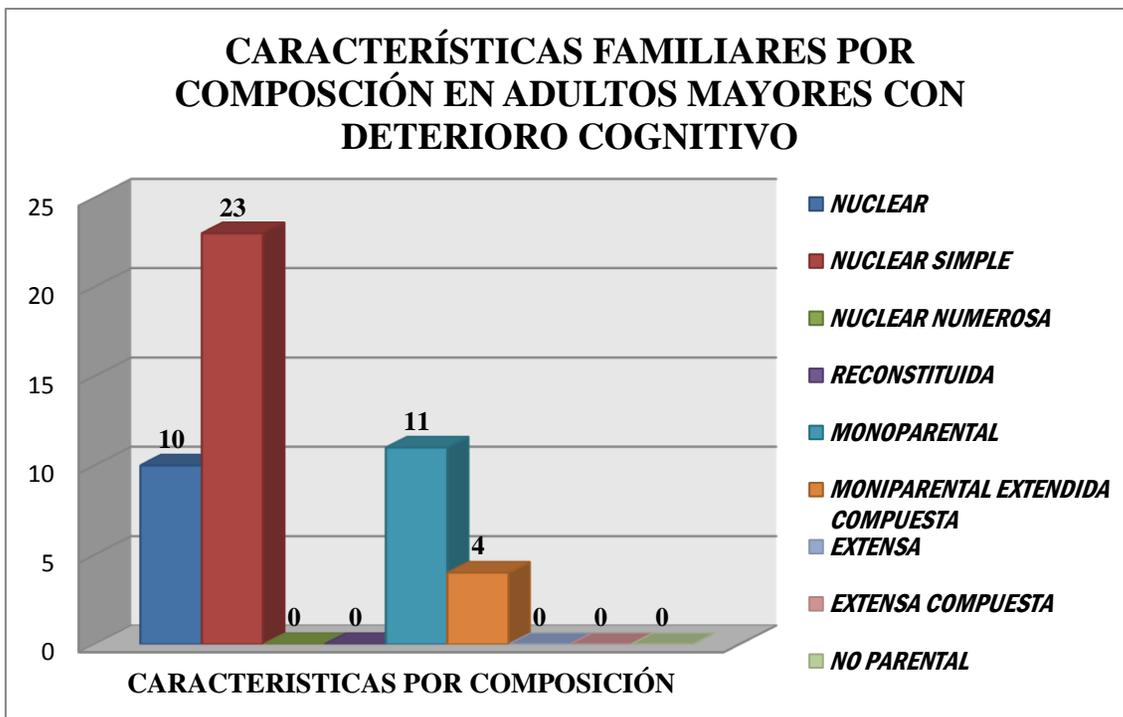
Fuente Tabla 1

Tabla 2. Características familiares por composición en adultos mayores con deterioro cognitivo

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES POR COMPOSICIÓN	ADULTOS MAYORES CON DETERIORO	PORCENTAJE
<i>NUCLEAR</i>	10	21%
<i>NUCLEAR SIMPLE</i>	23	48%
<i>NUCLEAR NUMEROSA</i>	0	0%
<i>RECONSTITUIDA</i>	0	0%
<i>MONOPARENTAL</i>	11	23%
<i>MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA</i>	4	8%
<i>EXTENSA</i>	0	0%
<i>EXTENSA COMPUESTA</i>	0	0%
<i>NO PARENTAL</i>	0	0%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente cuestionario de características familiares

Gráfica 2. Características familiares por composición en adultos mayores con deterioro cognitivo



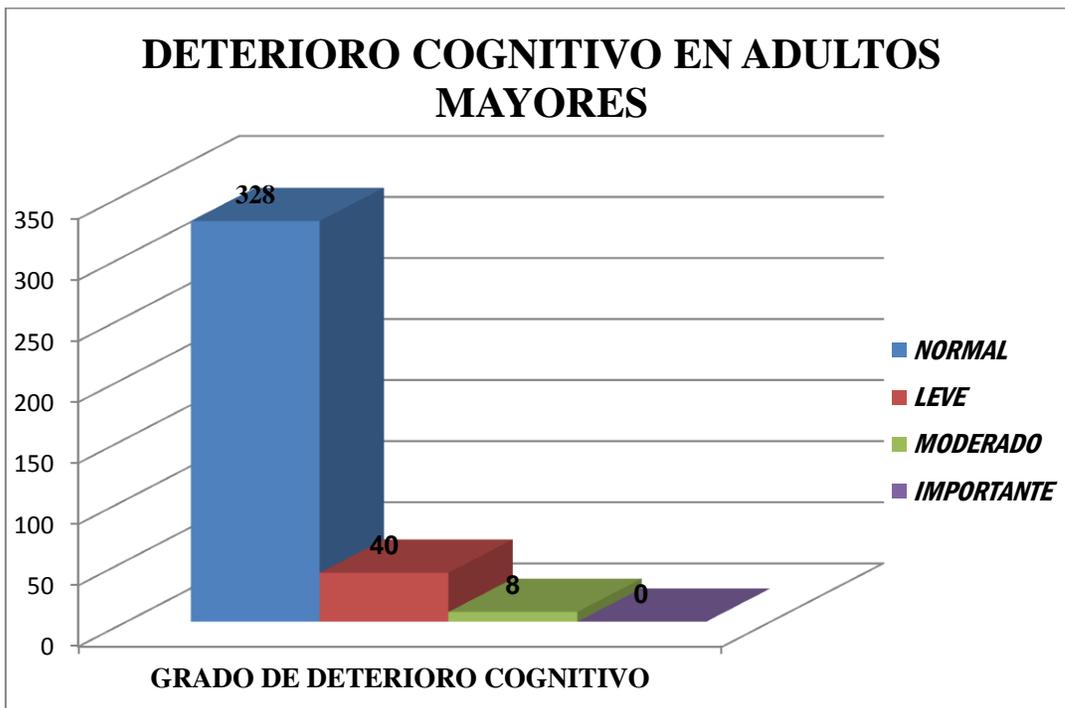
Fuente Tabla 2

Tabla 3. Grado de deterioro cognitivo en adultos mayores del total de la población estudiada

<b>GRADO DE DETERIORO COGNITIVO</b>	<b>ADULTOS MAYORES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<i>NORMAL</i>	328	87.23%
<i>LEVE</i>	40	10.64%
<i>MODERADO</i>	8	2.13%
<i>IMPORTANTE</i>	0	0%
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100%</b>

Fuente. Cuestionario de Pfeiffer.

Gráfica 3. Grado de deterioro cognitivo en adultos mayores del total de la población estudiada



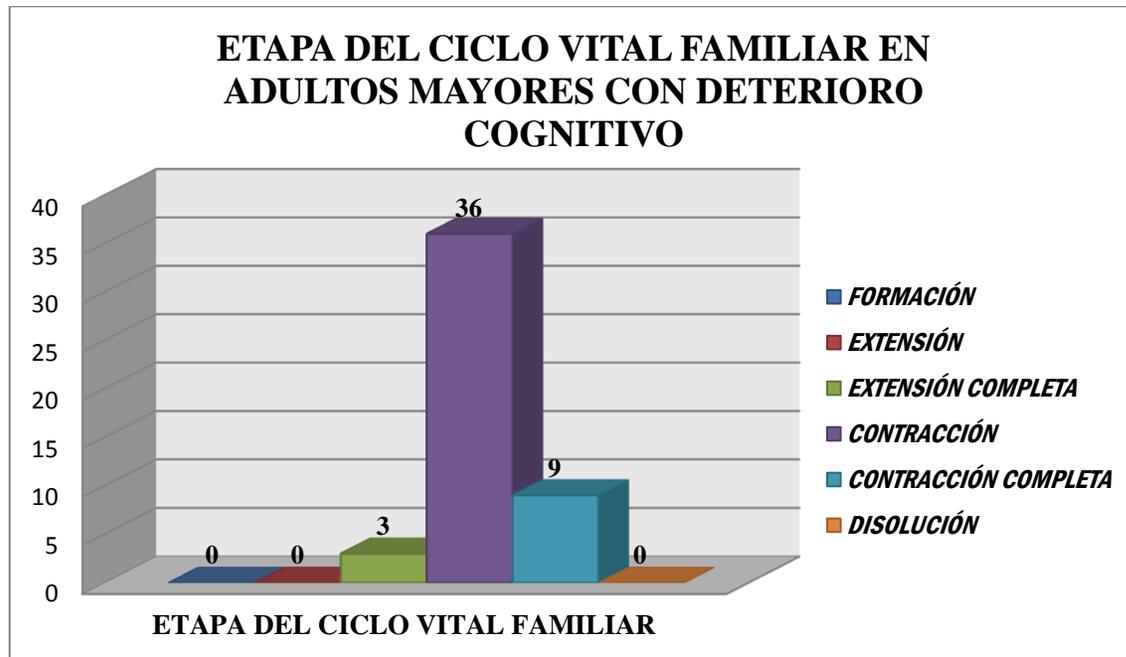
Fuente Tabla 3

Tabla 4. Etapa del ciclo vital familiar en adultos mayores con deterioro cognitivo

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO	PORCENTAJE
<i>FORMACIÓN</i>	0	0%
<i>EXTENSIÓN</i>	0	0%
<i>EXTENSIÓN COMPLETA</i>	3	6%
<i>CONTRACCIÓN</i>	36	75%
<i>CONTRACCIÓN COMPLETA</i>	9	19%
<i>DISOLUCIÓN</i>	0	0%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente cuestionario de características familiares

Gráfica 4. Etapa del ciclo vital familiar en adultos mayores con deterioro cognitivo



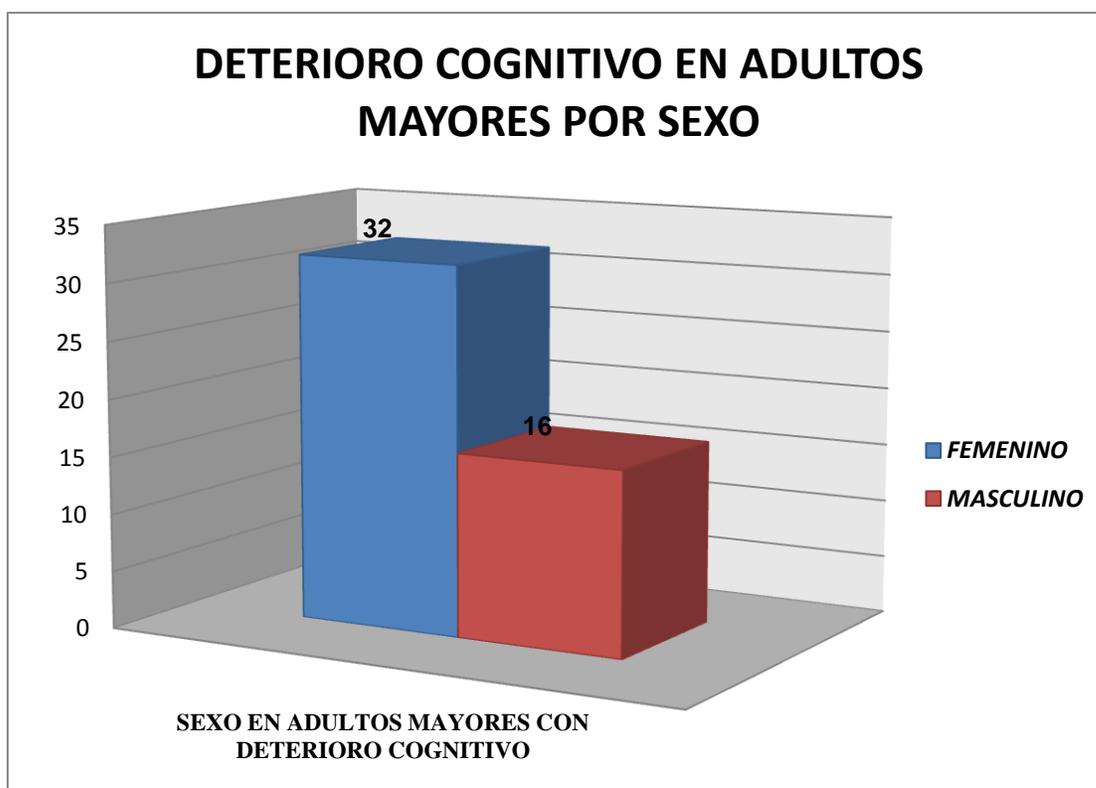
Fuente tabla 4

Tabla 5. Deterioro cognitivo en adultos mayores por sexo

SEXO	ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO	PORCENTAJE
<i>FEMENINO</i>	32	67%
<i>MASCULINO</i>	16	33%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente Ficha de Identificación

Gráfica 5. Deterioro cognitivo en adultos mayores por sexo



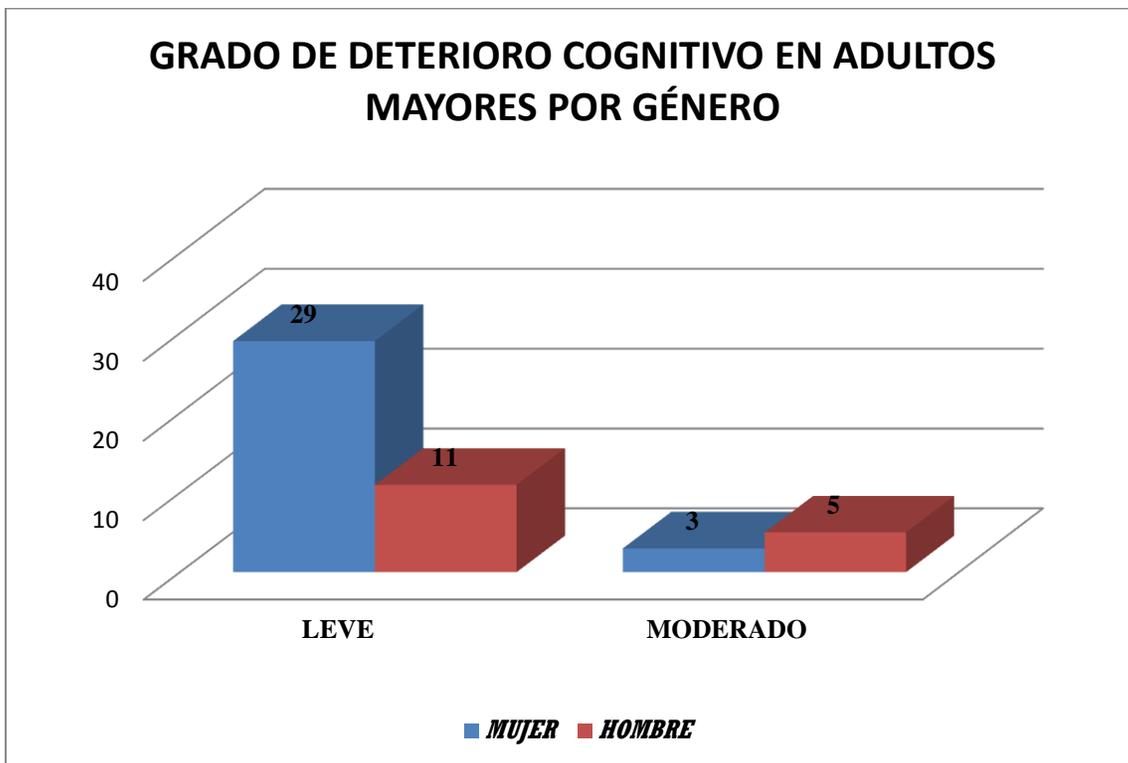
Fuente Tabla 5

Tabla 6. Grado de deterioro cognitivo en adultos mayores por género

<b>GRADO DE DETERIORO COGNITIVO</b>	<b>MUJER</b>	<b>HOMBRE</b>
<i>LEVE</i>	29	11
<i>MODERADO</i>	3	5
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>16</b>

Fuente Ficha de Identificación

Gráfica 6. Deterioro cognitivo en adultos mayores por género



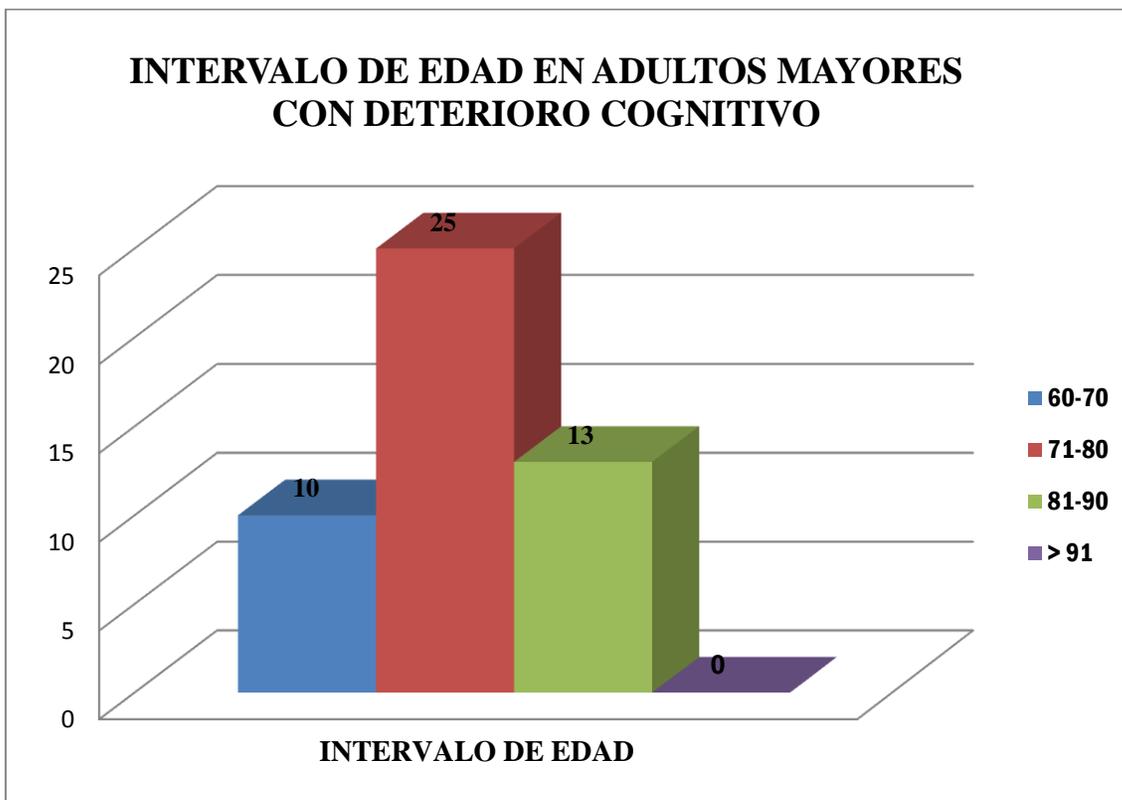
Fuente Tabla 6

Tabla 7. Intervalo de edad en adultos mayores con deterioro cognitivo

INTERVALO DE EDAD	ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO	PORCENTAJE
60-70	10	21%
71-80	25	52%
81-90	13	27%
> 91	0	0%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente Ficha de Identificación

Gráfica 7. Intervalo de edad en adultos mayores con deterioro cognitivo



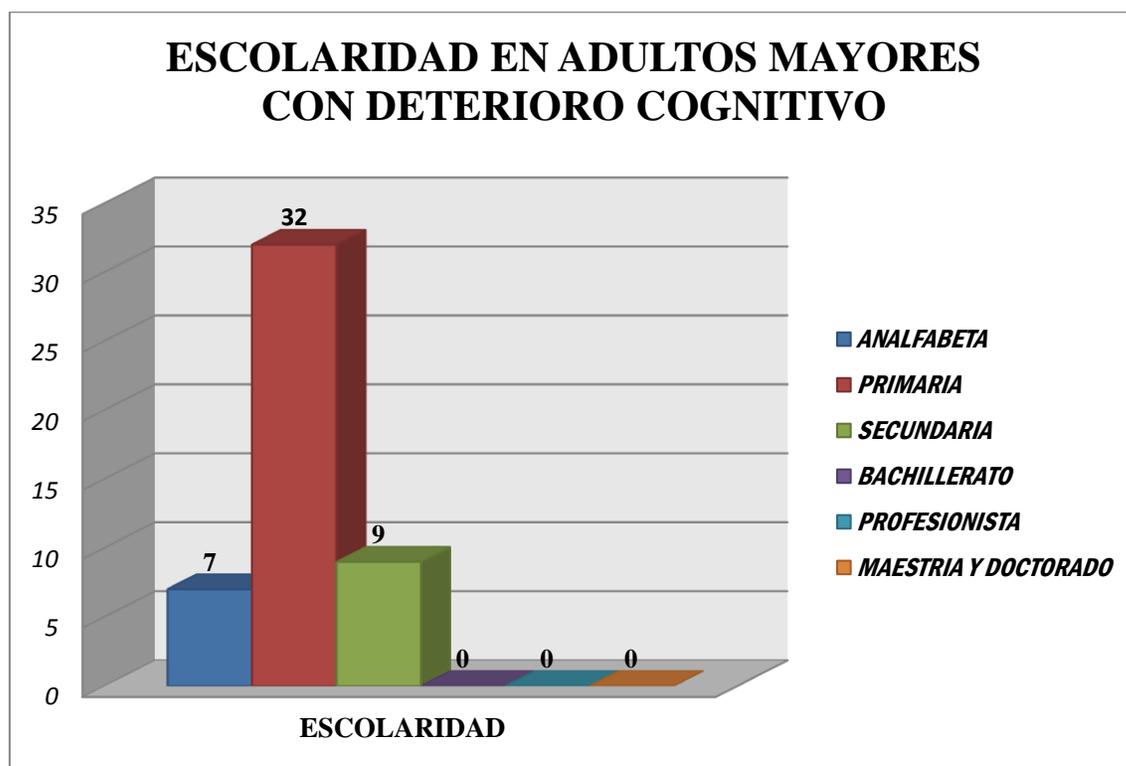
Fuente Tabla 7

Tabla 8. Escolaridad en adultos mayores con deterioro cognitivo

ESCOLARIDAD	ADULTOS MAYORES CON DETERIORO	PORCENTAJE
<i>ANALFABETA</i>	7	14%
<i>PRIMARIA</i>	32	67%
<i>SECUNDARIA</i>	9	19%
<i>BACHILLERATO</i>	0	0%
<i>PROFESIONISTA</i>	0	0%
<i>MAESTRIA Y DOCTORADO</i>	0	0%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente Ficha de Identificación

Gráfica 8. Escolaridad en adultos mayores con deterioro cognitivo



Fuente Tabla 8

## **XI.- CONCLUSIONES**

La situación del adulto mayor en México al igual que el resto del mundo se modifica es urgente la planeación y la capacitación de profesionistas de la salud encargados del manejo de este grupo de la población, los cambios en la pirámide poblacional se ven reflejados incluso en los reportes de los cambios estructurales y por ende de las características familiares, esto puede mejorar la interrelación de los miembros del núcleo familiar, servirán para la creación de redes sociales de apoyo que permitirán mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

El justificar la necesidad de identificar precozmente el deterioro cognitivo es importante, tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del adulto mayor, el máximo tiempo posible, implementando distintas medidas de reforzamiento y ejercicio de dichas funciones, para así retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida.

El presente estudio comprueba parcialmente la hipótesis planteada ya que dentro de las características familiares en los adultos mayores con deterioro cognitivo, el porcentaje de tipo nuclear es de 20.83% teniendo una mayor prevalencia el de tipo nuclear simple con un 48%, siendo cumplidas las demás premisas planteadas.

## XII.- RECOMENDACIONES

Es importante que el personal médico de primer contacto ponga especial atención al interrogatorio, exploración y seguimiento del adulto mayor así como buscar intencionadamente la detección de alteraciones a nivel de Deterioro cognitivo, dar seguimiento adecuado a este grupo de pacientes e involucrar a su familia en la importancia de la salud ya que en la mayoría de los casos en adulto mayor que acude a solicitar consulta por cualquier causa lo hace solo o acompañado de su pareja que generalmente es otro adulto mayor y desafortunadamente en la mayoría de los casos los demás miembros de la familia no se involucran en esta problemática tan importante.

Se debe conocer la dinámica familiar de los pacientes para determinar, primero si cuenta con una familia y conocer las características generales de esta lo que nos ayudaría a orientarnos sobre que tanto apoyo recibirán en caso de presentar un deterioro cognitivo, ya que es de suma importancia que los miembros de su núcleo familiar se involucren en la participación de sus actividades diarias para así disminuir el riesgo de complicaciones tales como accidentes, aparición de nuevas patologías como depresión, entre otras.

El médico familiar una vez que ha identificado a este grupo de pacientes debe apoyarse en los integrantes del equipo multidisciplinario de primer nivel y realizar un manejo conjunto con los servicios de estomatología, nutrición, trabajo social, psicología u otras especialidades si así lo requiere el caso, para el manejo integral del adulto mayor.

Crear grupos de autoayuda para pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado, en donde se desarrollen practicas como; ejercicios de memoria, orientación sobre su enfermedad, las complicaciones que pudieran surgir, involucrando a los miembros del núcleo familiar en la participación del mismo.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Colegio Mexicano de Medicina familiar, AC PAC Medicina Familiar Tomo 1 1999 1ra edición. Editorial intersistemas.
- 2.- Rivero O, Antecedentes históricos de la medicina familiar. *Mediciego*, 2010; 16 (2): 5-26
- 3.- Guerra R, La Familia y su Futuro en México, Foro México más allá del 2006, México 2005
- 4.- Louro I, Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial ciencias médicas. 2002; vol. 2 p13-31
- 5.- Anzures R, Medicina familiar. Primera edición. Editorial Corinter. México 2008.
- 6.- González C, Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los andes .*Revista de Facultad de Medicina (Chile)*. 2005; 12; 1(4): 26-30
- 7.- Valdivia C, La Familia: concepto, cambios y nuevos modelos, *La Revue du REDIF*, 2008, 1, pp. 156-22.
- 8.- Documento del Departamento de Educación e Investigación médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 Delegación Estado de México Oriente IMSS.
- 9.- Suarez M, El Médico Familiar y la atención a la familia. *Rev. Pac. Medicina Familiar*. 2006, 3 (4) 95-100.
- 10.- González B, Reflexiones acerca de la Salud Familiar. *Rev Cub de Medicina General Integral*. 2006;16(5):508-512.
- 11.- Gómez F, Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar, *Arch Med Fam* 1999; 1(2); 45-57.
- 12.- Varela L, Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev Soc Per Med Inter*. 2004; 17(2): 37-42
- 13.- Casanova P, Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev Cubana Gen Integr*. 2004; 12 20(5):1-16
- 14.- Tárraga LI, Volver a empezar, Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glosa Ediciones. 2006; vol 1 p.11-16
- 15.- Coria F, Trastornos de la memoria en la ancianidad: ¿un síntoma inicial de la enfermedad de Alzheimer?, *Medicine*, 1994; 6: 26-34.
16. - Harris P, Deterioro cognitivo leve: en búsqueda de la predemencia. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2001; 47: 11-20.

- 17.- Pérez V, El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integr, 2005; 21(1):1-2.
- 18.- Rocha G, Demencia Senil. Revista Pacheña de Medicina Familiar, 2006; 43(4): 58-61.
- 19.- Gómez N, Caracterización Clínica de Pacientes con Deterioro Cognitivo. Rev Cubana Med 2003; 42 (1); 12-17
- 20.- Serrano C, Deterioro Cognitivo Leve. Encuestas sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas. MEDICINA (Buenos Aires), 2007; 67: 19-25.
- 21.- Duch F, Psicometría del deterioro cognitivo (II). semergen, 2009; 25(6): 508-519.
- 22.- Varela L, Principios de Geriatria y Gerontología. 1ra Edición. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia;2003:1-5.
- 23.- Cardona D, Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de medellín. Biomédica(Colombia) 2006; 06 26(005): 206-215
- 24.- Ruiz L, Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2008; 07 25(4): 374-79.
- 25.- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Los adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Aguascalientes, México; INEGI; 2005.
- 26.- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [base de datos en línea]. México: INEGI; 2010[Fecha de acceso 19 de febrero 2012]. URL disponible en:<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=15>
- 27.- Megret A, Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enfermer, 2002; 18(1): 43-49.
- 28.- Varela L, Funcionalidad en el Adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered, 2005; 16 (3), 165-171.
- 29.- Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. AnFacMed Lima. 2007; 09 68(3): 284-290
- 30.- Naciones Unidas. Documento Introdutorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Consideraciones Demográficas. Viena: Naciones Unidas - Asamblea sobre envejecimiento; 1982.

## XIV. ANEXOS

### ANEXO I. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN**  
**Y POLITICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	CARACTERISTICAS FAMILIARES Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS, QUE ACUDEN A LA UMF 220 TOLUCA 2012
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	TOLUCA DE LERDO, ESTADO DE MEXICO A / /2012
Número de registro:	2012/1502/006
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER LAS CARACTERISTICAS FAMILIARES Y EL GRADO DE DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE ACUDEN A LA UMF 220 TOLUCA 2012
Procedimientos:	ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	DETECCION DEL GRADO DE DETERIORO COGNITIVO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	DETECCION DEL GRADO DE DETERIORO COGNITIVO Y EN SU CASO DERIVACIÓN Y MANEJO POR EL SERVICIO CORRESPONDIENTE DE SER REQUERIDO
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE RESULTADO
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	CARLOS RAMIREZ MUÑOZ
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

**CARLOS RAMÍREZ MUÑOZ**

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

## ANEXO II. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEG. SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 1.-EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO): \_\_\_\_\_  
 2.-SEXO: 0. FEMENINO                      1. MASCULINO  
 3.-ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
**MARQUE CON ( X ) SEGÚN SEA EL CASO**

Según Desarrollo		Por su composición	CARACTERISTICAS	
Moderna		Nuclear	Hombre y mujer sin hijos	
Tradicional		Nuclear simple	Padre y madre con 1-3 hijos	
Arcaica		Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o mas	
<b>Según Demografía</b>		Reconstruida (binuclear)	Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior.	
Rural		Monoparental	Padre o madre con hijos	
Suburbana		Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco	
Urbana		Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco	
<b>Según su Integración</b>		Extensa compuesta	Padre y madre con hijos más otras personas con y sin parentesco	
Integrada		No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres ( ejemplo tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos )	
Semi-integrada				
Desintegrada				
<b>Por su Ocupación</b>		<b>Etapas del ciclo Vital Familiar según OMS</b>		
Profesionista		<b>ETAPA</b>	<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>
Comerciante		I. Formación	Matrimonio	El Nacimiento del primer hijo
Campesina		II. Extensión	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo
Obrera		III. Extensión completa	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
<b>Por sus Complicaciones</b>		IV. Contracción	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
Interrumpida		V. Contracción completa	Último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
Contraída		VI. Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente
Reconstituida				

TEST DE PFEIFFER	
Ítems	Errores
¿Qué día es hoy?-día,mes,año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su n° de teléfono?	
¿Cuál es su dirección?-preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento?-día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	