

EVALUACION DE UN TEST CORTO PARA DETERMINAR EL ESTADO MENTAL DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

Estudio prospectivo efectuado en personas mayores de 60 años
que consultaron la Clínica de Psiquiatría del IGSS, durante
el periodo comprendido del 10 de Enero al 10 de Marzo de 1996



ALFONSO EDILBERTO DIAZ GOMEZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	MARCO TEORICO	5
VI	METODOLOGIA	13
VII	GRAFICA DE GANTT	18
VIII	PRESENTACION DE RESULTADOS	19
IX	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	27
X	CONCLUSIONES	30
XI	RECOMENDACIONES	31
XII	RESUMEN	32
XIII	BIBLIOGRAFIA	33
XIV	ANEXO	35

I. INTRODUCCION

La Demencia se caracteriza por una disminución de capacidades intelectuales, la cual puede ser lo suficientemente grave como para alterar el rendimiento social, ocupacional o amoroso (5 y 6). Por tanto la Demencia es una carga desde el punto de vista económico y social para los familiares de los pacientes.

Carecemos de una sistematización para evaluar el estado mental de todo paciente que consulta a la clínica médica, sobre todo pacientes de edad avanzada, que en su edad es más frecuente la Demencia.

El presente estudio se realizó en pacientes ancianos con demencia quienes hasta la fecha en Guatemala no se le ha prestado la atención necesaria. La población de estudio se obtuvo de pacientes que consultaron la Clínica de Psiquiatría del Hospital General de San Carlos durante los meses de enero, febrero y marzo de 1996. Se procedió a aplicar un Test Corto para determinar el Estado Mental en 14 dementes y 46 no dementes y de esta manera poder determinar el grado de Sensibilidad y Especificidad de la prueba para diagnosticar Demencia.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La demencia es un síndrome cerebral orgánica, caracterizado por una disminución adquirida de las capacidades intelectuales, suficientemente grave como para alterar el rendimiento social, ocupacional o ambos (5 y 6).

Generalmente se presenta en personas por arriba del los 60 años de edad y es poco común que se inicie antes de los 40 (5). Los factores psicosociales determinan la gravedad de la demencia, y posiblemente su comienzo así como también, la personalidad, inteligencia y educación (9). El estado emocional del paciente tanto relacionado con la conciencia como reactivo a un suceso o situación ambiental puede influir en la gravedad del deterioro intelectual. Aquí en Guatemala el promedio de vida es de 60 años no se le ha puesto el cuidado necesario a esta enfermedad. En otros países donde las condiciones de vida son mejores y el promedio de vida es alto ejemplo: Estados Unidos, si se le ha puesto el especial cuidado ya que gastan billones de dolores en el cuidado de estos pacientes (6).

Se sabe que aproximadamente 1 millón de norteamericanos de más de 65 años de edad presentan un significativo grado de alteración intelectual que justifica el diagnostico de demencia.

III. JUSTIFICACION

En Guatemala, la información sobre epidemiología de la Demencia es deficiente, a pesar de esto sabemos muy bien que es una enfermedad importante para la Psiquiatría, sobre todo en los adultos. En la practica clínica no se posee un instrumento capaz de medir el estado mental y catalogar a los pacientes Dementes como tales, aunado a esto no se ha sistematizado el examen psiquiátrico a todo paciente mayor de 60 años que consulta, sabiendo que en ellos es más frecuente la Demencia.

En dicho test debe alternar el tiempo de aplicación y su confiabilidad, debe ser de fácil acceso al médico como a cualquier persona relacionada con las ciencias de la salud.

De tal manera, con este estudio se pretende medir la Sensibilidad y Especificidad de un Test para diagnosticar Demencia y medir el tiempo de aplicación del mismo.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

DETERMINAR LA ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD DEL TEST CORTO PARA EVALUAR EL ESTADO MENTAL EN PACIENTES MAYORES DE SESENTA AÑOS.

ESPECIFICOS

DETERMINAR EL VALOR DIAGNOSTICO DEL TEST CORTO PARA EVALUAR EL ESTADO MENTAL EN PACIENTES MAYORES DE SESENTA AÑOS.

V. MARCO TEORICO

5.1 DEFINICION:

El término demencia suele denotar un estado clínico que se caracteriza por falta de retención y pérdida de otras funciones intelectuales (cognoscitivas), se caracteriza además del deterioro intelectual, por anomalías conductuales y cambios de personalidad (5 y 8). La alteración es lo suficientemente grave como para intervenir en forma significativa en las actividades laborales y sociales (13). Como en todos los síndromes mentales orgánicos, se da por supuesto siempre por la presencia de alguna causalidad orgánica subyacente. Entre todos estos orígenes se encuentran los siguientes: traumáticos, infecciosos, ambientales, psicológicos, congénitos, metabólicos etc.

5.2 PREVALENCIA:

En nuestro medio (Guatemala) aún no se ha hecho estudios estadísticos. Por lo que a continuación se dará a conocer los datos de otros estudios que se han realizado en otros países (8 y 10).

Demencia Senil tipo Alzheimer	50%
Demencia por Infartos Múltiples	5%
Lesiones ocupativas intracraneales	5%
Demencia Alcohólica	5%
De Hungiton	5%
Hidrocefalia Comunicante	5%
Otras	10%

En 1983 según Terry y Katzman, en los Estados Unidos había 1.3 millones de personas con demencia intensa, y 2.8 millones más con perturbación mínima o moderada de la ideación. El costo de estos pacientes por el total de pacientes anualmente es de 25 billones (6 y 8).

5.3 ANATOMIA Y FISIOLOGIA

El cerebro se compone de dos hemisferios, uno de lado izquierdo y el otro de lado derecho unidos por el cuerpo calloso. Cada hemisferio esta compuesto por una sustancia gris y una sustancia blanca. La sustancia gris o corteza cerebral esta constituida por 6 capas que son:

La Capa I	Capa Plexiforme
Las Capa II y III	Capas Supragranulares
La Capa IV	Capa Granular
Las Capas V y VI	Capas Infragranulares

La Sustancia blanca esta constituida más que todo por fibras que se dividen en: fibras de Proyección, fibras comisurales y fibras de asociación.

Cada hemisferio cerebral se subdivide en 8 regiones corticales que son: Región Occipital, Prerolandica, Frontal, Temporal, Postrolandica, Parietal, Circunvolución Límbica y Corteza Límbica.

La Corteza Cerebral tiene dos funciones principalmente: Motora y Sensorial. La Subdivisión de la Corteza Cerebral es la siguiente: Corteza de Asociación, Corteza Motora y Corteza Sensorial.

Hay que tener en cuenta que el hemisferio dominante en la mayoría de los seres humanos es el hemisferio izquierdo en lo que se refiere a la Corteza de Asociación y cada hemisferio del cerebro domina la parte contraria del cuerpo.

5.4 CLASIFICACION:

A continuación se describirán los tipos más frecuentes de Demencia:

Demencia Senil tipo Alzheimer: este tipo de demencia es descrito en pacientes por arriba de los 55 años, el cual se caracteriza por una atrofia cerebral, las causas de este tipo de demencia aún están en estudio. Se ha atribuido que puede ser por intoxicación por aluminio o silicona pero no esta demostrado aún (6 y 14).

Demencia por causa Genéticas: Las personas que tienen familia que ha padecido la enfermedad de Alzheimer tiene cuatro veces más el riesgo de padecerla (5).

Demencia por Infartos Múltiples: La causa más frecuente son los accidentes cerebrovasculares. Estos pueden ser secundarios a hipertensión arterial o problemas hematológicos (8 y 10).

Demencia por causas Infecciosas: Hay una gran variedad de infecciones que pueden causar demencia pero las más frecuentes son : Sífilis y Sida (HIV). Estas dos enfermedades son frecuentes en nuestro medio pero no son clasificados en los

informes epidemiológicos como demencia (8 y 10).

Disturbios Metabólicos: Hay una serie de efectos metabólicos que pueden causar demencia por ejemplo: La deshidratación, fallo hepático, etc. (2).

Trauma: Los hematomas subdurales consecuencia de un trauma automovilístico, otro tipo es la demencia pugilística.

Nutricionales: Como la deficiencia de Niacina en la dieta. Anteriormente los países más afectados por esta causa eran los de América y Asia.

5.5 PATOLOGIA:

La causa más frecuente de la demencia es la enfermedad de Alzheimer en la que se puede ejemplificar la patología. Macroscópicamente podemos apreciar una atrofia cortical más pronunciada en los lobulos frontales, temporal y parietal. Todo esto es apreciado en la Demencia alcohólica y nutricional. También debemos recordar que ciertas neoplasias pueden causar demencia por ejemplo el Ependimoma que provoca una demencia por el lugar anatómico que se encuentra, ya que la expansión ocluye los ventrículos, ocasionando una hidrocefalia (14).

5.6 MANIFESTACIONES CLINICAS

El paciente inicia con pérdida de la memoria e inteligencia,

paulatinamente, que en los inicios pasa desapercibido para el médico (2, 8 y 10). Posteriormente el paciente va perdiendo interés en actividades cotidianas, poco a poco ya no va reconociendo a personas y se empieza aislar del mundo exterior. (6 y 9). En estados más avanzados de la demencia el paciente pierde el habla, el interés por alimentarse y el control de esfínteres. Para llegar a la etapa final de un estado vegetativo. La demencia no es solo la alteración del lenguaje y memoria sino también percepción, pensar abstractamente, resolver juicios, habilidades destrezas y ejercicios.

Muchas de las alteraciones de la conducta son el resultado directo de enfermedad del Sistema Nervioso. Otras son secundarias, es decir, representan reacciones a la catástrofe de perder las facultades mentales. Por ejemplo, se considera que el demente trata de ocultar su aflicción y buscar el aislamiento, mostrándose antisocial o apático. Mediante el método de la disciplina excesiva intenta compensar su falta de memoria; la aprensión, melancolía, o irritabilidad son expresiones, de la insatisfacción general por una vida necesariamente restringida (8).

5.7 DIAGNOSTICO

Hay muchas formas de llegar a un diagnóstico de demencia, una forma clínica de llegar al diagnóstico es por medio de un test (1). El test debe evaluar lo que es la orientación del paciente, preguntas como: nombre del paciente, fecha en que estamos, su dirección, etc.. La atención que el paciente este brindando en ese momento, ejemplo: preguntarle por un número telefónico que se le dio con

anterioridad. Como se encuentra el aprendizaje del paciente se evalúa al darle palabras para que memorice el paciente posteriormente se le pide que las repita. Cálculos aritméticos es evaluado dándole cuatro operaciones básicas al paciente para que las ejecute. Información: se le pregunta al paciente por nombres de personalidades de la actualidad. También se le pone al paciente a dibujar un reloj con las manecillas a determinada hora. Todo este test tiene un punteo para clasificar la demencia.

Entre los criterios para clasificar la demencia tenemos:

Demencia Leve: si bien hay un deterioro significativo de las actividades laborales o sociales, la capacidad de autonomía se mantiene con una higiene personal adecuada y una capacidad de juicio relativamente intacta.

Demencia Moderada: La capacidad de autonomía está alterada y puede resultar peligrosa para el sujeto el no estar sometido a cierto grado de control.

Demencia Grave: Las actividades de la vida diaria están deterioradas que es necesario un control continuo (13).

Entre los métodos de Gabinete y Laboratorio como auxiliares para diagnosticar demencia tenemos los siguientes:

- Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia Magnética
- Rayos X

- Arteriograma
- Electroencefalograma
- Punción Lumbar
- Niveles de Acido Fólico, Niacina y Amonio en sangre.
- Estudios serológicos en sangre (investigar HIV y Sífilis)
- Electrolitos
- Análisis de orina
- Química Sanguínea
- Glicemia
- Otros.

Todos los anteriores exámenes es para descartar otra patología de base que este causando la demencia.

5.8 TRATAMIENTO

Actualmente no existe tratamiento efectivo para detener la Demencia, lo único posible que queda por hacer por estos pacientes padeciendo el grado de Demencia es el cuidado que debe recibir el paciente, ya que el grado leve de Demencia no es necesario que el paciente reciba algún cuidado, pero el grado moderado de Demencia si es necesario que reciba un cuidado o cierto grado de control, el grado severo es necesario que tenga un control continuo y estricto, ya que inclusive llega a perder el control de esfínteres y la necesidad de alimentarse (6 y 13).

Las crisis se tratarán con tratamientos sintomáticos. Los tónicos nerviosos, las vitaminas y las hormonas, no tienen utilidad para tratar la demencia. De cualquier manera, en algo pueden ayudar al paciente y la familia. A veces los estimulantes como la dextroanfetamina, la cafeína y el ácido nicotínico mejoran

transitoriamente las funciones mentales. La inquietud indeseable, la dromomanía nocturna, la beligerancia o la angustia, pueden aplacarse con los sedantes adecuados. Los fármacos aconsejados para el tratamiento específico de la demencia, están en fase de investigación en la actualidad (8).

VI. METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO:

-De acuerdo a su profundidad

DESCRIPTIVO

-De acuerdo al diseño utilizado

NO EXPERIMENTAL

-De acuerdo a la forma de obtener la información

TRANSVERSAL

-De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo

PROSPECTIVA

B) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Pacientes afiliados al IGSS, que consultaron la clínica de Psiquiatría del Hospital IGSS, mayores de 60 años, durante el período comprendido del 10 de enero al 10 de marzo de 1996, un total de 60 pacientes (14 dementes y 46 no dementes).

C) SUJETO DE ESTUDIO

Criterios de Inclusión:

-Pacientes que consulten la Clínica de Psiquiatría del Hospital IGSS.

-Edad mayor de 60 años.

-Ambos sexos.

-Consentimiento de participación.

Criterios de Exclusión:

-Pacientes que no consulten la clínica de Psiquiatría del Hospital IGSS.

-Edad menor de 60 años o igual.

-Que no acepten a participar.

D) VARIABLES A ESTUDIAR:

ORIENTACION

Comprensión de diferentes formas de la percepción del mundo exterior y también el propio mundo subjetivo. La orientación del sujeto se verificará en tres aspectos primordiales: a) en relación al tiempo (día, mes y año), b) en relación al lugar (dirección donde vive) y c) en relación a si mismo (nombre).

ATENCION

Es un proceso en virtud del cual nuestra actividad mental se concentra sobre objetivos determinados, ya sea de la esfera perceptiva, de la afectiva, de la asociación de ideas. Se verificará con la capacidad de repetir una serie de números que se les indica.

APRENDIZAJE

Es un cambio de la conducta potencial debido a la experiencia. Adquirir conocimiento nuevo. Se verificará el aprendizaje por medio de la capacidad de repetir cuatro palabras.

INTELIGENCIA

La inteligencia es una función compleja en la que intervienen integrándola múltiples subfunciones. Existe un tipo de inteligencia llamada abstracta, que hace referencia a la capacidad del sujeto de pensar y razonar a base símbolos y conceptos, y en oposición a ésta hay otro tipo llamada práctica, que se refiere a la capacidad con que el sujeto puede resolver con facilidad aquellos problemas que le plante la vida práctica. Para la exploración de la inteligencia nos valdremos de: realización de cálculos aritméticos (sumar, restar, multiplicar y dividir), de la Abstracción (dar conceptos), de la Información (conocimiento del Alcalde actual, Presidente actual, número de meses por año y definición de una isla) y la Construcción (dibujar las manecillas del reloj a una determinada hora y copiar un cubo).

MEMORIA

Toda percepción deja una huella llamada Engrama o Nema, más o menos evidente. Cuando este recuerdo se activa, se actualiza de nuevo la percepción que le dio origen. Esta facultad de almacenar recuerdo y reproducirlos constituye la memoria. El proceso de la memoria lo constituyen tres fases: a) la fijación, que corresponde a la grabación del estímulo sensorial percibido, b) la conservación, en virtud de la cual la imagen grabada persiste de forma que puede ser actualizada a voluntad y c) la evocación, donde se recuerda lo aprendido. Las primeras dos fase se evaluaron con el aprendizaje de cuatro palabras, mientras que la tercera fase se evaluará al pedir que recuerde estas mismas cuatro palabras al final del Test.

E) RECURSOS

Materiales:

- Cuestionario.
- Equipo de oficina.
- Medios de transporte.

Humanos:

- Pacientes mayores de 60 años que consulten la clínico de Psiquiatría.
- Investigador.

F) PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

A todos los pacientes que consulten la clínica de Psiquiatría, durante los meses de enero, febrero y marzo de 1996, y que llenen los criterios de inclusión, se les procederá a evaluar por medio del test corto, el cual consiste en :

- Orientación, con una ponderación máxima de 8 puntos;

- Atención, con una ponderación máxima de 7 puntos;
- Aprendizaje, con una ponderación máxima de 4 puntos, restandole el numero de intentos adicionales para el aprendizaje;
- Calculo Aritmético, con ponderación máxima de 4 puntos;
- Abstracción, ponderación máxima de 3 puntos;
- Información, con ponderación máxima de 4 puntos;
- Construcción, ponderación máxima de 4 puntos;
- Memoria, con un máximo de 4 puntos. El valor total de la prueba será de 38 puntos.

Posterior a la evaluación de cada paciente con el Test Corto, se consultará con el Médico Psiquiatra del Hospital IGSS sobre el diagnóstico clínico.

G) ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Incialmente se clasificaron como *Dementes* a todos aquellos pacientes en que el diagnóstico clínico efectuado por médico Psiquiatra fue Demencia y como *No Dementes* a todos aquellos pacientes que el médico Psiquiatra no efectuó diagnóstico clínico de Demencia. Posteriormente se tabularon en cuadros, y se realizaron los procedimientos estadísticos, para la obtención de la Sensibilidad y Especificidad, el siguiente cuadro se utilizó para la obtención de estos últimos. Para utilizar este cuadro además de agruparlos en Dementes y no Dementes se clasificarán conforme su puntaje. Se determinó un puntaje X (entre el rango de 1 a 38), en la casilla **a** se colocó el total de pacientes Dementes que obtuvieron un puntaje $\leq$ que X en la casilla **b** se colocó el total de pacientes Dementes que obtuvieron un puntaje $>$ X. En la casilla **C** se colocó

el total de pacientes no Dementes que obtuvieron un puntaje $\leq$ a X y en la casilla **d** se colocó el total de pacientes no Dementes que obtenga un puntaje $>$ que X. El procedimiento se realizó en todos los puntajes necesarios, para encontrar el balance de la más alta Sensibilidad y Especificidad del Test Corto.

	Dementes	no Dementes	
Test con puntaje $\leq$ a X	a	c	
Test con puntaje $>$ a X	b	d	

El procedimiento estadístico para la obtención de la Sensibilidad y Especificidad es el siguiente:

$$\text{Sensibilidad} = \frac{a}{a + b}$$

$$\text{Especificidad} = \frac{d}{c + d}$$

VII. GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES

1	X																	
2	X																	
3	X	X																
4		X	X															
5				X														
6				X														
7					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
8																X		
9																	X	
10																		X
11																		X
12																		X
13																		X
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

SEMANAS

ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del Proyecto conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comite de investigación del Hospital.
6. Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis.
7. Ejecución del trabajo de campo.
8. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas.
9. Analisis de y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones y recomendaciones
11. Presentación del informe final.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

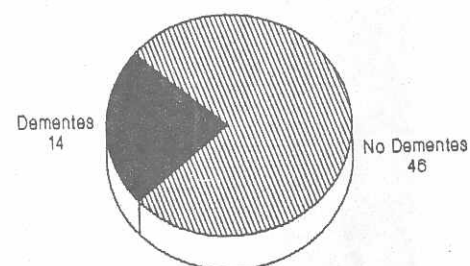
CUADRO 1

POBLACION DE ESTUDIO A LA CUAL SE LE APLICO EL TEST CORTO PARA LA DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL, ENERO, FEBRERO Y MARZO DE 1996.

DEMENTES	NO DEMENTES
14	46

DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO A LA CUAL SE EL APLICO EL TEST CORTO PARA LA DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL, ENERO-MARZO DE 1996.

Grafica 1



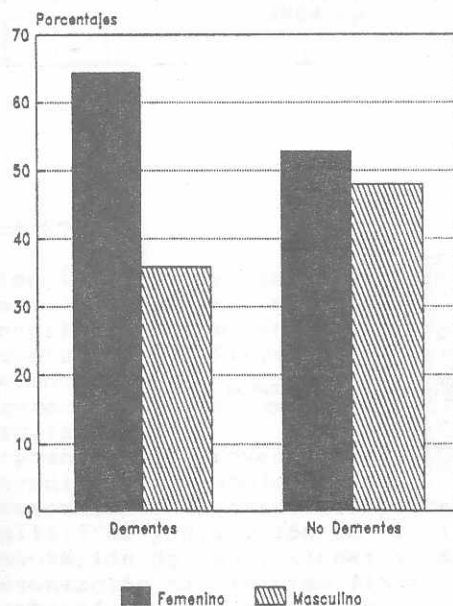
Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL Y NUMEROS ABSOLUTOS, SEGUN SEXO
DE LOS DEMENTES Y NO DEMENTES, ENERO, FEBRERO Y MARZO 1996

DEMENTES				NO DEMENTES			
F	%	M	%	F	%	M	%
9	64.28	5	35.72	24	52.71	22	47.82

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN SEXO DE
LOS DEMENTES Y NO DEMENTES,
ENERO-MARZO DE 1996.
Gráfica 2



Fuente: Boleta de recolección de datos.

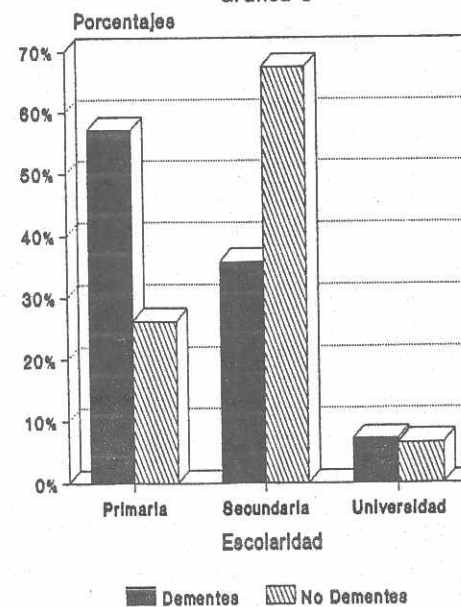
CUADRO 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS
DEMENTES Y NO DEMENTES, ENERO-MARZO 1996.

ESCOLARIDAD	DEMENTES		NO DEMENTES	
	No.	%	No.	%
PRIMARIA	8	57.14%	12	26.08%
SECUNDARIA	5	35.71	31	67.39%
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	1	7.14%	3	6.52%
Total	14	100%	46	100%

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN NIVEL
ESCOLARIDAD DE LOS DEMENTES
Y NO DEMENTES ENERO-MARZO DE 1996.

Gráfica 3



Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 4
DISTRIBUCION PORCENTUAL Y NUMEROS ABSOLUTOS SEGUN
GRUPOS ETAREOS DE LOS DEMENTES Y NO DEMENTES
ENERO-MARZO, 1996.

EIDADES	DEMENTES		NO DEMENTES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
60-62 AÑOS	5	35.71%	8	17.39%
63-65 AÑOS	1	7.14%	10	21.74%
66-68 AÑOS	2	14.28%	6	13.04%
69-71 AÑOS	3	21.42%	12	26.08%
72-74 AÑOS	2	14.28%	3	6.52%
75-77 AÑOS	1	7.14%	5	10.86%
78-80 AÑOS	0	0%	2	4.24%
	14	100%	46	100%

CUADRO 5
TENDENCIA DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LOS
DEMENTES Y NO DEMENTES EN EL TEST CORTO, ENERO-MARZO DE 1996.

PUNTEO	DEMENTES	NO DEMENTES
=<10	4	0
=<11	4	0
=<12	4	0
=<13	5	0
=<14	7	0
=<15	9	0
=<16	10	0
=<17	11	0
=<18	13	0
=<19	14	2
=<20	14	5
=<21	14	10
=<22	14	14
=<23	14	18
=<24	14	24
=<25	14	30
=<26	14	33
=<27	14	38
=<28	14	40
=<29	14	41
=<30	14	44
=<31	14	44
=<32	14	44
=<33	14	45
=<34	14	46
=<35	14	46
=<36	14	46

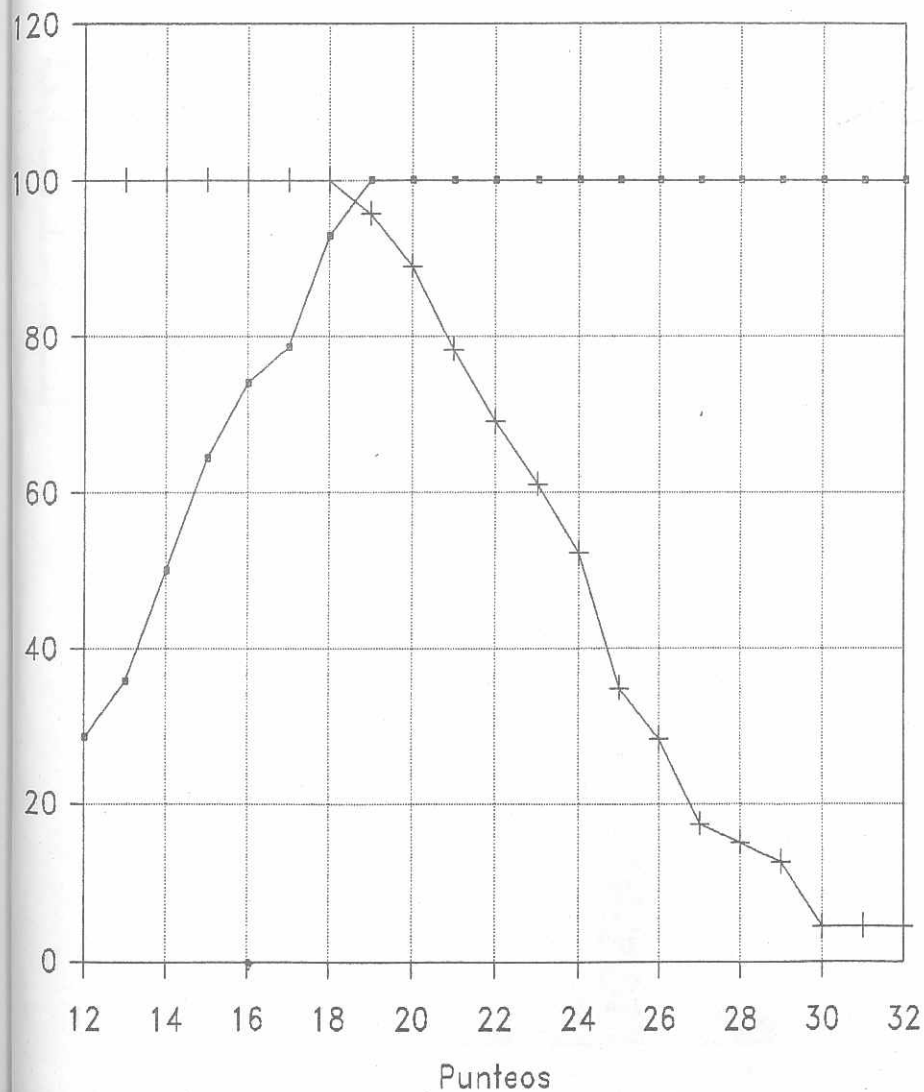
CUADRO 6

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD POR PUNTEO DEL TEST CORTO
 APLICADO A 14 DEMENTES Y 46 NO DEMENTES,
 ENERO-MARZO 1996.

PUNTEO	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
=<10	28.5%	100%
=<11	28.5%	100%
=<12	28.5%	100%
=<13	35.7%	100%
=<14	50%	100%
=<15	64.3%	100%
=<16	74%	100%
=<17	78.6%	100%
=<18	92.9%	100%
=<19	100%	95.7%
=<20	100%	89.1%
=<21	100%	78.3%
=<22	100%	69.6%
=<23	100%	61%
=<24	100%	52.1%
=<25	100%	34.7%
=<26	100%	28.3%
=<27	100%	17.4%
=<28	100%	15%
=<29	100%	12.5%
=<30	100%	4.34%
=<31	100%	4.34%
=<32	100%	4.34%
=<33	100%	2.22%
=<34	100%	0%

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD POR PUNTEO
 DEL TEST CORTO APLICADO A 14 DEMENTES Y
 46 NO DEMENTES, ENERO-MARZO DE 1996.

Grafica 4



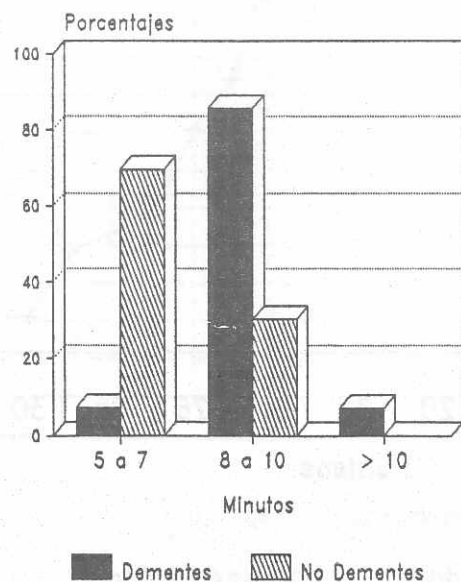
—■— Sensibilidad —+— Especificidad

CUADRO 7

DURACION DE LA APLICACION DEL TEST CORTO A LOS DEMENTES Y
NO DEMENTES EN LOS MESES DE ENERO-MARZO, 1996.

TIEMPO	DEMENTES		NO DEMENTES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
5 A 7 Mins.	1	7.14%	32	69.6%
8 A 10 Mins.	12	85.7%	14	30.4%
> 10 Mins.	1	7.14%	00	00%
TOTAL	14	100%	46	100%

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA DURACION
DE APLICACION DEL TEST CORTO
ENERO-MARZO 1996.
Grafica 5



Fuente: boleta de recoleccion de datos. 26

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el cuadro y Gráfica 1, podemos observar una población total de 60 pacientes, de los cuales 14 fueron dementes, y 46 pacientes no dementes quienes consultaron por problemas de índole psiquiátrico, toda esta población fue evaluada durante el período comprendido del 10 de enero al 10 de marzo de 1996. A todos estos pacientes se les aplico el mismo test (Anexo 1).

En el cuadro y Gráfica 2, podemos apreciar el sexo de los de pacientes a quienes se les aplico test. Se observo que el mayor porcentaje en ambos grupos de dementes y no dementes fue femenino 64.28% y 52.17% respectivamente. El sexo masculino se observo en los dementes y no dementes en un 35.72% y 47.82% respectivamente.

En el cuadro y gráfica 3 podemos observar el grado de escolaridad en cada uno de los grupos. En los dementes se puede apreciar que el mayor predominio de escolaridad se encontraba en la primaria con un 57.14% y el menor porcentaje de escolaridad se encontró en los que realizaron estudios universitarios con un 7.14%. En los no dementes se encontró el mayor porcentaje en la Secundaria, con un total de 67.39% y el menor numero al igual que los dementes se encontró en quienes realizaron estudios universitarios con un 6.52%.

En el cuadro 4, podemos apreciar que el mayor porcentaje de dementes lo encontramos en las edades comprendidas de 60 a 62 años con 35.71% y el menor porcentaje lo encontramos entre las edades de 63 a 65 años y 75 a 77 años con 7.14% cada uno. En los no dementes se observa que el mayor porcentaje se encuentra entre las edades

comprendidas entre 69 a 71 años con 26.08% y el menor porcentaje entre las edades de 78 a 80 años con 4.34%. No se encontró ningún paciente por arriba de los 80 años.

En el cuadro 5 se observa la forma en que se tabularon los punteos obtenidos por los dementes y no dementes. Los catorce dementes obtuvieron punteos menores o iguales a 19 mientras que los no dementes su máxima nota fue de 34 y la mínima de 18. Se ordenaron de esta manera para poder realizar los cálculos estadísticos de sensibilidad y especificidad los cuales se muestran en el cuadro siguiente.

En el cuadro 6 y gráfica 4, podemos apreciar la sensibilidad y especificidad del TEST a determinados punteos. En los dementes y no dementes se puede apreciar que cuando más aumenta el punteo la sensibilidad aumenta también, mientras que la especificidad disminuye. En el punteo menor o igual a 19 podemos apreciar una sensibilidad de 100%, esto quiere decir que de 100 pacientes enfermos (demencia) a quienes se les aplique el TEST, a 100 diagnosticaremos Demencia con este punteo. La especificidad para este mismo punteo es de 95.70%. En otras palabras si tuviéramos 100 pacientes sanos (no dementes) a quienes se les pasara este TEST, y teniendo como parámetro un punteo menor o igual a 19 determinaría que 96 de estos no padecen demencia. Es importante recordar que estos resultados son validos únicamente cuando el TEST es aplicado a pacientes mayores de 60 años.

En el cuadro 7 y gráfica 5, observamos que el tiempo de duración de la aplicación de la prueba es diferente para los dementes como para los no dementes. En el 85.7% de los dementes el

tiempo de duración de la prueba es de 8 a 10 minutos, mientras que en los no dementes el 69.6% tardaron entre 5 a 7 minutos. Esta diferencia de duración es debida a que en los dementes su capacidad mental se encuentra disminuida por lo tanto sus respuestas son mucho más lentas.

X. CONCLUSIONES

-De acuerdo a los resultados de éste estudio el Test Corto para determinar el Estado Mental se aplica a pacientes mayores de 60 años con una duración de pocos minutos.

-El punteo confiable para determinar Demencia con este Test Corto es menor o igual a 19 puntos que presenta una Sensibilidad del 100% y una especificidad del 95.70%

XI. RECOMENDACIONES

-Es importante recordar que la Demencia en los pacientes mayores de 60 años no se debe únicamente a la Senilidad, por lo que siempre es necesario realizar un buen examen Psiquiátrico y Clínico.

-Se recomienda a todos los Médicos y Cirujanos en la practica privada y hospitalaria, aplicar el Test Corto para determinar el Estado Mental a todos los pacientes mayores de 60 años por su nivel de sensibilidad, especificidad y duración.

XII. RESUMEN

Durante el período comprendido del 10 de enero al 10 de marzo se procedió a aplicar el TEST corto para determinar el Estado Mental en la clínica de Psiquiatría del Hospital IGSS, a los pacientes mayores de 60 años que consultaron. Encontrando 14 pacientes con diagnóstico de Demencia y 46 pacientes con otros diagnósticos menos Demencia.

Se tabularon estadísticamente los datos como se muestra en el cuadro 6 y mediante procedimientos estadísticos (ver metodología) se calculó la Sensibilidad y Especificidad del TEST corto a diferentes punteos. Encontrando que el punteo menor o igual a 19 tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 95.7%. Por lo que al utilizar dicho TEST se debe tener en cuenta este punteo.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Emre Kormen, A Short Test of Mental Status; Description and Preliminary Results, Mayo Clinic 62: 281-288, 1987.
2. C Patterson, Acute Descompensation in Dementia; Recognition And Manegmente, Geriatrics, Vol 44 no. 8, August, 1989.
3. David S., Practical Aproach to managing Behavioral Problems Dementia Patients, Geriatrics. Vol. 45 No. 4, April 1990.
4. Geriatrics Panel Discussion, Practical Considerations in Managing Alzheimers Disease, Gereatics, Vol. 42, 78-98, September 1987.
5. Mario F. Mendez, Perdiad de la memoria en la Vejez, Médico Interamericano, Vol. 5/197, 1995.
6. Robert Katzman, Alzheimer's Disease, The New England Journal of Medicine, Vol 314, 964-973, April 1986.

7. Surós, Semiología Médica y Técnica Exploratoria, Salvat

Editores, 1987.

8. Harrison, Principios de Medicina Interna, 11a. Edición.

Interamericana. McGraw-Hill, Junio 1990.

9. Ronald Smith et al., Psicología sin fronteras de la Conducta,

Segunda Edición, Harla S.A., 1984.

10. Cecil, Tratado de Medicina Interna, 18a. Edición,

Interamericana, McGraw-Hill, 1991.

11. Lockhart, Hamilton, Fife, Anatomía Humana, Interamericana,

McGraw-Hill, 1989.

XIV. ANEXOS
ANEXO 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA _____
HORA _____
TIEMPO _____

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
DIRECCION: _____
PROFESION: _____
GRADO ACADEMICO _____

TEST

ORIENTACION

NOMBRE COMPLETO: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD: _____
DEPARTAMENTO _____
FECHA: DIA DEL MES/SEMANA: _____
MES: _____
AÑO: _____

ATENCION

Se le indica al paciente: "Le diré una serie de números, ponga mucha atención, espere a que termine, entonces repita los números en el mismo orden en que se los dí."

75963-8-1

TOTAL: _____

APRENDIZAJE

Se le indica al paciente: "Le daré 4 palabras, apréndalas, y repítalas cuando se lo pida"

"MANZANA", "JUAN", "CARRO", "TUNEL"

TOTAL: _____

CALCULO ARITMETICO:

SUMAR: 11 + 29: _____
RESTAR: 65 - 7: _____
MULTIPLICAR: 11 * 5: _____
DIVISION: 8 / 2: _____

ABSTRACCION:

Encontrar similitudes: "En qué se parecen....:"

ejemplo: Carro/Camioneta: Vehiculos.

NARANAJA--BANANO _____

CABALLO---PERRO _____

MESA-----SILLA _____

TOTAL: _____

INFORMACION:

"Conoce....."

ALCALDE ACTUAL: _____

PRESIDENTE ACTUAL: _____

NUMERO DE MESES POR AÑO: _____

DEFINIR UNA ISLA: _____

TOTAL: _____

CONSTRUCCION

"Dibuje las manecillas del reloj a las 11:15"

"Dibujar un cubo"

TOTAL _____

MEMORIA

"Se le pide recordar las cuatro palabras que aprendió"

"MANZANA", "JUAN", "CARRO", "TUNEL"

TOTAL: _____

PUNTEO TOTAL: _____