

Alteraciones de la Memoria en la Persona Adulta Mayor



CENAPRECE

CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Guía de Consulta para el Médico
de Primer Nivel de Atención

IMPRESO EN MÉXICO

Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención
Alteraciones de la Memoria en la Persona Adulta Mayor

Se terminó de imprimir en el mes de _____ de 2015,
en los talleres de impresión: (Nombre del taller y dirección).

México D.F., el tiraje fue de _____ ejemplares.

Alteraciones de la Memoria en la Persona Adulta Mayor



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



MÉXICO

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SEMAR

SECRETARÍA DE MARINA



SEDENA

SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL



INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la memoria son motivo de queja y consulta, que con frecuencia presentan los adultos mayores; existe la tendencia generalizada a considerarlas como algo normal a medida que se envejece. Sin embargo, en el proceso normal de envejecimiento, las alteraciones de la memoria no tienen la intensidad ni las características propias de los trastornos demenciales, aunque pueden repercutir en el funcionamiento cotidiano y social.

¿QUÉ ES LA MEMORIA?

La memoria es la capacidad de almacenar, fijar y recuperar información. Su buen funcionamiento es una condición esencial para una vida de relación independiente y productiva. La memoria, está estrechamente relacionada con la percepción, la atención, la orientación, el lenguaje, el ánimo y la motivación, entre otras funciones mentales superiores.

La memoria comprende sistemas complejos para el análisis, codificación y evocación de la información. Se divide en tres grandes subtipos:

1. Memoria sensorial: está íntimamente ligada con las funciones perceptuales (visual, auditiva, olfatoria, el gusto, cinética y táctil).
2. Memoria de corto plazo: (primaria o de trabajo) engloba el análisis de la información sensorial y su reproducción inmediata durante un tiempo de permanencia breve.
3. Memoria de largo plazo: (secundaria o de evocación) información que se almacena durante un tiempo suficiente para que sea accesible después de varios segundos. Se subdivide a su vez en:
 - a. Memoria explícita o declarativa, la cual se clasifica en:
 - b.

- Memoria episódica: registro y recuerdo de hechos o datos autobiográficos.
 - Memoria semántica: de palabras, conceptos y conocimientos generales.
- b. Memoria implícita o de procedimiento: se relaciona con el aprendizaje de habilidades motoras (manejar el coche, andar en bicicleta).

MEMORIA Y ENVEJECIMIENTO

En el envejecimiento normal, se preservan:

- Vocabulario.
- Fonología (Pronunciación).
- Sintáxis (Construcción verbal: frases)
- .
- Lenguaje escrito.
- Organización visual.
- Memoria implícita (habilidades y destrezas).

Al envejecer, la memoria semántica (que permite comprender y expresar el lenguaje, se altera poco o nada) así como la fluidez verbal y la memoria episódica o autobiográfica. La inteligencia cristalizada (representativa de la experiencia) se incrementa, mientras la inteligencia fluida (la capacidad de adaptación) merma ligeramente. Conforme las personas envejecen, se preocupan más por los olvidos. Sin embargo, mantienen la

capacidad de recordar detalles asociados, por ejemplo, una persona cuyo nombre no recuerdan, pero si su cercanía o su actividad.
Se debilitan con la edad:

- Funciones neurosensoriales: especialmente vista y oído.
- Sensibilidad cinestésica y táctil.
- Rapidez de reacción.
- Rapidez en el aprendizaje.
- Habilidades visoconstructivas.
- Atención múltiple o dividida.
- Organización semántica.
- La retención de nombres.
- Vulnerabilidad de la memoria con las interferencias.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS ALTERACIONES DE MEMORIA

- Funciones neurosensoriales: especialmente vista y oído.
- Sensibilidad cinestésica y táctil.
- Rapidez de reacción.
- Rapidez en el aprendizaje.
- Habilidades visoconstructivas.

- Atención múltiple o dividida.
- Organización semántica.
- La retención de nombres.
- Vulnerabilidad de la memoria con las interferencias.

CONDICIONES PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA MEMORIA

- Integridad del sistema nervioso.
- Buen estado físico.
- Funcionamiento cognoscitivo adecuado.
- Entorno ambiental, rico en estímulos y afecto.
- Motivación.

PÉRDIDA DE MEMORIA

La pérdida de memoria implica la alteración en la habilidad para aprender nueva información o para recuperar información ya aprendida.

El reporte de pérdida de memoria, no necesariamente refleja alteración en esta área, sino que puede representar afectación en otro dominio cognoscitivo, por ejemplo: problemas para encontrar palabras (anomia) o inatención secundaria a depresión.

La disminución en la habilidad para recuperar información, puede causar

lapsos de pérdida o alteración de memoria, pero sin afectar la funcionalidad cotidiana. Cuando la pérdida de memoria altera las actividades de la vida diaria, es posible que se trate de un proceso demencial, que deberá investigarse propositivamente.

En la actualidad, se proponen tres situaciones que implican a la memoria y algunas alteraciones cognoscitivas que con frecuencia afectan a la población adulta mayor y que no necesariamente son procesos demenciales:

1. Trastorno de Memoria Asociado a la Edad, u “olvidos benignos”: sólo existen olvidos o alteración de la memoria reciente o de corto plazo, pero no alteración de otras funciones cognoscitivas (lenguaje, juicio, cálculo, orientación, etcétera), y no afecta mayormente su funcionalidad y en la evaluación propositiva de la memoria sus alteraciones son sutiles.
2. Deterioro Cognoscitivo Asociado a la Edad: existen alteraciones aisladas de la esfera cognoscitiva (cálculo, memoria reciente, orientación, lenguaje, entre otras), pero que se mantienen sin grandes cambios durante un periodo largo de tiempo o de seguimiento clínico. La repercusión en la vida diaria es relativa o no daña sus relaciones familiares y sociales.

Investigaciones más recientes han identificado la existencia de un estado transicional, al cual se le ha denominado

“Deterioro Cognoscitivo Leve” (DCL), a partir de la denominación inglesa “Mild Cognitive Impairment”. El término se refiere a la pérdida de la memoria más allá de lo normal para la edad, sin llenar los criterios para demencia (DSM-IV); es de mayor severidad que el trastorno de memoria asociado a la edad.

A través del seguimiento de estos casos, de dos a cuatro años se observa una tasa del 10% al 15% por año hacia la progresión a la Enfermedad de Alzheimer (EA), con mayor frecuencia que en sujetos controles (1% a 2% por años). Otros factores predictores de progresión a demencia son: presencia de apo E4 homocigoto, disfunción de la memoria semántica a pesar de la utilización de claves facilitadoras, así como la disminución del volumen hipocampal por neuroimagen.

Este trastorno en la actualidad es objeto de intensa investigación, ya que existen controversias sobre si debe considerarse o no un estado de predemencia, por las consideraciones éticas que implica informar a la persona sobre su situación, riesgos potenciales y posible terapéutica.

CAUSAS PATOLÓGICAS DE ALTERACIÓN DE LA MEMORIA

Las causas de alteración de la memoria son diversas, entre las más comunes:

- Síndrome de Korsakoff (secundario

a etilismo crónico), cuya afectación principal ocurre en el tálamo medial y tubérculos mamilares.

- Síndrome de Wernicke.
Traumatismo craneoencefálico con daño a los lóbulos temporales.
- Encefalitis por herpes simple.
- Hipoxia severa.
- Tumores cerebrales. Enfermedades neurodegenerativas.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia frontotemporal.
- Demencia de cuerpos de Lewy.
- Demencia secundaria a Parkinson.

Otras

- Depresión.
- Infartos cerebrovasculares y enfermedad multiinfarto.
- Medicamentos (con efectos anticolinérgicos o sedativos).
- Secundaria a trastornos metabólicos (encefalopatía hepática, hipotiroidismo e hiperparatiroidismo no tratados).

¿CUÁNDO ES NECESARIO EVALUAR AL PACIENTE CON FALLAS DE MEMORIA?

Respecto a las fallas de memoria no siempre los pacientes reportan sus síntomas; además los familiares no suelen darle importancia (al menos no inicialmente). En general, el médico debe llevar a cabo una evaluación clínica sistemática y para ello conviene que haga una semiología cuidadosa y utilice correctamente los recursos clinimétricos a su alcance.

La forma más sencilla para identificar los posibles casos consiste simplemente en preguntar ¿cómo está su memoria?

La evaluación indiscriminada de los pacientes, es inapropiada y consume demasiado tiempo, por lo que es necesario orientarla a aquellos sujetos con mayor riesgo de presentar trastornos de memoria clínicamente significativos, como son:

- Mayores de 60 años.
- Personas que hayan sufrido recientemente una transición en su forma de vida (jubilación, duelo, mudanza) o con deterioro funcional (pérdida de la autosuficiencia para actividades de la vida diaria e instrumentales).
- Personas que padecen diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías,

dislipidemias, enfermedad cerebrovascular, depresión, enfermedad de Parkinson.

- Cambios en su conducta habitual.
- Que presenten caídas, alteraciones de la marcha o accidentes domésticos frecuentes.

En algunos casos, la evaluación de la falla de memoria suele iniciarse a petición del paciente. Por ejemplo, un paciente puede referir preocupación por su incapacidad para recordar algunos eventos del día, olvidos de citas o dificultades en el desempeño de sus actividades diarias.

Si la queja es respaldada por el/la cónyuge o cuidador(a) primario, la probabilidad de deterioro aumenta, por ello es fundamental contrastar la historia con un informante complementario.

En general, los olvidos incidentales (perder anteojos o llaves) no son clínicamente importantes, sí lo son los olvidos sistemáticos de eventos significativos a pesar de los esfuerzos hechos para recordarlos. Esta situación es más importante cuando se torna crónica y progresiva.

REQUISITOS PARA EVALUAR LOS TRASTORNOS DE MEMORIA

- Integridad sensorial.
- Integridad del lenguaje.
- Atención no comprometida (descartar presencia de delirium).
- Informante disponible y cercano al paciente.
- Realizar evaluación de la funcionalidad de actividades de vida diaria (alimentación, baño, vestido, sanitario y continencia de esfínteres) e instrumentales (hacer llamadas telefónicas, realizar compras, llevar sus finanzas y capacidad de trasladarse al exterior, entre otras).
- Historia farmacológica.
- Investigar uso y abuso de sustancias tóxicas y/o adictivas (alcohol, drogas).
- Si se usan instrumentos clinimétricos, seleccionar los adecuados, que sean válidos y confiables.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE RECONOCER TEMPRANAMENTE LOS TRASTORNOS DE MEMORIA?

Las implicaciones que tiene el no reconocer en un paciente la presencia de alteraciones de la memoria son importantes porque:

- El apego al tratamiento médico puede verse comprometido.
- Puede tratarse de una afección reversible y susceptible de tratamiento si se identifica y trata oportunamente.
- Puede ocasionar problemas de seguridad, riesgo de maltrato e implicaciones médico - legales.

El oportuno reconocimiento de los trastornos de la memoria y, en particular la existencia de deterioro cognoscitivo y/o síndrome demencial, puede prevenir situaciones de crisis, accidentes y eventos catastróficos.

PROBLEMAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DE MEMORIA

La evaluación se complica en virtud de que diferentes síndromes tienen síntomas sutiles que en algunos enfermos pueden coexistir.

A través del tiempo el diagnóstico puede cambiar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diversos trastornos médicos pueden alterar la memoria y confundirse con entidades asociadas a trastornos de la memoria.

- Uno de los trastornos que alteran transitoriamente la memoria, es el estado confusional agudo o delirium. En la persona adulta mayor, cualquier problema médico agudo puede desencadenarlo (infecciones, úlceras por presión, infarto agudo del miocardio, desequilibrio hidroelectrolítico). En estas condiciones, la evaluación mental debe diferirse o confirmarse una vez que el paciente ha superado dicho estado.
- También es frecuente que los pacientes demenciados presenten delirium.

¿CÓMO EVALUAR LA MEMORIA?

Se ha documentado ampliamente el subdiagnóstico de las alteraciones de la memoria y se reconoce la utilidad de instrumentos estandarizados para mejorar la detección oportuna.

Inicialmente debe realizarse una evaluación de tamizaje o escrutinio al alcance del médico de primer nivel, con instrumentos que sean breves y de fácil aplicación, pero válidos y confiables internacionalmente y aplicables a nuestro contexto.

La Evaluación Mínima de Funciones Mentales de Folstein (MMSE), es la prueba internacionalmente más utilizada en población adulta, con el objetivo de valorar deterioro cognoscitivo; ha sido estandarizada en población hispana mayor de 60 años de edad, en quienes se encontró una estrecha correlación de una pobre ejecución con bajo nivel escolar; de no ser considerada la escolaridad en el puntaje obtenido puede llevar a un sesgo de mala calificación y a una interpretación errónea de la prueba. Por tal motivo, se ha hecho una corrección a la misma y se sugiere en el cálculo, realizar la sustracción más sencilla, para quienes tengan menos de 8 años de escolaridad. El punto de corte óptimo considerado en varios estudios es de 23/24 puntos.

Diferentes versiones del MMSE en español han considerado varias adaptaciones, pero no todas han sido completamente

validadas y otras no son apropiadas; esta versión que se propone fue validada por un grupo de investigadores con el respaldo de un comité bilingüe que realizó la traducción y adaptación del instrumento, tomando en cuenta aspectos culturales sin cambios innecesarios. Por esta razón, consideramos conveniente dejar la presente versión.

También es importante corroborar las alteraciones de memoria por un familiar o acompañante cercano, con el uso del Cuestionario del Informante sobre Deterioro Cognoscitivo del Anciano (IQCODE) en su versión corta. Para su calificación, se realiza la suma total de los reactivos y el resultado se divide entre 16; si el resultado total es igual o mayor a 3.5 es probable que la persona presente deterioro cognoscitivo.

Tanto el MMSE menor de 24 puntos como un IQCODE de 3.5 significa que usted se encuentra ante una persona cuyos trastornos de memoria probablemente sea debido a un deterioro cognoscitivo. Se recomienda realizar una evaluación más especializada.

CUESTIONARIO DEL INFORMANTE SOBRE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ANCIANO (IQCODE)

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Escolaridad (años): _____

Puntaje total: _____

Necesitamos que nos informe cómo era su pariente (o amigo) hace 10 años y compare su estado actual. A continuación le proponemos una lista de acciones en las cuales interviene el intelecto, la memoria e inteligencia. Le pedimos que nos diga si la persona ha mejorado, está igual o está peor que hace 10 años.

1. Recuerda cosas relacionadas con sus familiares y amigos (cumpleaños, ocupación, direcciones).

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

2. Recuerda cosas que han pasado recientemente.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

3. Recuerda conversaciones recientes pocos días después.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

4. Recuerda su dirección y número de teléfono.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

5. Recuerda en qué día y mes estamos hoy.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

6. Recuerda dónde guarda usualmente las cosas.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

7. Recuerda dónde encontrar las cosas que han sido guardadas en un lugar distinto al usual.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

8. Sabe cómo utilizar máquinas de uso doméstico (licuadora, TV, radio).

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

9. Aprende a utilizar nuevas máquinas de uso doméstico.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

10. En general aprende cosas nuevas.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

11. Sigue la historia de un libro o de una telenovela.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

12. Toma decisiones en asuntos de la vida diaria.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

13. Maneja el dinero para sus compras.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

14. Maneja asuntos financieros (cobro de pensión, trámites bancarios).

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

15. Resuelve cálculos matemáticos sencillos relacionados con la vida diaria. (porciones adecuadas de comida).

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

16. Usa su inteligencia para entender qué está pasando y razona las cosas.

Mucho mejor () Un poco mejor () No ha cambiado mucho () Un poco peor () Francamente peor ()

Mucho mejor = 1

Un poco mejor = 2

No ha cambiado mucho = 3

Un poco peor = 4

Francamente peor = 5

Puntaje Total : _____

Resultado de la prueba.

Suma el total de puntaje y el resultado divídalo entre 16, si éste es igual o mayor a 3.5, es probable deterioro cognitivo.

MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL, "MINIMENTAL" DE FOLSTEIN

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Sabe leer: si [] no [] Sabe escribir: si [] no []

Escolaridad (años): _____ Fecha: _____/_____/_____

No. de registro: _____ Puntaje total: _____

Instrucciones:

Debe realizar la detección una vez al año a las personas de 60 años y más que acudan a la unidad de salud, independientemente del motivo (aplique también la Escala de Depresión Geriátrica conocida como GDS) para realizar una evaluación del estado Mental. En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y al final sumarlas y anotar en la casilla derecha. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótelos en el espacio destinado para calificación total.

ORIENTACIÓN

» **Tiempo (Máximo 5)**

- | | | |
|----------------------------------|----------------|--------------|
| 1. ¿En qué año estamos? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 2. ¿En qué mes estamos? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 3. ¿Qué día del mes es hoy? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 4. ¿Qué día de la semana es hoy? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 5. ¿Qué hora es aproximadamente? | Incorrecto [] | Correcto [] |

Total correcto: _____

» Lugar (Máximo 5)

- | | | |
|-----------------------------|----------------|--------------|
| 1. ¿En dónde estamos ahora? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 2. ¿En qué piso estamos? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 3. ¿Qué colonia es esta? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 4. ¿Qué ciudad es esta? | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 5. ¿En qué país estamos? | Incorrecto [] | Correcto [] |

Total correcto: _____

MEMORIA

» Le voy a decir 3 objetos. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita (Máximo 3)

- | | | |
|--------------|----------------|--------------|
| 1. Papel | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 2. Bicicleta | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 3. Cuchara | Incorrecto [] | Correcto [] |

Total correcto: _____

MEMORIA DIFERIDA (ATENCIÓN Y CÁLCULO)

» Escolaridad > 8 años (Máximo 5)

Le voy a pedir que reste de 7 en a partir de 100

- | | | |
|-------|----------------|--------------|
| a. 93 | Incorrecto [] | Correcto [] |
| b. 86 | Incorrecto [] | Correcto [] |

- | | | |
|-------|----------------|--------------|
| c. 79 | Incorrecto [] | Correcto [] |
| d. 72 | Incorrecto [] | Correcto [] |
| e. 65 | Incorrecto [] | Correcto [] |

Total correcto:_____

» **Escolaridad < 8 años (Máximo 5)**

Reste de 3 en 3 a partir de 20

- | | | |
|-------|----------------|--------------|
| a. 17 | Incorrecto [] | Correcto [] |
| b. 14 | Incorrecto [] | Correcto [] |
| c. 11 | Incorrecto [] | Correcto [] |
| d. 8 | Incorrecto [] | Correcto [] |
| e. 5 | Incorrecto [] | Correcto [] |

Total correcto:_____

» **Le voy a decir 3 objetos. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita (Máximo 3)**

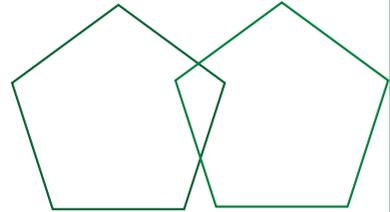
- | | | |
|--------------|----------------|--------------|
| 1. Papel | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 2. Bicicleta | Incorrecto [] | Correcto [] |
| 3. Cuchara | Incorrecto [] | Correcto [] |

Total correcto:_____

CIERRE LOS OJOS (*Nota. Dar la orden junta)

» Copia de un dibujo: (Máximo 1)

Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, debe tener 10 ángulos.



Total correcto: _____

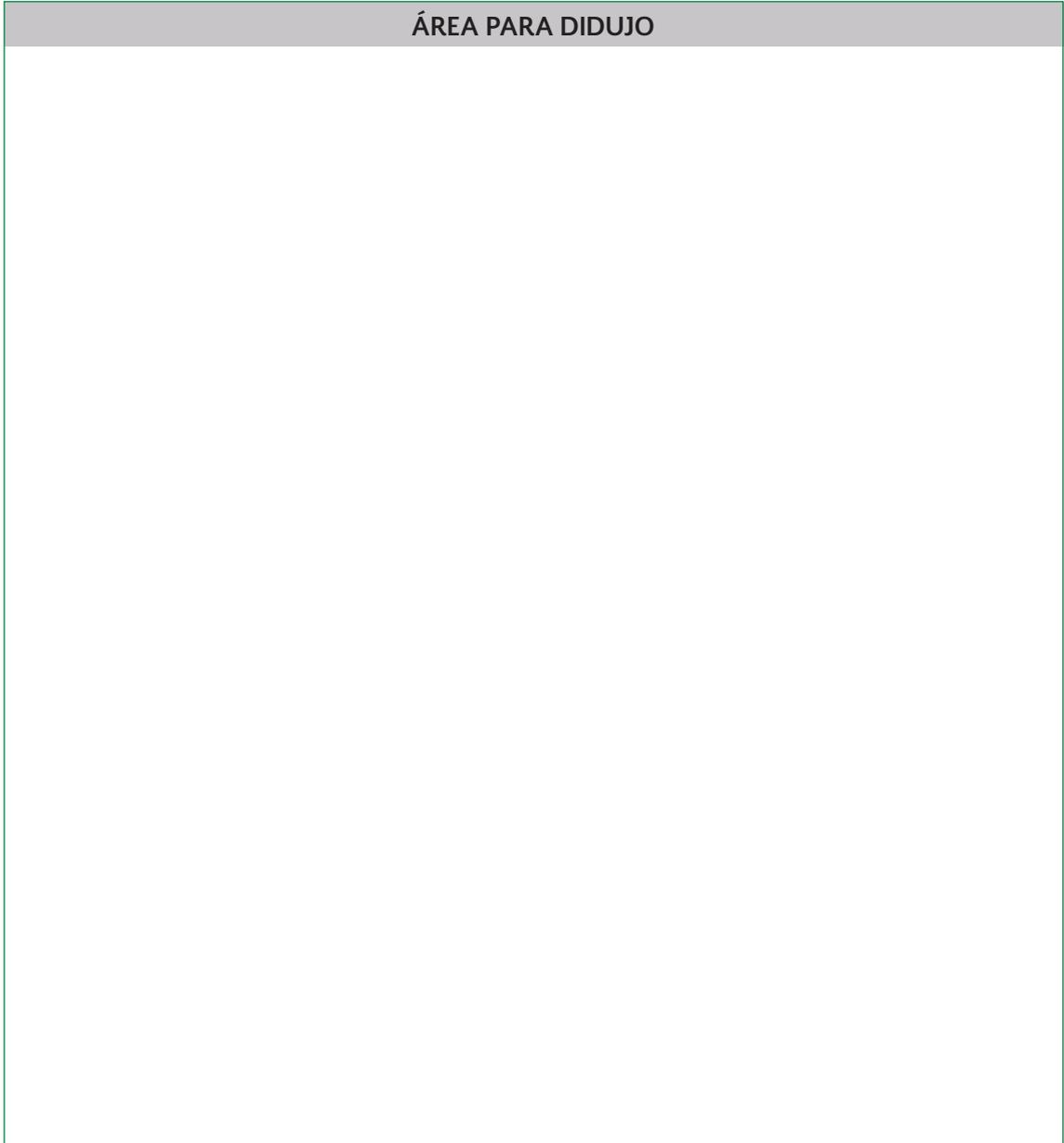
» Escritura de una frase: (Máximo 1)

Quiero que escriba una frase que tenga sentido

Total correcto: _____

ÁREA PARA ESCRIBIR FRASE

ÁREA PARA DIBUJO



DIRECTORIO

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud
Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud
Dr. Jesús Felipe González Roldán
Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Dra. Gabriela Raquel Ortiz Solís
Directora del Programa de Salud del Adulto y el Anciano

AUTORES

Dra. Margarita Becerra Pino
Dr. Javier Calleja Olvera
Dra. María Esther Lozano Dávila
Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz
Dra. Zoila Trujillo de los Santos

COAUTORES

Dr. Carlos Humberto Álvarez Lucas
Dra. Lylia Berthely Jiménez
Dr. Rafael Camacho Solís
Dr. Carlos Humberto Gámez Mier
Lic. Martha García Flores
Dr. Lorenzo Fuentes
Dr Leopoldo Fco. Javier Casillas
Dr. Raúl Mena López
Dra. Yolanda Moreno Castillo
Dr. Armando Pichardo Fuster
Gral. Brigada Dr. Victor M. Rico Jaime
Dr. Antonio Rosales Piñon
Dra. Maria de Lourdes Tokunaga Bravo
Lic. Beatriz Vázquez Cuarto

CRÉDITOS

Cartel de portada:
Título: "Estoy orgulloso de mi abuela"
Cortesía: Universidad del Valle de México
Alumnos: Virginia Tovilla López, Dulce María Mejía Ruíz
y Griselda García Guillén

AGRADECIMIENTOS

Dra. Elsa Cristina Arenas de Kant
Dra. Araceli Arévalo Balleza
T.S. Rogelio Archundia González
Lic. Erica Tania Chaparro González
C. Evangelina Escobar Moreno
Lic. Ger. Edgar Alejandro García Fuentes
Dra. Érika Rodríguez Reyes
Lic. Gloria Vargas Esquivel

Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Programa Nacional de Atención al Envejecimiento
Publicación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento
Si desea mayor información favor de comunicarse a:
Tels: (55) 26 14 64 39 y (55) 2614 64 40
E – mail: www.salud.gob.mx

SECRETARIA DE SALUD

© 2013 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y
CONTROL DE ENFERMEDADES.
Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención Alteraciones
de la Memoria en la Persona Adulta Mayor.
ISBN 978-607-4-460-150-3
Coordinadores de Obra:
Dra. María Esther Lozano Dávila.
Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera.
Calle: Benjamin Franklin # 132 , 2º. piso.
Col: Escandón 2ª sección.
Del: Miguel Hidalgo. México D.F. 11800

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Subdirección de Atención al Envejecimiento

www.gobiernofederal.gob.mx · www.salud.gob.mx · www.cenaprece.salud.gob.mx



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF
Nacional

INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

