

**COMPORTAMIENTO SOCIODEMOGRAFICO Y CLINICO DE LAS DEMENCIAS
EN LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS DEL MUNICIPIO DE NEIVA,
PERIODOS 2003-2005**

**Alfredis González Hernández.
Angela Cristina Riveros Medina.
Angela Magnolia Rios Gallardo.
Carlos Andrés Alarcón Celis.
Ricardo Valdez Alcalá.**

**Universidad Surcolombiana
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Psicología
Neiva
2005**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. OBJETIVOS	11
4. ANTECEDENTES	12
5. JUSTIFICACIÓN	14
6. MARCO TEORICO	15
6.1. CONCEPTUALIZACIÓN	15
6.2. ENVEJECIMIENTO NORMAL Y ENVEJECIMIENTO PATOLOGICO	16
6.3 DETERIORO COGNITIVO EN DEMENCIAS	17
6.3.1. Deterioro Cognitivo Leve	17
6.3.2. Deterioro Cognitivo en Demencias	17
6.4. CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS	17
6.4.1. Clasificación Clínico – Anatómica	17
6.4.2. Clasificación Evolutivo – Terapéutica	18
6.4.3. Clasificación por Edad de Inicio	19
6.5. DESCRIPCIÓN DE LAS DEMENCIAS MÁS COMUNES	19
6.5.1. Demencia Tipo Alzheimer (DTA)	19
6.5.2. Demencia Vascular (DV)	20
6.5.3. Demencia Fronto – Temporal (DFT)	20
6.5.4. Enfermedad de Huntington	20
6.5.5. Enfermedad de Parkinson	21
6.6. EPIDEMIOLOGIA DE LAS DEMENCIAS	21
6.6.1. Estudios de Prevalencia	22
6.6.1.2. Estudios de Incidencia	24
6.6.1.3. Factores de Riesgo	25
6.6.1.3.1. Factores Sociodemográficos	25
6.7. DIAGNOSTICO EN DEMENCIAS	27
6.7.1. Diagnóstico Diferencial en Demencias	27
6.7.1.1. Vejez Normal Vs. Vejez Patológica	27
6.7.1.2. DTA Vs. DV	28
6.7.1.3. Depresión Vs. Demencia	28
6.8. EVALAUCIÓN Y CRITERIOS CLÍNICOS EN DIAGNÓSTICO EN DEMENCIA	28
6.8.1. Evaluación Multidisciplinaria	29
6.8.1.1. Modelo Explicativo del Funcionamiento Cerebral	29
6.8.2. Evaluación Neuropsicológica	30
6.8.2.1. Exploración Neuropsicológica Básica	30
6.8.2.2. Exploración Neuropsicológica Específica	32
6.8.3. Evaluación Neurológica	33
6.8.4. Evaluación Neuropsiquiátrica	33

6.9.	CRITERIOS DIAGNOSTICOS	34
7.	METODOLOGIA	35
7.1.	CARACTERISTICAS GENERALES DEL DISEÑO	35
7.1.1.	Tipo de Estudio	35
7.2.	POBLACIÓN	36
7.2.1.	Muestra	36
7.2.1.1.	Muestra Estratificada	36
7.2.1.2.	Muestreo	37
7.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
7.4.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
7.5.	TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
7.5.1.	Procedimiento e Instrumentos Utilizados	37
7.5.2.	Coordinación y Control de Calidad	38
7.5.3.	Perfil de los Investigadores	39
7.6.	VARIABLES DE ESTUDIO	39
7.6.1.	Variables Sociodemográfica	39
7.6.2.	Variables Clínicas	40
7.6.3.	Operacionalización de Variables	41
7.7.	TÉCNICAS DE ANÁLISIS E DATOS	50
7.7.1.	Análisis de Datos Primera Fase: Tamizado	50
7.7.1.1.	Base de Datos y Procesamiento Inicial	50
7.7.1.2.	Manejo de la Variable Cognitiva	50
7.7.1.3.	Variable Comportamental: Actividades de la Vida Diaria (Lawton)	50
7.7.1.4.	Variable del Estado de Ánimo: Nivel de Depresión (Yesavage)	50
7.7.2.	Análisis de Datos Segunda Fase: Aproximación Diagnóstica	50
8.	RESULTADOS	55
8.1.	Perfil Socio Demográfico	55
8.1.2.	Antecedentes Médicos Personales	63
8.1.3.	Resultados Variables Clínicas	67
8.1.4.	Puntos de Cortes hallados para la Población Estudiada	67
8.2.	RESULTADOS SEGUNDA FASE: APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA	72
8.2.1.	Perfil Socio Demográfico	72
8.2.2.	Personas Clasificables según Características Socio Demográficas	74
8.3.	DISTRIBUCIÓN DE LAS DEMENCIAS POR DIAGNOSTICO PROBABLE	79
8.4.	PREVALENCIA DE LAS DEMENCIA EN EL MUNICIPIO DE NEIVA	82
	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	88
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
	BIBLIOGRAFIA	91
	ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1: Distribución de la Muestra por Sexo	55
TABLA N°2: Edad y Sexo de los Adultos Mayores de la Muestra	56
TABLA N°3: Distribución de la Muestra por nivel de Escolaridad en Años	57
TABLA N°4: Distribución de la Muestra Agrupados por Macroestratos	58
TABLA N°5: Accesos a los Servicios de Salud	59
TABLA N°6: Accesos a los Servicios Públicos	60
TABLA N°7: Distribución por Tipo de Vivienda	61
TABLA N°8: Tipo de Cuidador – Acompañante	62
TABLA N°9: Enfermedades	63
TABLA N°10: Antecedentes de Toxicidad	64
TABLA N°11: Autopercepción	65
TABLA N°12: Quejas Subjetivas de Memoria y Evolución	66
TABLA N°13: Estado de Dependencia e Independencia en AVD	67
TABLA N°14: Nivel del Estado Emocional	68
TABLA N°15: Punto de Corte con respecto al MMSE	69
TABLA N°16: Punto de Corte por Escolaridad con respecto al MMSE	70
TABLA N°17: Punto de Corte por Edad y Escolaridad	70
TABLA N°18: Distribución de la Muestra por Resultados por MMSE	71
TABLA N°19: Distribución de Personas que pasaron a Segunda Fase	72
TABLA N°20: Distribución de Personas no clasificables que pasaron a Segunda fase	73
TABLA N°21: Distribución por grupos Etnicos	74
TABLA N°22: Distribución por sexo	75
TABLA N°23: Distribución por Escolaridad en Años	76
TABLA N°24: Antecedentes Médicos de Personas con Demencia	76
TABLA N°25: Grado de Severidad de las Demencias	78
TABLA N°26: Distribución de Porcentaje por probable Demencia	79
TABLA N°27: Distribución y Porcentaje por probable Demencia Degenerativa	80
TABLA N°28: Resultados de la evaluación de segunda fase	82
TABLA N°29: Prevalencia en demencias por grupo Etnico	83
TABLA N°30: Prevalencia de las Demencias por Sexo	84
TABLA N°31: Prevalencia de las Demencias por Nivel de Escolaridad	85
TABLA N°32: Prevalencia de las Demencias por Macroestrato	86
TABLA N°33: Prevalencia de las Demencias por Tipos	87

1. INTRODUCCION

La población mundial de personas de edad avanzada ha crecido de manera importante en los últimos años, debido entre otros motivos , al control de la natalidad, a los avances en materia de prevención y control de enfermedades; lo que conlleva a cambios importantes en la estructura de la pirámide poblacional; en 1995 se estimó que 375 millones de personas (6% de la población mundial) tenía más de 65 años, siendo esta proporción mucho mayor en Europa (14%) y en Norte América (13%) que en Latinoamérica (5%) y en África (3%), con un predominio de mujeres (57%) sobre los hombres.

En Colombia (JACQUIER, M., et. al 2002) se esta viendo la tendencia mundial al envejecimiento poblacional y para el periodo comprendido entre 1973-1985 la población total del país creció en un 2.5%, mientras que el grupo de ancianos tuvo un crecimiento del 4.0 % (Instituto Nacional de Salud, 1991). “Según estudios demográficos, en Colombia, el número de ancianos se duplicará en un lapso de solo 23 años, pasando de 1.758.000 personas en 1985 a 3.500.000 en el 2008, para llegar a ser el 12.8% (6.606.000) de la población total del país en el año 2025(MS, 1997).

En consecuencia, con el aumento en la esperanza de vida se evidencian fenómenos relevantes inherentes al envejecimiento entre los cuales se tienen las enfermedades propias de edades tardías como la demencia.

En las últimas décadas, la sociedad ha empezado a dimensionar el problema médico, social y económico representado por las Demencias y la magnitud de esta situación ha hecho que algunos autores se refieran a esta problemática como una epidemia que se aproxima.

Esta alarma se justifica teniendo en cuenta que la mayoría de las demencias aparecen en personas mayores de 65 años y este fragmento de la población es el de mayor crecimiento a nivel mundial.

La demencia tienen como característica ser progresiva y deteriorante y representa un impacto a todo nivel, por lo tanto se sitúa como fenómeno complejo que exige atención, ya que como problemática ejerce presión sobre las políticas en salud por los altos costos que ella representa, de otro lado perturba de manera significativa la calidad de vida de las personas afectadas y su estructura familiar.

El objetivo general del proyecto pretende identificar y describir las demencias en la población mayor de 60 años del municipio de Neiva; la caracterización

sociodemográfica de la población afectada por esta enfermedad y la estructura metodológica esta diseñada en dos fases, a saber:

La primera fase (etapa de tamizado) en donde se detectan los posibles casos de acuerdo a un protocolo que consta de una encuesta con datos sociodemográficos, escalas de evaluación neuropsicológica, MMSE versión extendida, (ASHFORD 1995), escala de actividades instrumentales de la vida diaria, Lawton Modificada, (GÓMEZ, JF, 1996), y escala de depresión geriátrica, Yesavage, (YESAVAGE, 1983).

En la segunda fase (aproximación diagnóstica) se realiza un examen clínico multidisciplinario compuesto de los protocolos utilizados por el grupo de Neurociencias de Antioquia:

- valoración neuropsicológica, **Batería neuropsicológica:** Batería CERAD: (fluidez verbal, denominación, Memoria lista de palabras, Recuerdo lista de Palabras, Reconocimiento lista de palabras, Praxias constructivas y Evocación, Test de rastreo TMT. Prueba cancelación de la "A", Figura de rey copia y evocación, prueba de 3 Frases, Fluencia verbal "F", Test de Raven parte A, Aritmética del WAIS, Test de Wisconsin – versión corta. **Set de escalas funcionales:** Evaluación del Estado Funcional (Reisberg) Functional Assessment Sataging, Escala Global de deterioro (GDS, Reisberg et al 1982), Escala Barthel de Actividades de la Vida Diaria y alimentación (Modificada), Escala de trastornos de Índice de KATZ, Escala de Lawton , Escala Funcional de Enfermedad de Huntington. Escala de trastornos de Memoria.
- Valoración psiquiátrica: inventario neuropsiquiátrico Cummings, (CUMINGS, 1992).
- Valoración Neurológica: Protocolo de Neurología y Cerad Medico.

Posteriormente y teniendo en cuenta los resultados de las diferentes valoraciones se reúne el equipo interdisciplinario y evalúa cada uno de los casos para emitir un diagnóstico probable con base en los criterios diagnósticos clínicos utilizados a nivel internacional por la comunidad científica para la detección de las demencias (GDS, DSM IV, Escala Hachinski, NINCDS-AIREN Y NINCDS-ADRDA).

A continuación y de acuerdo al nivel de deterioro encontrado se clasifica la población en las diferentes clases de probable demencia para luego caracterizarlos sociodemográficamente.

Los propósitos esperados de este trabajo se deben dar con proyección hacia la población afectada y vinculando a las entidades y profesionales de la salud para utilizar técnicas adecuadas y evitar el infra y pseudodiagnóstico encontrado en la

pesquisa exploratoria hecha por nuestro grupo antes del inicio de este estudio.

Además con los registros elaborados se debe facilitar a los organismos de salud una base de datos para que sirva de apoyo en el diseño de estrategias de prevención y promoción de las demencias en la población mayor de la ciudad de Neiva.

RESUMEN

Palabras Claves: Demencias, Prevalencia.

Para estudiar el contexto sociodemográfico y clínico de los adultos mayores y encontrar la prevalencia de demencias en la población de Neiva, se tomó una muestra aleatoria de 643 adultos mayores de 60 años y se hizo un tamizaje (primera fase) de la misma aplicando tres pruebas: MMSE, para evaluar el estado cognitivo, La escala Lawton modificada, para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria y el yesavage para evaluar el estado de ánimo y nivel de depresión. Para los resultados del MMSE se obtuvieron puntos de corte de la población estudiada aplicando una ecuación de regresión múltiple que ajustara en una curva las variables edad y escolaridad. De esta aplicación pasaron a segunda fase 219 personas con algún nivel de deterioro cognitivo.

A esta población se le realizó una evaluación multidisciplinar (Neurológica, Neuropsicológica y Psiquiátrica) utilizando los protocolos del Grupo de Neurociencias de Antioquia, con algunas modificaciones, los cuales incluyeron el Cerad Neurológico, Neuropsicológico y Neuropsiquiátrico y aplicando los criterios diagnósticos más utilizados (GDS, Hachinski, Índice de Katz) para finalizar la parte evaluativa con un diagnóstico clínico interdisciplinario que situó a estos pacientes en tres grupos: normales (falsos positivos: 5.29%), DCL (falsos positivos: 5.29%) y con demencia (89.41%) en sus diferentes niveles.

Buscando el índice de prevalencia de demencia se encontró que en el municipio de Neiva este es igual a 23.6% para todas las demencias.

Avanzando un poco más en los análisis clínicos (los que en estudio posterior serán refinados con el apoyo de la imagenología y exámenes clínicos), se lograron identificar dos grandes grupos: uno con probables demencias degenerativas (59.9%) y otro gran grupo en el que están incluidas las probables demencias vasculares, mixtas y no especificadas (40%).

Tanto los datos clínicos como los sociodemográficos que acompañaron este estudio son coherentes con lo reportado en la literatura en cuanto a factores de protección, riesgo y comorbilidad.

ABSTRACT

Key Words: Dementia, Prevalence.

To study the socio-demographic and clinic context of elder people and to find the prevalence in dementia in the population of Neiva, it was taken a random sample of 643 elder people, older than 60 and it was made a screening (first phase) applying three test: MMSE to evaluate the cognitive state; the modified LAWTON scale was used to evaluate the instrumental activities of daily life and the YESAVAGE to evaluate the mood and the level of depression.

To get the results of the MMSE three points to cutting of the studied population were obtained using a equation of multiple regression, that adjust in one curve the age and scholarship from this application moved to second phase 219 people with some level of cognitive weakening.

A multidisciplinary evaluation: Neurologic, Neuropsychologic and Psychiatric, was practiced to that population (219) using the protocols of the Antioquia Neurosciences group which included the Neurologic CERAD, Neuropsychologic and Neuropsychiatric and applying the diagnosis criteria more used (GDS, Hachinski, Katz index). Finishing the evaluative part with a clinic interdisciplinary diagnostic that classified this patients in three groups: Normals (positive false. 5,29%) MCD: minimum cognitive damage (positive false 5,29) with dementia (89,41%) in its different levels.

Trying to find the rate of prevalence in dementia it was found that in the municipality of Neiva this rate is 23.6% for all dementias.

Going a head a little more in the clinic analysis (which will be refined with the support of imagingology and clinical exams) the identification of two big groups it was achieved: one with probable degenerative dementias (59.9%) and other big group in which are included the probable vascular mixed dementias and not specified dementias (40%).

The sociodemographic and clinic dates that accompanied this study are consistent with what is reported in the literature in the related to the factors of risk and comorbidity.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de la población de ancianos en el mundo y en nuestra región es incuestionable como también lo es la aparición concomitante de Demencias, al punto de convertirse en un grave problema de salud pública en los próximos años. De hecho, la demencia tipo Alzheimer, que representa el 60% de las demencias, es la cuarta causa de muerte en adultos mayores a nivel mundial y, a menos que se desarrollen métodos eficaces para la prevención y el tratamiento, esta demencia alcanzará proporciones epidémicas.

De otro lado, la prevalencia de las demencias en países desarrollados se duplica cada 5 años en las personas entre los 65 y 94 años. Va desde 1.4% en la población de 65 a 69 a 38.6% en los individuos entre los 90 a 94 años. En países occidentales, aproximadamente dos tercios de las demencias son de tipo Alzheimer, un sexto son de demencia vascular y un sexto se reparte proporcionalmente entre demencia Parkinsoniana, alcohólica y otras causas (MENDEZ MF 1991).

En Latinoamérica como en la mayoría de los países en desarrollo se estima que el 5 % de las personas mayores de 65 años y el 20 % de las mayores de 80 se ven afectados por la demencia (Evans, 1989).

La demencia constituye una enfermedad no solo individual sino social por los alcances y repercusiones que tiene tanto en el enfermo como en su familia, pues esta es llamada la enfermedad de la familia; a nivel laboral representa altos costos para las empresas, entidades privadas y gubernamentales de salud. Si este problema es grave para los países desarrollados que disponen de recursos y medios para atender esta población, para los países en desarrollo, donde al parecer los índices de prevalencia son mayores entre otros porque los factores de incidencia tales como la nutrición y la educación los desfavorecen, pues este problema se agudiza ya que no se cuenta con la infraestructura y recursos adecuados para dar soluciones pertinentes.

En nuestro medio no existe conocimiento acerca de esta problemática puesto que hay clara evidencia de que la población afectada por esta enfermedad es infra y subdiagnosticada, o en la mayoría, en el peor de los casos considerada como cambios normales de la vejez. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente se plantea el siguiente interrogante:

¿CUÁL ES EL COMPORTAMIENTO SOCIODEMOGRAFICO Y CLINICO DE LAS DEMENCIAS EN LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS DEL MUNICIPIO DE NEIVA, PERIODOS 2003-2005?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar el comportamiento sociodemográfico y clínico de las demencias en la población mayor de 60 años del municipio de Neiva en los periodos 2003-2005.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Identificar y cuantificar la presencia de demencias en una muestra significativa de personas mayores de 60 años de la población comunitaria e institucionalizada de la ciudad de Neiva.
2. Clasificar a los pacientes diagnosticados con demencia en dependencia de las características clínicas encontradas: Demencia leve, moderada, severa.
3. Clasificar y describir a los pacientes teniendo en cuenta las características sociodemográficas encontradas.
4. Mediante protocolos amplios hacer un acopio de datos suficiente para soportar y generar en su momento nuevos proyectos.

3.3 PROPÓSITOS

1. Con los registros encontrados elaborar una base de datos y distribuirla a todos los entes de salud regional.
2. Crear, promover y apoyar la asociación Alzheimer para la ayuda a los pacientes y a sus familias.
3. Crear una estrategia amplia de comunicación y divulgación de los datos encontrados; generalizar a nivel de la comunidad y de los profesionales de la salud (psicólogos, médicos y enfermeras), las técnicas diagnósticas utilizadas para evitar el infradiagnóstico encontrado en la pesquisa exploratoria realizada por nuestro grupo antes del inicio de este trabajo.

4. ANTECEDENTES

El fenómeno del envejecimiento esta dado entre otros factores por el incremento progresivo en la expectativa de vida y reducción de la mortalidad situación que pone de manifiesto la aparición y predominio de patologías crónicas y degenerativas propias de la ancianidad como las demencias.

En países desarrollados se ha demostrado que la prevalencia de demencias se duplica cada cinco años en los pacientes entre 65 y 94 años: desde 1.4 % en la población de 65 a 69 años a 38.6 % entre los individuos de 90 a 94 años. La incidencia se triplica cada diez años y esta cifra corresponde en su mayor parte a enfermedad de Alzheimer (ALBERCA R., 2002).

La investigación epidemiológica acerca de las demencias es escasa a nivel mundial, mucho más en lo nacional, regional y, por supuesto, local; pero se han hecho algunos intentos de los cuales se tienen importantes datos y con estos se direccionan las políticas de salud para la población afectada sobre todo en países como Estados Unidos y países Europeos.

A nivel internacional se conoce un estudio hecho en Europa y publicado en 1991 por el grupo EURODEM (Launer LJ, Hofman A: 2000) que es una investigación epidemiológica multicentrica sobre las demencias en donde se estimó que 3.286.000 de personas en la Unión Europea padecen Demencia y que surgen 824.000 casos nuevos cada año

En Latinoamérica los estudios acerca de la prevalencia e incidencia en demencias son muy escasos pero se han hecho algunos intentos; en Concepción, Chile, se realizó un estudio poblacional en individuos mayores de 65 años y se encontró que la prevalencia en demencias era de 5.96% (80 % enfermedad de Alzheimer y 15% demencia vascular y 5% otras etiologías) (Quiroga, 1997).

Por su parte Cuba (GOMEZ N., et. al 2003) realizó un estudio descriptivo-retrospectivo en 286 personas mayores de 65 años para determinar la frecuencia de deterioro cognitivo (que de acuerdo a algunos estudios evoluciona hacia demencia al menos en un 75%); se halló una frecuencia de 9.4 correspondiendo al grupo entre 85 y 89 años el mayor porcentaje (33.3%) del cual el 70.3 % correspondía a mujeres y el 66.6% solamente tenían nivel de escolaridad primario.

En nuestro país, algunos grupos han realizado estudios epidemiológicos; el grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia (CORNEJO, W. LOPERA, F., y otros 1987) ha hecho estudios sobre la genealogía Antioqueña en enfermos

con Alzheimer; ellos encontraron la presencia de una forma presenil de demencia tipo Alzheimer en menores de 50 años y además la presencia de un factor de transmisión hereditaria: el aislado genético más grande del mundo. Además postularon la existencia de un gen mayor que explicaría el modo de transmisión autosómica dominante el cual implica un riesgo del 50% en todos los hijos del afectado (LOPERA, F., et al. 1994)

En Bogotá, el Ministerio de Salud realizó un estudio piloto sobre la prevalencia de las demencias en la población comunitaria y aunque los resultados muestran una aparente alta prevalencia, “no es interpretable, siendo la muestra no probabilística y, por lo tanto, no representativa de la población Bogotana”(Jacquier Marginé, 2000); en cambio, desde el punto de vista de la validación de una estrategia de abordaje comunitario y de utilización y adaptación de técnicas diagnósticas este trabajo representa un pilar importante para el desarrollo de proyectos posteriores.

Ningún estudio de prevalencia de las demencias se ha realizado en el municipio de Neiva ni en ciudades colombianas con características similares. Por pesquisas hechas desde nuestro grupo antes de la iniciación de este trabajo, podemos inferir que estas son infradiagnosticadas en nuestro medio y no existe ningún dato estadístico que oriente a los organismos de salud para atender a esta población y presupuestar a futuro el abordaje y solución a este problema de salud.

5. JUSTIFICACIÓN

La demencia está considerada como una de las enfermedades que más se presenta en la población adulta mayor siendo considerada esta población junto a la infantil la de más alta vulnerabilidad pero una seria dificultad aparece en el momento de proyectar cualquier acción concreta que se oriente al mejoramiento de la salud o de la calidad de vida de estos pacientes cuando no se conoce en nuestro medio cuántos son, dónde se encuentran, cómo viven, si acuden o no a los Centros de Salud, si reciben o no tratamiento adecuado y cual(es) es(son) su(s) padecimiento(s).

En general, cualquier estudio de prevalencia de las demencias (prevalencia se refiere al número de personas con demencia en una población determinada en un punto determinado del tiempo), se justifica si posibilita:

- Ubicar el número de casos dentro de un área particular, permitiendo a las autoridades locales y nacionales planear y organizar los servicios adecuados de atención tanto a nivel de prevención como de intervención si fuese necesario.
- Identificar variaciones regionales en la prevalencia de la demencia y sus subtipos, permitiendo de esta forma que los epidemiólogos desarrollen y evalúen teorías acerca de posibles factores de riesgo de la enfermedad.
- Proporcionar una muestra no selectiva de personas con demencia que viven en marcos comunitarios y permitiendo además conocer sus circunstancias de vida, redes de apoyo y accesibilidad a los servicios de salud.
- Capacitar y sensibilizar a la comunidad en general acerca de la problemática que representan para la sociedad las demencias.

Este trabajo, de hecho, responde a los cuestionamientos y necesidades anteriores, los cuales a su vez serán orientadores para las entidades de salud en cuanto es a ellos a quienes compete dar soluciones concretas; estos datos en manos de los profesionales de la salud y de la comunidad en general serán también un hecho y una herramienta de presión y de ayuda. Los resultados servirán de base para predecir el crecimiento de la población que padecerá demencia en el futuro próximo, sus costos aproximados y recomendaciones sobre las acciones a seguir, pero sobre todo el direccionamiento sobre el abordaje multidisciplinar que deben tener las personas afectadas por la demencia y sus familias.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Como todas las etapas de la vida, la senectud se asocia con ciertas características físicas y psicológicas particulares; hay enfermedades que son más frecuentes en esta etapa que en cualquier otra época de la vida como es el caso de la Demencia la que está considerada como una de las enfermedades más frecuentemente asociada con la vejez.

Esta patología es entendida como un síndrome clínico que se caracteriza por la pérdida progresiva de las habilidades cognoscitivas (memoria, pensamiento, lenguaje, juicio y razonamiento) y emocionales de suficiente severidad que interfieren con el funcionamiento social y ocupacional de las personas que la padecen.

Lo anterior corrobora lo expresado por Mesulam cuando la define como un síndrome clínico que consiste en un inicio insidioso de trastornos cognoscitivos y del comportamiento con deterioro progresivo que eventualmente interfiere con actividades de la vida diaria que son apropiadas para la edad del paciente, en la demencia el decremento intelectual puede afectar cualquier dominio cognoscitivo, incluyendo memoria, lenguaje, atención, orientación espacial o pensamiento y el deterioro en la conducta involucra cambios en las funciones complejas cognoscitivas y operaciones del comportamiento relacionadas con introspección, juicio, modulación de las conductas dentro de un contexto social, regulación de impulsos y del estado de ánimo (MESULAM, M, 2000)

En este mismo orden de ideas, Ardila considera que en la instalación de un proceso demencial existen factores fundamentales que deben considerarse al analizar los cambios en la actividad psicológica consecuente al daño cerebral, es por esto que en su conceptualización da relevancia a las funciones intelectivas superiores especialmente las mnésicas y emocionales alterando de manera importante la función social y laboral del individuo (ARDILA, A., ROSSELLI, M., 1987)

Es importante anotar que, en general, todas las definiciones que se tiene sobre las demencias coinciden en reafirmar la importancia de tener en cuenta a la hora del diagnóstico los cambios cognoscitivos y comportamentales asociados al deterioro progresivo de dichas funciones con la consecuente pérdida paulatina de las actividades de la vida diaria.

6.2 ENVEJECIMIENTO NORMAL Y ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

La vejez es una etapa de la vida que tiene características biológicas, psicológicas y sociales que la definen y la convierten en una etapa del desarrollo tan importante como cualquier otra; se asocia con una serie de cambios progresivos en el sistema nervioso que produce alteraciones sensoriales y perceptuales distintivas de la senectud. Se debe tener en cuenta que no en todas las personas estos cambios se presentan de la misma manera y hay un rango amplio de diferencias en la vejez normal; sin embargo, la característica más común es que el deterioro es lento y no inhabilita la actividad normal de las personas; de otra manera se consideraría una vejez patológica.

Los “olvidos” son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal pero son también característicos de las etapas iniciales del síndrome demencial. Estos últimos determinan una pérdida progresiva de las funciones intelectuales acompañadas de afectación funcional.

El deterioro de la memoria es lento en el envejecimiento normal y más acelerado en el caso de una demencia. La memoria sensorial se encuentra mínimamente conservada, pero la memoria reciente está altamente deteriorada; La emergencia de dificultades en la cronología de los eventos, es decir, la memoria secuencial es otra característica del envejecimiento normal.

Además, el envejecimiento normal va acompañado de disminución de la agudeza y habilidad perceptual, lentificación de los procesos psicomotrices y cognitivos (tiempos de reacción, memoria reciente) deterioro de las habilidades visoespaciales y constructivas que también se correlacionan con la edad; procesos como el lenguaje, y las capacidades verbales permanecen estables y tienden a ser más persistentes en el envejecimiento, se ha concluido que el coeficiente intelectual permanece relativamente estable entre los cincuenta y los sesenta años y que a medida que avanza el tiempo hay una lentificación y pérdida de la plasticidad cerebral

En cuanto al envejecimiento patológico, la instalación relativamente rápida del deterioro de la capacidad intelectual y funcional, contrasta con el deterioro lento y progresivo que se observa en el envejecimiento normal y lleva a considerar a la demencia como una entidad patológica algunas de cuyas causas orgánicas son plenamente reconocibles: accidentes isquémicos en la demencia multi-íntos, infecciones virales en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, deficiencias de dopamina en la enfermedad de Parkinson etc.

6.3. DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIAS

Una de las características importantes en la vejez tanto normal como patológica es el deterioro cognitivo progresivo, entre otras alteraciones, siendo este más rápido y evidente en la vejez patológica.

Se pueden identificar claramente diferentes grados de deterioro cognitivo que van desde el llamado deterioro cognitivo leve (DCL) hasta el deterioro cognitivo en demencia cuyos grados han sido clasificados como: leve, moderado y severo y que han sido descritos así:

6.3.1. Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

Se define como un grupo de trastornos mentales que tienen como eje común una alteración orgánica cerebral que implica el declive de las funciones intelectivas; se considera en el límite entre la normalidad y la demencia. De hecho su detección nos orientará hacia el diagnóstico de demencia o hacia su descarte dependiendo de las características de su evolución, las cuales pueden parecerse más a las de la evolución normal de la vejez o a un proceso patológico como el demencial. Según el grupo español Clínica de Mayo los sujetos que cumplen los criterios de DCL están en alto riesgo de evolución a demencia; la tasa de conversión es del 15%, mientras que en la población general se sitúa entre el 0.5-1.5 %. (GOODING, P., 2004)

6.3.2. Deterioro Cognitivo en Demencia.

Para identificar claramente los diferentes grados de deterioro en un síndrome demencial se cuenta con herramientas como el GDS (Reisberg, 1982) que es la escala diagnóstica más utilizada para clasificar los diferentes niveles de deterioro cognitivo en los cuadros demenciales.

6.4. CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS:

Para clasificar las demencias es necesario utilizar los criterios vigentes que la comunidad científica ha tenido en cuenta para esta patología; entre ellos, la edad de inicio, la etiología, la patología subyacente (degenerativa, vascular o metabólica) y los signos neurológicos que la acompañan.

6.4.1. Clasificación Clínica – Anatómica.

Esta clasificación, la más reconocida, ha sido acogida por múltiples autores y fue propuesta por Benson en 1982, para ayudar al reconocimiento y categorización temprana de los estados demenciales, en este grupo encontramos las corticales,

subcorticales, las de tipo axial y las demencias globales.

Así, las demencias corticales se caracterizan por alteraciones a nivel cognitivo donde los pacientes presentan modificaciones que afectan las áreas de asociación que median en el lenguaje, en los movimientos especializados y la percepción; además, presentan afasia, apraxia y agnosia; la enfermedad de Alzheimer es un ejemplo típico de esta demencia.

Con respecto a las demencias subcorticales se produce una pérdida gradual de la capacidad cognitiva, pero las áreas corticales de asociación generalmente no se afectan, por tanto, la afasia, la apraxia y la agnosia están ausentes. Sin embargo, es característica de estas demencias la presencia de una profunda apatía acompañada de alteraciones en el sistema motor y en la verbalización (hipofonía y disartria); como ejemplo podemos tomar la demencia de Huntinton.

En cuanto a las demencias axiales, la persona presenta una alteración en la memoria reciente, lo que ocasiona que el aprendizaje de tareas nuevas sea prácticamente imposible, y esto se debe a que “las demencias axiales involucran las estructuras axiales del cerebro, como la porción medial de los lóbulos temporales, hipocampo, fornix, cuerpos mamilares y el hipotálamo, además de no presentar alteraciones cognitivas específicas”. La hidrocefalia normotensiva hace parte de esta clase de demencia.

Finalmente, las demencias globales son las que presentan combinaciones de las precedentes, especialmente de las cortico – subcorticales; ejemplo: el complejo parkinson - demencia.

6.4.2. Clasificación Evolutiva- Terapéutica.

Esta clasificación, también acogida por la mayor parte de los teóricos en demencias y propuesta por Wells en 1981, se realiza considerando la posibilidad que tiene la demencia de ser tratada e intervenida a tiempo para buscar su recuperación, allí encontramos las demencias tratables y potencialmente reversibles, demencias tratables e irreversibles y las demencias no tratables e irreversibles.

Cuando se habla de demencias tratables se refiere a aquellas que pueden ser susceptibles a tratamiento médico o quirúrgico. Entre las causas frecuentes de cuadros demenciales tratables están los tumores benignos (meningiomas) y los hematomas subdurales.

Dentro de esta clasificación también se encuentran las demencias que son debidas a lesión cerebral irreversible, para las cuales no hay tratamiento conocido, y constituyen el grupo de las demencias no tratables; la enfermedad de Pick y la demencia tipo Alzheimer estarían dentro de este grupo.

De otro lado, en el grupo de las demencias tratables e irreversibles se incluirían aquellas en las que un tratamiento oportuno podría detener el proceso demencial pero no revertirlo completamente. En estas patologías, se entiende que pueden ser tratadas pero el tratamiento es únicamente paliativo.

6.4.3. Clasificación por edad de inicio:

Fue propuesta por Miller en 1977 y parte de un límite de 65 años: si el cuadro demencial ocurre antes de esta edad se considera como una demencia presenil y si su instalación es posterior como senil.

6.5. DESCRIPCION DE LAS DEMENCIAS MAS COMUNES.

6.5.1. Demencia Tipo Alzheimer (DTA)

El Neurólogo Alemán Alois Alzheimer describió por primera vez, dicha entidad patológica en el año de 1907. Su prevalencia no ha sido claramente establecida, pero en general se ha creído que constituye el 60% de todas las demencias y que aproximadamente el 13% de los individuos mayores de 65 años la presentan.

La DTA es un síndrome neurodegenerativo que produce declinación intelectual progresiva así como también una variedad de alteraciones neuropsiquiátricas y conductuales. Las alteraciones neuropsicológicas de la DTA incluyen anomalías de la memoria reciente y remota, afasia, trastornos visuo-espaciales y visuo-constructivos y defectos del cálculo, praxias, abstracción y juicio. El compromiso neuropsiquiátrico incluye alteraciones de la personalidad, ideas delirantes y confusión, alucinaciones, depresión, trastornos del sueño, del apetito y de la sexualidad y presencia de conductas motoras anormales.

Por otra parte, las repercusiones familiares y sociales de la entidad son muy grandes por la declinación paulatina e irreversible de las funciones cognitivas que la caracterizan, convirtiendo al paciente en una persona dependiente hasta en las actividades más elementales de la vida diaria.

La DTA (Lishman, 1978) abarca tres fases:

- **Olvido:** Se presenta en los primeros dos años de la enfermedad caracterizado por la presencia de trastornos mnésicos, desorientación espacial severa, la expresión verbal se hace menos fluida, dificultad para hacer cálculos, incapacidad para resolver situaciones nuevas y depresión.
- **Confusional:** Marcado por un deterioro rápidamente progresivo de las funciones intelectuales, apareciendo síntomas focales como apraxia, afasia,

agnosia y acalculia, los defectos amnésicos previos se exageran con compromiso no solo de la memoria episódica sino también de la memoria semántica, también están presentes alteraciones en la postura y la marcha y comienzan a aparecer síntomas psíquicos.

- Demencial: Deterioro intelectual y comportamental, evidente en el comportamiento social, incontinencia urinaria y fecal.

Aparecen signos y síntomas neurológicos severos (reflejos patológicos de succión, presión, búsqueda y signos de Babinski); el paciente queda reducido al lecho asumiendo posiciones rígidas o de flexión, puede desarrollar hemiparesia y presenta atrofia cortical evidente en escanografía cerebral.

6.5.2. Demencia Vascular (DV).

Dentro de la DV se agrupan todas las demencias cuya etiología está basada en procesos cerebrales isquémicos o hemorrágicos.

Se denomina, entonces demencia vascular, a una “entidad que engloba todos aquellos síndromes que cursan con deterioro global de las funciones cognitivas superiores como resultado de lesiones vasculares cerebrales, isquémicas, o de causa cardiovascular o circulatoria” (Loeb, 1990; Román, 1992, 1993; Gorelick, 1994). Es importante anotar que el paciente que presente este tipo de demencia ha padecido un historial premórbido de hipertensión arterial.

6.5.3. Demencia Fronto-temporal (DFT).

Con respecto a la DFT (McKHANN GM. 2001) considera esta como “una entidad clínica definida por un cambio progresivo en la personalidad, caracterizado por dificultades en modular el comportamiento y respuestas o actividades inapropiadas, por una alteración temprana y progresiva del lenguaje, o por ambas”. En este cuadro demencial, las funciones ejecutivas superiores se encuentran bastante alteradas y eso explica los cambios comportamentales, que involucran juicio y raciocinio en diferentes situaciones.

6.5.4. Enfermedad de Huntington.

Se trata de un trastorno degenerativo subcortical de carácter progresivo del sistema nervioso central, caracterizado por la existencia de movimientos repetitivos, excesivos e involuntarios que incluyen un grado de distonia (Corea), alteraciones de la conducta y deterioro cognitivo progresivo. Los movimiento coreicos incluyen todo el cuerpo y en algunos casos hay disquinesia, aquinesia, bradiquinesia y rigidez. En las fases iniciales de la enfermedad, los movimientos coreicos son más evidentes en los movimientos con propósito como vestirse, peinarse, etc. En estadios medios de la enfermedad hay enlentecimiento

psicomotor, dificultad para realizar tareas complejas; mientras que la memoria, el lenguaje y la capacidad de comprensión permanecen relativamente conservados.

Al progresar, la demencia llega a ser completa distinguiéndose de la DTA por la alta incidencia de depresión y de psicosis, además por los clásicos movimientos coreícos.

6.5.5. Enfermedad de Parkinson.

La enfermedad de Parkinson es una alteración de los ganglios basales cerebrales que neuropatológicamente se caracteriza por una degeneración preferencial de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia nigra; cursa frecuentemente con demencia y depresión y los síntomas principales son motores: Rigidez muscular, temblor de reposo, aquinesia (dificultad para iniciar o terminar un movimiento), bradiquinesia (lentitud en la ejecución del movimiento), el control fino del movimiento está severamente alterado con compromiso de la coordinación y ausencia de mímica facial, la voz pierde su entonación y prosodia y aparece un lenguaje disártrico. Sin embargo, los pacientes con enfermedad de Parkinson presentan lentitud del procesamiento cognitivo y déficit neuropsicológicos específicos de memoria, de las funciones frontales y de la capacidad visuo-espacial.

Además de los déficit neuropsicológicos, en los pacientes con enfermedad de Parkinson es común encontrar alteraciones emocionales, conductuales o ambas; como la depresión y los rasgos obsesivos comportamentales en las fases avanzadas de la enfermedad.

6.6. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DEMENCIAS.

La epidemiología es el estudio de la distribución de las enfermedades en las poblaciones; en otras palabras, es la que señala que proporción de la población está enferma.

En cuanto a la epidemiología de las demencias, la prevalencia ha sido la mas investigada siendo destacable la disparidad de los resultados en los diferentes estudios, debido en parte a los diferentes criterios diagnósticos utilizados.

Existe acuerdo al considerar que la prevalencia de las demencias aumenta con la edad, de modo que se duplica cada 5 – 5.1 años, sin que se hayan observado diferencias significativas entre los sexos. En una revisión reciente a nivel europeo (LOBO, A., et. al., 2000) la prevalencia resultó de 0.8 % para el grupo de edad de 65 años y del 28.5% para la población de mas de 90 años.

Actualmente, hay razones para pensar que los riesgos de padecer una demencia de una persona de 80 años en el 2004 pueden ser los mismos de una persona de

70 años hoy. Si esta postergación en la aparición de la enfermedad de Alzheimer ocurriera (lo cual es bien probable si se detecta y trata precozmente), el rango de aparición de nuevos casos sería mucho menor que lo que predice el modelo estadístico y, en este caso, el problema que se avecina con características de catástrofe epidemiológica sería manejable (Arizaga, R, 2002). La población en donde se evidencia en mayor número el síndrome demencial es la femenina aunque dicha afirmación debe evaluarse desde diferentes puntos de vista porque la explicación dada no es muy clara en tanto que no se ha profundizado en controlar la variable natalidad en mujeres con respecto a hombre. (Lasprilla, J. 2002)

6.6.1 Estudios de Prevalencia

La prevalencia es la proporción de casos de una enfermedad en una población y momento determinado. Representa la sobrecarga de una enfermedad en una población y es muy importante cuando se programan políticas sanitarias ya sea en prevención y promoción o se comparan diferentes poblaciones.

Con relación a la prevalencia en demencias, esta crece de manera importante con la edad, este incremento se desacelera e incluso se hace poco significativo a partir de los 85 a 90 años (LOBO, A., et. al., 2000).

En cuanto a los tipos de demencia, la más frecuente es la demencia tipo Alzheimer y constituye el 50 a 60% de los casos de demencia en los países occidentales. El segundo tipo más frecuente es la demencia vascular que alcanza entre un 15 y 30% de todos los casos. Otras causas de demencia son los traumatismos craneoencefálicos, la hidrocefalia normotensa, los tumores, la enfermedad de Wernicke – Korsakoff y las demencias alcohólicas los cuales representan entre el 1 y 5% (LOBO, A., et. al., 2000).

Con respecto a los estudios de prevalencia de la demencia tipo Alzheimer, las cifras que se tienen son recogidas, no siempre coinciden; un estudio hecho en Europa muestra la prevalencia de esta enfermedad por grupos etareos: para edades entre los 30 y 59 años 0.02%; de 60 y 69 años 0.3%; para edades entre 70 a 79 años 3.2%; para el grupo de 80 a 89 años el 10.8% (LOPEZ, P., et. al., 1995)

Otros estudios reportados recientemente en España (ALBERCA, R., L., 2002) hablan de que “la distribución de las demencias en los subtipos correspondió en un 48% para las demencias degenerativas primarias tipo Alzheimer, en un 21.8% para las demencias vasculares, un 25.7 % para las demencias mixtas y un 4.5 % para las demencias secundarias”.

En Latinoamérica (ARIZAGA, R., 1998) La prevalencia de demencia vascular en sujetos mayores de 65 años oscila entre 0.8 y 3.1%. Dicha prevalencia aumenta

con la edad de forma exponencial y así, en los sujetos mayores de 80 años, sería de 1% en hombres y 11% en mujeres. La supervivencia es algo menor en la DV que en la DTA, ya que la mortalidad anual de la primera es superior al 10%. Se observa demencia en un tercio de los pacientes con lesiones cerebro vascular múltiple y en una sexta parte de una serie general de ictus. El riesgo de que un paciente desarrolle una demencia vascular en el plazo de un año tras de un ictus se estima en un 5 a 10%, con fuertes variaciones según la edad.

Otros estudios clásicos bien conocidos nos reportan los siguientes datos:

KAY Y BEGMAN (1980).

Grupos Etarios	prevalencia ambos sexos
65-69	2.1
70-74	3.3
75-79	8.0
80 +	17.7

JORM Y COLS. (1987)

Grupos Etarios	tasa de prevalencia
60-64	0.7
65-69	1.4
70-74	2.8
75-79	5.6
80-84	10.5
85-89	20.8
90-95	38.6

RICHIE Y COLS.(1991).

Grupo Etario	tasa de prevalencia
65-69	1.4
70-74	2.6
75.79	4.7
80-84	8.1
85-89	14.9

EURODEM (1990).

Grupo Etario	Prevalencia
65-69	1.5
70-74	3.2
75-79	6.6
80-84	11.8
85-89	20.5
90-94	29.9

JORM (1990).

Región estudiada	Estudios que muestran la DTA como la más frecuente	Estudios que muestran la DV como la más frecuente
Escandinavia	4	1
Gran Bretaña	6	0
USA	4	1
Europa del Sur	3	0
Rusia	0	3
Japón	0	7
China	0	4

Aunque el factor sexo no parece tener mayor importancia es posible que algún factor ambiental o genético influya.

6.6.1.2. Estudios de Incidencia

La incidencia es la proporción de nuevos casos de una enfermedad en una población determinada en un periodo de tiempo definido. Tal como sucede con la prevalencia, también la incidencia de demencia aumenta exponencialmente entre los 60 y 90 años y según (Mortimer (1981) la incidencia de demencia tiende a disminuir después de los 90 años.

Cabe destacar que el numero de estudios sobre incidencia en demencias es menor que los de prevalencia, también se observa que estos estudios presentan una gran discrepancia de resultados por las diferentes metodologías utilizadas.

Las cifras de incidencia en demencias varían entre 0.085 y 0.088% para todas las edades (Kokmen, 1996) y entre 0.13 y 0.8% para la población de mas de 59 años (Bergmann y cols, 1971).

En España (LLINAS, J., 2001) se han realizado estudios de incidencia en

demencias en Zaragoza, Pamplona y Girona y en todos se ha puesto de manifiesto que la incidencia de demencia aumenta con la edad y que esta es mas elevada en las mujeres. En Girona se halló una incidencia total de 2.3% para edades superiores a 74 años y con un predominio en mujeres.

La incidencia de la EA, en términos generales, se considera que aumenta exponencialmente con la edad y a partir de los 65 años se multiplica por 3 cada diez años, considerándose del 1 % entre los 70 y 79 años y del 3% entre los 80 y 84 años de edad (Katzman y Kawas, 1994).

6.6.1.3. Factores de Riesgo

En general se han identificado los siguientes factores de riesgo para padecer cualquier tipo de demencia: tener un familiar de primer grado que padezca demencia, antecedentes de algún familiar de primer grado con síndrome de Down, la inactividad física, el escaso nivel educativo, antecedentes personales con traumatismo craneoencefálico, antecedentes de hipotiroidismo, historia previa de depresión, padecer hipertensión arterial, enfermedades cardiacas, tabaquismo y diabetes mellitus. En cambio parece ser que el consumir algunos analgésicos, antiinflamatorios, antioxidantes, así como algunos hábitos de vida sana (ejercicio físico y cognitivo) podría constituir factores de protección; sin embargo, esta apreciación no tiene suficiente sustento científico.

6.6.1.3.1. Factores Sociodemográficos

Edad

El envejecimiento por si solo, no es una enfermedad, pero la condición de ser mayor de 65-70 años es un terreno abonado para que surjan las enfermedades neurodegenerativas (Martínez L., et. al., 2001). Al día de hoy no existe una explicación biogerontológica definitiva de esta conexión. Hay personas mentalmente sanas con edades entre 100 y 104 años aunque algunos estudios epidemiológicos, demuestran que la edad es el factor de riesgo más importante para sufrir demencia (Jorm A. et. al., 2000). Hay unanimidad en que existe un aumento exponencial de las cifras de incidencia y prevalencia a medida que se cumplen años (Launer L, Hofman A. 2000)

La prevalencia en esta enfermedad se duplica según la edad, de manera que en la población de 65 a 69 años es del 2%, sube a un 4% entre los de 70 a 74 años, asciende a un 8% entre los de 75 a 79 años, alcanza un 16% entre los de 80 a 84 años y llega a ser un 32% entre los de 85 a 89 años. Sin embargo, aun no esta muy claro si el incremento en la edad se deba simplemente al envejecimiento del cerebro o a otras comorbilidades o eventos que se presentan al avanzar la edad.

Género

Generalmente se admite que la prevalencia de demencias tanto en hombres como en mujeres se encuentra casi en igual porcentaje, sin embargo algunas investigaciones muestran que la enfermedad de Alzheimer es mayor en las mujeres que en los hombres. Se le atribuye esta diferencia a que las mujeres vivían más años una vez desarrollada la enfermedad. Pero los estudios de incidencia, que son considerados más válidos, han confirmado que la demencia tiene mayor aparición en el sexo femenino. Los estudios de EURODEM, basados en 528 casos incidentes entre una cohorte de 28.768 personas seguida longitudinalmente, demostraron fehacientemente que las mujeres tienen un riesgo relativo mayor para sufrir demencia y en particular Alzheimer (Launer LJ, et. al. 1999) el hecho de que las mujeres vivan el último tercio de su existencia en situación de deficiencia estrogénica podría explicar la mayor prevalencia e incidencia en la mismas (Martínez L. et. al., 2000)

Nivel Educativo y Demencias Cociente intelectual y capacidad lingüística

Muchos estudios muestran que la Demencia y la Enfermedad de Alzheimer en particular, son menos comunes en personas con mayor nivel educativo, en un estudio de Snowdon y cols. de correlacionar la capacidad lingüística en la juventud con la aparición de Alzheimer en la vejez, se encontró una asociación recíproca entre nivel cognitivo-educativo bajo en la juventud y padecimiento de esta enfermedad.

Por otro, un estudio hecho en Escocia (Aberdeen) habla de la relación entre la capacidad mental de los niños nacidos en 1921 (medida con el *Moray House Test*, administrado al pasar de la enseñanza primaria a la secundaria) y la subsiguiente aparición de demencia en la vejez; la demencia de inicio antes de los 65 años, la que teóricamente es «más genética», no guardaba relación con las puntuaciones del test de capacidad mental realizado a los 11 años; sin embargo, cuando tales puntuaciones eran bajas correspondían a las personas que padecieron demencia de inicio tardío (después de los 65 años). La población estudiada tuvo probablemente en su infancia condiciones de vida, alimentación, circunstancias socioeconómicas, oportunidades educativas, nivel de salud, etc., bastante semejantes.

Los reportes anteriores apoyan sólidamente la teoría de que la capacidad mental en la infancia modifica la propensión a padecer demencia en la edad senil, aun cuando se desconozcan los mecanismos biológicos subyacentes.

6.7 DIAGNÓSTICO EN DEMENCIAS.

Es uno de los diagnósticos más difícil y complejo; obligatoriamente, debe hacerse en forma interdisciplinaria: diagnóstico neurológico, neuropsicológico, geriátrico y psiquiátrico. Las pruebas de laboratorio e imagenológicas son también indispensables, pero finalmente el diagnóstico en vida es fundamentalmente clínico. Solamente es definitivo, hechas las pruebas neuropatológicas postmortem.

Probablemente el enfoque más útil para los clínicos sea en función de un criterio triple (ALBERCA, R., LOPEZ, S., 2002) la forma clínica de presentación, es decir, cual es el síntoma inicial (amnesia lentamente progresiva, alteración de conducta o de la personalidad, alteración del lenguaje u otros déficit focales selectivos); 2) como es el patrón evolutivo de los síntomas (inicio agudo o lento, progresividad lenta versus rápida, posibles estabilizaciones); 3) como es el perfil específico de los síntomas (síntomas cognitivos versus conductuales, motores versus no motores).

6.7.1. Diagnóstico Diferencial en demencias

6.7.1.1. Vejez normal Versus Vejez patológica.

Uno de los criterios a tener en cuenta, es diferenciar, si estamos en presencia de un déficit de las funciones psíquicas superiores de carácter normal (envejecimiento normal) o, si por el contrario, es de carácter patológico (demencia).

Por tal motivo, se consideran los siguientes como criterios para el diagnóstico diferencial de las alteraciones de memoria ligadas al envejecimiento normal y aquellas indicadoras de demencia (www.biopsicologia.net/fichas/page_5769.html)

- Durante el envejecimiento normal se observan fallas discretas en la memoria.
- Las quejas de memoria se reflejan en actividades de la vida diaria
- El defecto de la memoria debe tener una evolución gradualmente lenta.
- El desempeño en pruebas de memoria debe encontrarse por lo menos una desviación estándar por debajo de la media para adultos normales.
- Existe evidencia de un funcionamiento intelectual global adecuado.
- En términos generales se considera que los puntajes en aquellas pruebas que incluyen habilidades verbales y que constituyen la llamada inteligencia cristalizada tienden a mantenerse estables, mientras que los puntajes en pruebas visuomotrices y de razonamiento espacial, que constituyen la inteligencia fluida alcanzan un máximo en algún momento de la adultez y después inician un descenso rápido a través de la edad.

6.7.1.2. DTA versus DV.

Otro aspecto a tener en cuenta es que para diferencias la DTA en estadios iniciales de la DV, es necesario tener en cuenta el inicio de la enfermedad, puesto que la DV se instaura de manera súbita y toma características similares a la DTA, por el contrario la DTA se inicia de manera lenta y progresiva. La escala Hachinski es uno de los criterios clínicos más utilizados en el diagnóstico diferencial de estas dos entidades.

6.7.1.3. Depresión versus Demencia.

Un cuadro depresivo puede manifestarse como un aparente compromiso global de las funciones intelectuales que pueden tener la apariencia de una demencia; este desorden se ha denominado pseudodemencia depresiva. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la demencia en su fase inicial pueden estar marcados por un estado depresivo y puede percibirse el paciente aun más demenciado.

Se sugieren algunos criterios diferenciadores (ARDILA, A., ROSSELLI, M., 1992) depresión (quejas subjetivas superan hallazgos objetivos; minusvalía; exagera fallas de memoria; instalación relativamente súbita); demencia (hallazgos objetivos superan quejas subjetivas; afecto lábil; negación; poco crítico; instalación progresiva; dificultades para desenvolverse en el medio).

Existen criterios claramente diferenciadores para el diagnóstico clínico entre cada una de las demencias, asunto que no es objeto de estudio en este trabajo y que se realizará en fases posteriores.

6.8 EVALUACION Y CRITERIOS CLINICOS EN EL DIAGNOSTICO EN DEMENCIAS

Para efectos de nuestro trabajo, el diagnóstico de la demencia se basa fundamentalmente en la evaluación clínica y ésta requiere, como condición excluyente, de una exhaustiva evaluación de la función cognitiva. Alfredo Ardila (1992) considera que “la evaluación neuropsicológica para el diagnóstico de las demencias es fundamental y debe abarcar todas las áreas cognoscitivas” (ARDILA, A., ROSSELLI, M., 1992), ya que como se ha podido observar la demencia se instala bajo un proceso de reversión; es decir, las primeras funciones que comienzan a deteriorarse son aquellas adquiridas más tardíamente, como es el caso de las habilidades visuoespaciales o constructivas, las cuales son unas de las primeras funciones que se vuelven sensibles al deterioro; mientras que las últimas funciones que se pierden son aquellas que corresponden a las primeras adquisiciones como son los reflejos primarios de la supervivencia, el adecuado ritmo respiratorio y el control de los esfínteres, entre otros.

6.8.1 EVALUACION MULTIDISCIPLINARIA.

La evaluación de las demencias, sobre todo en estadios iniciales de la enfermedad, resulta una tarea cuidadosa, por tanto requiere de un equipo que involucre profesionales al menos en las áreas neurológica, neuropsicológica, psiquiatría, y geriátrica para una aproximación diagnóstica porque como es bien sabido el diagnóstico definitivo únicamente se puede dar en estado postmortem.

6.8.1.1. Modelo explicativo del funcionamiento cerebral que justifica la metodología de trabajo.

Cualquier valoración neuropsicológica debe fundamentarse en una teoría explicativa del funcionamiento cerebral. En general, las concepciones sobre las relaciones entre el cerebro y las actividades mentales se hallan en una fase de reformulación.

A partir del modelo de Luria se pueden establecer puentes de enlace con aproximaciones ulteriores y definir una aproximación que (J. Peña Casanova, 1991) denomina “neolurianista”, el cual representaría una revisión y ulterior desarrollo del modelo de Luria sobre la organización cerebral.

Para mantenerse dentro del neolurianismo sería importante mantener los conceptos de sistema funcional complejo (como forma de localización funcional distribuida en la corteza), los conceptos de grandes sistemas funcionales (tres unidades funcionales de Luria) y, por último, su aproximación metodológica clínica.

Aunque la exploración neuropsicológica suele estructurarse en una serie de grandes funciones y subtest, no se debe olvidar que la organización cerebral supera las simplificaciones y abstracciones: rara vez un test es específico de una función mental independiente.

La tarea fundamental de la evaluación neuropsicológica debe ser la exploración del o de los componentes funcionales alterados. Toda interpretación fuera de un contexto clínico y funcional determinado puede conducir a grandes errores. La valoración de los resultados neurológicos y neuropsicológicos deben realizarse en el seno de los conceptos de sistema o de redes funcionales.

Lo anterior obliga a realizar evaluaciones generales y evaluaciones más específicas que den idea de un nivel cognoscitivo general y de alteraciones puntuales en algunos sistemas o módulos involucrados en actividades cognoscitivas más amplias. De otro lado la visión de conjunto desde las diversas especialidades posibilitan interpretar los datos específicos y especializados dentro de un contexto de visión unitaria de la actividad cognoscitiva.

6.8.2. Evaluación Neuropsicológica.

La valoración neuropsicológica representa una de las apreciaciones de mayor relevancia para el diagnóstico en demencias puesto que evidencia objetivamente el desempeño integral de las esferas cognoscitivas y valora el estado funcional de estas.

En un sentido amplio la evaluación neuropsicológica esta constituida por un conjunto de métodos y técnicas que facilitan definir de manera clínica el estado de las funciones mentales superiores.

Al respecto Peña casanova (ALBERCA, R., LOPEZ, S., 2002) enfatiza “la valoración neuropsicológica ni empieza ni termina en los test, y es lógicamente mucho mas que administrar un test”; por tanto al hacer una apreciación neuropsicológica se estudian cuidadosamente las relaciones que existen entre los procesos cognitivos, conductuales y emocionales, con el objetivo de identificar y rehabilitar las alteraciones en estas capacidades, derivadas de las disfunciones del sistema nervioso central.

Las técnicas mas utilizadas en la exploración neuropsicológica en demencias dependen básicamente de los objetivos del examinador y del estado del paciente; la clave de la evaluación cognitiva es la definición del patrón de las capacidades alteradas y preservadas en cada paciente.

6.8.2.1. Exploración neuropsicológica básica.

Con el apoyo de una historia clínica completa se realiza la exploración neuropsicológica en forma de entrevista estructurada para conocer el estado mental con el apoyo de un minitest algunos de los cuales son los siguientes:

- Test de evaluación del estado mínimo mental (Mini-Mental State Examinador (MMSE Folstein y cols, 1975).
- Mini examen cognoscitivo (MEC) Lobo y Cols, 1979).
- Mental Status Questionnaire, MSQ, (Khan y cols 1960).
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) Pfeiffer, 1975.

La aplicación de un minitest no tiene sentido sin una evaluación clínica previa pues esta permite aproximar el diagnostico y orientar la mayoría de los cuadros clínicos focales clásicos con la clínica manifiesta o incluso discreta: afasias, apraxias, agnosias, acalculias, síndromes disejecutivos, etc. Es importante anotar que algunos de los síndromes cognitivos clínicos- topográficos se ponen de manifiesto en la mayoría de los casos tan solo con la exploración dirigida, un ejemplo de ello es el Síndrome de Balint (ALBERCA, R.,LOPEZ, S., 2002).

La utilización de los test breves como instrumentos de exploración básica son los mas adecuados en estudios poblacionales epidemiológicos puesto que son de

fácil y rápida aplicación; con la aplicación de estos test a partir de preguntas sencillas sobre orientación y tareas simples de denominación de unos objetos, ejecución de ordenes escritas, copia de una figura y frase, permiten establecer una puntuación global que a partir de un punto de corte sirve como guía para hallar el trastorno neuropsicológico o descartarlo.

La prueba mas utilizada a nivel internacional es el examen mínimo mental abreviado (Minimental State Examinador (MMSE)), (Folstein, 1975) el cual sirve para la valoración inicial del deterioro cognitivo y únicamente determina la existencia o ausencia de déficit cognitivo en el paciente; esta fue modificada y adaptada al español por (LOBO A., ESQUERRA, et. al. 1975); en Colombia también se ha adaptado teniendo en cuenta el nivel cultural de la población y lo utilizaron como prueba de selección para el diagnostico en demencias en un estudio poblacional Colombiano hecho por el grupo GENECO (ROSSELLI, D., ARDILA, A. et al 1998)

EL Minimental evalúa las siguientes áreas:

- Orientación
- Memoria
- Atención
- Capacidad para seguir ordenes orales y escritas
- Escritura espontánea
- Habilidades visuoestructurivas

Sin embargo, en esta prueba los resultados deben ser interpretados de acuerdo con diferentes criterios tales como la edad, el nivel educativo y otras variables personales.

No obstante, es necesario tener en cuenta que se trata de pruebas de valoración inicial de deterioro cognitivo y, por tanto, no pueden ser utilizadas por sí solas para establecer el diagnóstico en demencia. Es necesario ampliar la información que el test inicial aporta con otras pruebas más complejas para poder realizar dicho diagnóstico.

Como complemento de diagnostico inicial o tamizado, la escala Lawton (Lawton 1992) o Lawton modificada (Gómez J. F. 1996) ayuda a medir el deterioro físico y funcional de pacientes con demencia evaluando algunas actividades instrumentales de la vida diaria, las cuales se empiezan a comprometer desde los inicios de la enfermedad y en forma progresiva.

6.8.2.2. Exploración Neuropsicológica Específica.

El examen neuropsicológico en personas que supuestamente padecen un síndrome demencial podría tener al menos los siguientes tres objetivos fundamentales: a) proporcionar información necesaria para el diagnóstico exacto y fiable del síndrome demencial; b) ofrecer una medida estándar y fiable para poder medir la gravedad del síndrome demencial y determinar longitudinalmente el proceso de deterioro cognoscitivo, y c) Dar la información necesaria para determinar las limitaciones funcionales de los pacientes en su vida diaria.

Por tanto, aunque las pruebas de tamizado básicas permiten sospechar el diagnóstico en demencias, la aproximación diagnóstica adecuada debe ser realizada mediante una batería neuropsicológica completa.

En este nivel de especificidad se pueden diferenciar varios subniveles:

- Subnivel de diagnóstico diferencial Demencia-depresión: Una vez realizada la prueba que detecta si existe o no una pérdida de memoria, se tiene en cuenta que algunos de los pacientes que manifiestan algún deterioro cognitivo pueden tener una depresión que sea la que explique tal disfunción. Para realizar este diagnóstico diferencial la escala de depresión geriátrica Yesavage (Yesavage, 1983) es la prueba más utilizada en psiquiatría y geriatría como tamizaje de depresión en ancianos.

Esta prueba por sí sola **no diagnostica depresión**. Los resultados se deben interpretar y correlacionar con la historia clínica y con los criterios diagnósticos para depresión.

Los puntos de corte de una validación en español (Santos Vilella, 2000), coinciden con los que propone el autor de la escala. Ellos son: 0-5 normal; 6-10 depresión moderada y 11-15 depresión severa.

- Subnivel de diagnóstico diferencial entre Alzheimer y demencia vascular: en este nivel ya se tiene documentado un deterioro cognoscitivo que corresponde a una demencia. El paso siguiente es poder clasificarla y, dentro de este esfuerzo clasificatorio el paso inicial es el diagnóstico diferencial entre demencia vascular y demencias tipo Alzheimer. La escala más recomendada es la Hachinski (Hachinski, V., 1978). En ella, si el resultado es igual o mayor a siete puntos se considera como una **demencia vascular**. Si por el contrario el resultado es menor o igual a tres se considera una **demencia tipo Alzheimer**; un resultado entre cuatro y seis se considera probable **demencia mixta**.
- Subnivel del deterioro cognoscitivo y de severidad de la demencia: La

escala global de deterioro GDS (Reisberg, 1982) es el instrumento mas idóneo y utilizado internacionalmente. En el se califican los puntos uno y dos como **normales**; los puntos tres y cuatro como **demencia leve**; los puntos cinco y seis se consideran **demencia moderada** y el punto siete como **demencia severa**.

- Subnivel de diagnostico definitivo: Para lo cual se requieren en primera instancia neuroimágenes y laboratorios clínicos y en segunda y ultima instancia los exámenes neuropatológicos.

6.8.3. Evaluación Neurológica

En la evaluación y seguimiento de un paciente con demencia es útil poder establecer el estado neurológico de la persona con queja subjetiva u objetiva de memoria y detectar signos y síntomas que pueden evidenciar dicho síndrome.

Por tanto el examen neurológico debe estar encaminado a detectar la presencia de trastornos de tipo neural (signos y síntomas neurológicos focales: exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta plantar extensora, parálisis pseudobulbar, anormalidades de la marcha, debilidad de una extremidad etc.) que apoyen la identificación del proceso demencial.

6.8.4. Evaluación Neuropsiquiátrica.

En condiciones normales el desempeño general de las funciones cognitivas puede verse alterado si la persona se enfrenta a un síndrome depresivo y, como es bien sabido, en fases iniciales de un proceso demencial el paciente puede presentar depresión, pero hay que diferenciarla de la pseudo – demencia – depresiva, para lo cual se debe tener en cuenta criterios comparativos entre depresión y demencia, como los siguientes:

- Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings, 1994): Es un instrumento de aplicación relativamente breve que mide una serie de síntomas habituales en función de la frecuencia de aparición y la intensidad con que aparecen.
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) (Yesavage, 1983): Por su construcción y orientación, tiene mayor poder discriminativo en ancianos con enfermedades físicas que otras escalas como la de Hamilton y la de Zung, y ha demostrado ser un eficaz predictor de depresión en estados leves y moderados de demencia. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

6.9. CRITERIOS DIAGNOSTICOS. (Ver anexos D)

Como ayuda a esta exploración y para el registro estandarizado de la sintomatología se utilizan los siguientes criterios diagnósticos:

- Criterios del NINDS/AIREN para el diagnóstico de demencia vascular: Estos se utilizan para el diagnóstico de demencias vasculares isquémicas y relacionadas con hemorragias cerebrales o eventos anóxicos. La demencia vascular posible se diagnostica en pacientes dementes con signos focales sin confirmación de estudios de neuroimagen o en aquellos en los que no hay una relación temporal clara entre inicio de la demencia y el accidente cerebro vascular.
- Criterios del Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y enfermedad de Alzheimer y Desórdenes relacionados (NINCDS-ADRDA) (Román, 1993): Para lo cual se requiere que haya deficiencias en dos o más áreas cognitivas, empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas, no alteración del nivel de conciencia, comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65 y ausencia de alteraciones isquémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas.
- Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV); en esta sección se incluye el delirium, las demencias, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados; se pone de manifiesto la alteración predominante de un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o en la memoria y esto debe evidenciar un cambio previo del nivel de actividad en la vida diaria de la persona afectada por dichos déficits.

7. METODOLOGIA

7.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL DISEÑO.

7.1.1. Tipo de Estudio

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal para describir y cuantificar el comportamiento sociodemográfico y clínico de las demencias en la población mayor de 60 años de la ciudad de Neiva, aplicando las pruebas y los criterios mas reconocidos a nivel mundial para estos casos. En un reciente estudio realizado por el Ministerio de Salud en la población Bogotana se establecieron las bases metodológicas y logísticas para estudios de prevalencia de demencias en población comunitaria y se adaptaron diferentes pruebas tamiz definiendo los respectivos punto de corte (MS, Jacquier, 2000).

Para la realización de este estudio es necesaria la distribución en dos fases diseñadas de la siguiente manera:

- ◆ **Primera Fase:** tamizado o etapa de detección de casos donde se aplica un protocolo :
 - Encuesta: diseñada para la consecución de datos sociodemográficos.
 - Pruebas y escalas de evaluación neuropsicológica: Mini-mental Status Examination MMSE versión extendida (Ashford 1995), esta prueba está adaptada a la población colombiana por el grupo de Neurociencias de La Universidad de Antioquia.
 - Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton (Lawton 1969). Punto de corte 7 (rango 0 a 8).
 - Escala de depresión geriátrica (Yesavage, 1982). Punto de corte 10 para depresión mayor. (rango 0 a 18).
- ◆ **Segunda Fase:** Aproximación Diagnóstica: Examen clínico multidisciplinario:
 - Valoración neurológica: para lo cual se utiliza el CERAD Médico, el Índice Katz y la escala Hachinski
 - Valoración psiquiátrica: aquí se aplica el inventario neuropsiquiátrico Cummings.
 - Valoración neuropsicología: se utiliza aquí la batería neuropsicológica CERAD Cognitivo (protocolo del Grupo de Neurociencias de Antioquia).

Después de la valoración multidisciplinar se deben aplicar los criterios clínicos del

GDS (Reisberg, 1982) para detección del nivel de deterioro o estadio de evolución de la demencia; criterios del DSM IV (1996) para el diagnóstico de la demencia; criterio de la escala Hachinski (1974) para diferenciar demencia vascular de Alzheimer probable y criterios NINDS-AIREN (1993) para diagnóstico de demencia vascular; criterios NINCDS - ADRDA (MC KAHN; 1984) para el diagnóstico de Alzheimer probable.

7.2. POBLACION

El universo de este estudio es la población mayor o igual a 60 años que reside en el municipio de Neiva, distribuidos en comunas y barrios.

El anuario estadístico del Huila no contempla para el año 2003 la distribución de la población mayor de 60 años dividida en grupos etáreos; para tal efecto se hace la estimación; se tomaron los datos del 2000 y 2005 y se calculó el ritmo de crecimiento del quinquenio, del cual se estimó la población aproximada para el 2003 (ver anexo A), al momento de realizar el estudio la oficina de planeación departamental del Huila solo había editado el anuario estadístico correspondiente al año 2003.

7.2.1. Muestra

- Tamaño poblacional: **25.142** (mayores de 60 años del municipio de Neiva).
- Proporción esperada 50 %.
- Nivel de confianza 96 %.
- Precisión 4 %
- Tamaño de la muestra: **643**

7.2.1.1. Muestra Estratificada

Según la estratificación sectorial (DANE 1993), la población colombiana se distribuye en seis estratos socioeconómicos los cuales en este trabajo se agrupan en dos macro estratos. La muestra por estrato es tomada de manera proporcional a la población ubicada en cada uno de ellos. Macro estrato A corresponde a los estratos 1, 2 y 3; Macro estrato B corresponde a los estratos 4, 5 y 6. Así:

<i>Estratos</i>	<i>Muestra</i>	<i>Porcentaje</i>
A = 1, 2 Y 3	561	87.25
B = 4, 5 Y 6	82	12.7
TOTAL	643	100

7.2.1.2. Muestreo

El tipo de muestreo es probabilística estratificado, y en razón a las dificultades para acceder al conteo y ubicación de la muestra poblacional real, se opta por mapear la ciudad de Neiva dividiéndola en comunas, barrios y estratos socioeconómicos característicos de cada uno de ellos. Se toma el número significativo de la muestra teniendo en cuenta las proporciones por estrato y al azar (no intencional), en cada uno de estos barrios se rastrean cuadras y manzanas hasta obtener la proporción estratificada de la muestra.

7.3. CRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las personas mayores de 60 años residentes en el municipio de Neiva que accedan voluntariamente a participar en el estudio, para lo cual se consideran los aspectos éticos consignados en los consentimientos informados. (ver anexo E)

7.4. CRITERIOS DE EXCLUSION.

Limitación física severa (ceguera, hipoacusia severa, etc.) retardo mental, depresión mayor, enfermedad psiquiátrica de base.

7.5. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.

7.5.1. Procedimiento e Instrumentos Utilizados. (ver anexo B)

Para la realización de este estudio se hace necesario la distribución en dos etapas diseñadas de la siguiente manera:

- **Etapa 1: Tamizado**

En esta fase se caracterizará a los adultos mayores de acuerdo a un protocolo (ver anexo B) que consta de: una encuesta con datos sociodemográficos; una escala que evalúa del estado mental (Minimental State Examinador); una escala que evalúa el desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton) y una escala que mide el nivel de depresión geriátrica (Yesavage).

Se determinará el punto de corte para la muestra seleccionada teniendo en cuenta edad y escolaridad de lo cual debe resultar una población normal o control y una población con deterioro cognitivo o candidata a demencia y estos últimos pasarán a la etapa dos (aproximación diagnóstica) del estudio.

- **Etapa 2: Aproximación Diagnóstica** (ver anexo C)

Realización de un examen clínico multidisciplinario compuesto de:

Valoración neuropsicológica: Se aplicará un amplio protocolo (GRUPO Neurociencias de Antioquia, UDEA) (Batería del CERAD, Prueba cancelación de la A, Figura de rey copia y evocación, prueba de 3 Frases, Fluencia verbal “F”, test de Raven parte A, Aritmética del WAIS, test de Wisconsin – versión corta – y de un set de escalas funcionales: Escala de trastornos de Índice de KATZ y Escala de Lawton y Brody. Adicionalmente a algunas poblaciones se les aplica la Escala de Huntington y la Escala de Parkinson) que evalúa las esferas cognoscitivas (atención, memoria, percepción, praxias, lenguaje, funciones ejecutivas) y comportamentales, dichas pruebas y escalas ponen de manifiesto los perfiles propios de cada demencia permitiendo objetivar las variaciones a nivel de los procesos cognitivos.

Valoración neurológica: para tal efecto se aplicará el protocolo de Neurología del grupo de neurociencias de Antioquia (Cerad Medico, índice Katz) escalas que valoran la función física del adulto mayor, valoración geriátrica (test del informante con el cuestionario de memoria),

Valoración psiquiátrica: se utilizará un instrumento que identifica (si lo hubiere) estados depresivos y mide los síntomas habituales en función de la frecuencia e intensidad aparición (inventario neuropsiquiátrico Cumings).

Posteriormente se realizará discusión y evaluación multidisciplinar de cada uno de los casos para emitir un diagnóstico clínico **probable** con base en los **criterios diagnósticos** (ver anexo D) utilizados a nivel internacional por la comunidad científica para la detección de las demencias (GDS, DSM IV, Escala Hachinski, NINCDS-AIREN Y NINCDS-ADRDA).

Seguidamente se tipificará y caracterizará sociodemográficamente la población en las diferentes clases de probable demencia, de acuerdo al diagnóstico emitido y finalmente se realizará el informe para posterior publicación y divulgación de la información.

7.5.2. Coordinación y control de calidad.

Los protocolos de tamizaje se distribuirán semanalmente a cada uno de los estudiantes participantes en el estudio que previamente deben haber sido preparados en la aplicación de los mismos, con las instrucciones acordadas para la aplicación.

Luego de la primera semana de aplicación se realizará una reunión de retroalimentación sobre el desarrollo de la encuesta y pruebas aplicadas para hacer los ajustes pertinentes y una primera evaluación de la calidad de la información, para lo cual se tomarán al azar un número representativo de encuestas para confirmación y verificación de datos. Este procedimiento seguirá repitiéndose durante todo el proceso de recolección de la información.

Las encuestas que se hayan recolectado semanalmente se revisarán por el equipo clínico (investigadores del proyecto), para verificar si los datos están completos y bien tomados.

Posteriormente se contratará a un profesional que verifique la autenticidad y veracidad de la información contenida en los protocolos, muestreando el 20 % de los mismos para cada encuestador.

Una vez finalizada la primera fase se hará un seminario de aplicación y evaluación del protocolo de segunda fase (protocolo del grupo de Neurociencias de Antioquia) por parte del grupo de Antioquia. Aquí se debe garantizar la unificación de criterios tanto en la aplicación como en la calificación y evaluación.

7. 5.3. Perfil de los Investigadores.

En este estudio participarán cinco estudiantes de los últimos semestres de Psicología, preparados en estudios epidemiológicos y asesorados por el grupo interdisciplinario de profesores investigadores (neurólogo, psiquiatra, epidemiólogo, neurofisiólogo y licenciada en psicología).

7.6 VARIABLES DE ESTUDIO

7.6.1. Variables Sociodemográficas.

- Edad
- Sexo
- Nivel educativo
- Estrato socioeconómico
- Seguridad en salud
- Servicios públicos
- Vivienda
- Procedencia
- Distribución poblacional
- Acompañante o cuidador
- Percepción del encuestado ante el trato recibido
- Antecedentes médicos.
- Antecedentes farmacológicos

- Antecedentes familiares
- Situación comportamental

7.6.2. Variables Clínicas.

- Normalidad.
- Demencia.
- Nivel de deterioro cognitivo.
- Nivel de deterioro comportamental

7.6.3. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICION	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	PREGUNTAS
SOCIO- DEMOGRAFICAS	Conjunto de atributos relacionados como ubicación, distribución, años de vida y organización temporal que permite caracterizar la población en estudio.	EDAD	Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de edición de la variable de estudio	Distribución por grupos etáreos.	ordinal	¿Cuántos años cumplidos tiene el encuestado?
		GENERO	Determinación según la fisiología del encuestado	- masculino - femenino	nominal	Marque con una X la casilla correspondiente

		NIVEL EDUCATIVO	Años de escolaridad cursados	<ul style="list-style-type: none"> - analfabeta - básica primaria - básica secundaria - educación media-vocacional - pregrado - postgrado - diplomado - maestría - doctorado - cursos - otros. 	nominal	¿Cuántos de estudio tiene cursados?
		ESTRATO SOCIOECONOMICO	Clasificación de la población según criterios establecidos por el DANE	<ul style="list-style-type: none"> - uno (1) - dos (2) - tres (3) - cuatro (4) - cinco (5) - seis (6) 	ordinal	¿A qué estrato socioeconómico pertenece?

		SEGURIDAD EN SALUD	Servicios a los cuales tienen acceso para satisfacer las necesidades en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Sisben - I.S.S. - Salucoop - Cafesalud - Humanavivir - Otros. 	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Está afiliado a alguna entidad prestadora de servicio de salud? - ¿A través de que entidad recibe su servicio de salud?
		SERVICIOS PUBLICOS	Elementos a que se tiene acceso para satisfacer las necesidades básicas	<ul style="list-style-type: none"> - agua - luz - alcantarillado - teléfono - gas 	nominal	¿Cuáles servicios públicos tiene en su vivienda?

		VIVIENDA	Espacio habitacional que comparte un grupo de personas	<ul style="list-style-type: none"> - metros cuadrados por vivienda - distribución - numero de habitantes por vivienda 	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se encuentra distribuida la vivienda? - ¿ Cuántas personas habitan la vivienda? - ¿Cuál es el área en metros cuadrados construidos de la vivienda? - ¿Qué animales tiene en el hogar?
		TIPO DE VIVIENDA	Material del cual se encuentran construidas las viviendas	<ul style="list-style-type: none"> - bahareque - cartón - plástico - madera - material 	nominal	¿De qué material está construida la vivienda?
		PROCEDENCIA	Lugar de origen	<ul style="list-style-type: none"> - urbano - rural 	nominal	¿En qué lugar nació?

		DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL	Forma como se divide y distribuye la ciudad	<ul style="list-style-type: none"> - comuna - barrio 	<p>ordinal</p> <p>nominal</p>	¿En qué comuna y barrio se encuentra ubicada su vivienda?
		ACOMPañANTE O CUIDADOR	Persona con la que convive y quien la asiste	<ul style="list-style-type: none"> - familiar - amigo - contratado 	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Quién le acompaña y cuida? - ¿Qué vínculo tiene con usted la persona que lo cuida?
		PERCEPCIÓN DEL ENCUESTADO ANTE EL TRATO RECIBIDO	La manera como percibe el adulto mayor el trato que recibe en su hogar por su familia o sus cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Muy bien - Bien - Regular - Mal 	nominal	¿Cómo se siente tratado?

		ANTECEDENTES MEDICOS	Si ha presentado anteriormente o presenta en la actualidad algún tipo de patología, traumatismo, consumo de tóxicos y si ha sido intervenido quirúrgicamente	PATOLÓGICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Hipertensión arterial - E. C. V. - Desnutrición - Cardiopatías - Hepatopatías - Encefalopatías - Hematológicos - Epilepsia - Convulsiones febriles - Otros 	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿A sufrido o padece de alguna enfermedad? - ¿Cuál?
				TRAUMÁTICOS <ul style="list-style-type: none"> - Trauma cráneo encefálico - Trauma Torácico 	Nominal	¿A sufrido algún traumatismo craneal o torácico?
				QUIRÚRGICOS <ul style="list-style-type: none"> - Craneanos - Vascular - Otros 	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿A sido sometido (a) a algún tipo de cirugía? - ¿Qué tipo de cirugía?

				<p>TOXICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol - Cigarrillo - Plaguicidas 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿A consumido algún tipo de toxico? - ¿Cuál?
		<p>ANTECEDENTE S FARMACOLOGICOS</p>	<p>Si ha consumido algún medicamento por un periodo interrumpido mayor a tres años, con el prescrito para el tratamiento de una enfermedad (crónica o aguda)</p>	<p>Tipo de medicamento</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué medicamento consume desde hace más de tres años? - ¿Para tratar qué?
		<p>ANTECEDENTE S FAMILIARES</p>	<p>Si dentro de su familia se han presentado patologías psiquiátricas y síndromes demenciales, y establecer el grado de relación parental</p>	<p>PSIQUIATRICOS</p> <p>Relación familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer grado - Segundo grado - Tercer grado <p>Diagnostico</p> <p>Diagnósticos asociados</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene antecedentes familiares? SI – NO - ¿Cuál? - ¿Qué grado de relación familiar? - ¿Ha sido diagnosticado? SI – NO - ¿Le han hecho diagnósticos asociados a una enfermedad psiquiatría?

				<p>DEMECIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer - Vascular - Otras - No sabe <p>NOSOGNOSIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Dudoso 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene antecedentes de demencia en la familia? - ¿De qué tipo? - ¿Existen antecedente familiares de perder la facultad de reconocer objetos?
		<p>SITUACIÓN COGNITIVO – COMPORTAMENT AL</p>	<p>Estado actual cognitivo comportament al del encuestado desde su propia percepción y la percepción observada por sus allegados</p>	<p>AUTOPERCEPCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Mala - Regular <p>PERCEPCIÓN POR OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Mala - Regular 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo percibe que se encuentra en lo referente al proceso de pensamiento y su comportamiento? - ¿Cómo perciben ustedes el comportamiento de su familiar, amigo, paciente?

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	PREGUNTA
DEMENCIA	Síndrome clínico que consiste en un inicio insidioso de trastornos cognoscitivos como: memoria, lenguaje, atención, orientación espacial, pensamiento y funciones ejecutivas superiores que conllevan a alteraciones del comportamiento,	Procesos Cognitivos	<p>Proceso mental referido a la comprensión, el juicio, la memoria y el razonamiento.</p> <p>1. Memoria: Sistema de procesamiento de información que no solo almacena y recupera, sino que también implica una serie de procesos que construyen y reconstruyen parte de esa información.</p> <p>a) Memoria a corto plazo: Almacén de memoria inmediata de duración y capacidad limitadas (7 ítems durante unos 20 segundos), su base fisiológica esta en la actividad de los circuitos neuronales</p>	<p>Mini examen del estado mental (Minimal State Examination, Folstein)</p> <p>Batería CERAD cognitivo, MMSE (fijación de palabras, lista de palabras)</p>	nominal	<p>Ver Anexo 1</p> <p>Ver anexo 2</p>

			<p>reservatorios.</p> <p>b) Memoria a largo plazo: Almacén permanente de capacidad prácticamente ilimitada. Contiene los recuerdos autobiográficos, el conocimiento de mundo así como el lenguaje sus reglas y los significados de los conceptos. Su base fisiológica implicaría un cambio permanente en la estructura del Sistema Nervioso.</p> <p>c) Memoria declarativa Es aquella que esta accesible al recuerdo consiente e incluye hechos, episodios listas, relaciones e itinerarios de la vida cotidiana. El nombre se refiere al hecho de que todo el conocimiento</p>	<p>MMSE y Bateria CERAD Cognitivo (recuerdo y reconocimiento de palabras)</p> <p>Bateria CERAD Cognitivo (memoria lingüística: memoria de una lista de palabras, fluidez verbal, memoria</p>	<p>Ver anexo 2</p> <p>Ver anexo 2</p>
--	--	--	---	--	---------------------------------------

			<p>representado en este sistema puede ser declarado, es decir traído a la mente verbalmente o en forma de imágenes</p> <p>d) Memoria Semántica: Información de carácter general, representa información organizada, como hechos, conceptos y vocabulario, con independencia del contexto temporal espacial en que se adquirieron.</p> <p>e) Memoria Visuoespacial: Recuerdo de imágenes.</p>	<p>semántica, fluidez fonológica y semántica)</p> <p>Batería CERAD Cognitivo y MMSE (categorías conceptuales: lista de animales, objetos)</p> <p>Evocación de figuras geométricas y figura compleja de Rey-Osterrieth.</p>		<p>Ver anexo2</p> <p>Ver anexo 2</p>
--	--	--	--	--	--	--------------------------------------

			2. Lenguaje: Proceso distintivo del ser humano por medio del cual se expresa el pensamiento; manifestación simbólica del hombre, resultado de su aptitud para representar objetos, ideas sentimientos, fenómenos objetos etc....	Batería CERAD Cognitivo: (fluidez verbal: semántica y fonológica)		Ver anexo 2
			3. Gnosias: reconocimiento de personas, objetos o su representación mental en imágenes.	CERAD Cognitivo: (prueba de denominación de objetos Boston)		Ver anexo 2
			4. Praxias: Actos voluntarios que implican movimiento y asociación visuoconstruccional	Batería CERAD Cognitivo: dibujos por copia; figura compleja de Rey-Osterrieth		Ver anexo 2
			5. Función Ejecutiva y atención: capacidad del individuo para centrarse en una actividad respondiendo de	Batería CERAD Cognitivo: pruebas de cancelación, cálculo, TMT y test Wisconsin		Ver anexo 2

			manera selectiva. Requiere procesos ejecutivos de selección y control ejecutivo.			
			6. Orientación: capacidad mediante la cual el individuo se ubica en persona, espacio y tiempo determinados.	MMSE		Ver anexo 1
			7. Pensamiento: Acto de formar y relacionar ideas y conceptos.	Batería CERAD Cognitivo: Test de RAVEN (razonamiento visuoespacial); aritmética del Waiss		Ver anexo 2
		Comportamental:	1. Comportamiento: conjunto de reacciones adaptativas a los estímulos ambientales. 2. Objetivación del estado de animo	Actividades Instrumentales de la vida diaria Escala de actividades de la vida diaria Lawton y Brody. Escala de depresión YESAVAGE		Ver nexos 3 Ver anexo 4

7.7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.

7.7.1. Análisis Primera Fase.

7.7.1.1. Base De Datos y Procesamiento Inicial.

Construcción de la base de datos en Excel (doble digitación) con todos los datos y derivación de tablas de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y clínicas determinadas en los objetivos del proyecto.

7.7.1.2. Manejo de la Variable Cognitiva.

Para la variable clínica del estado cognitivo cuyo instrumento es el Mini Examen Mental (MMSE) se determinará el punto de corte (límite que identifica la diferencia entre normalidad y deterioro cognitivo) para la población objeto de estudio teniendo en cuenta los trabajos realizados con población mejicana (LOPEZ G., OSTROSKY, F. y ARDILA, A., 2000) y colombiana (ROSSELLI, D., ARDILA, A. y et al 2000).

7.7.1.3. Manejo de la variable comportamental: Actividades de la Vida Diaria (Lawton).

Se analizarán los resultados por nivel de dependencia-independencia pasando por independencia con ayuda. Esta variable es considerada como control para observar la evolución en el tiempo entre los resultados de primera a segunda fase, dato importante para el apoyo diagnóstico.

7.7.1.4. Manejo de la variable del Estado de Animo: Nivel de Depresión (Yesavage).

Esta escala determinará el nivel de depresión y orientará la identificación de interferencia afectiva en el resultado a pruebas (MMSE) que evalúan el estado cognitivo. Se utilizará como criterio de exclusión de personas con depresión mayor.

7.7.2. Análisis de datos segunda fase (Aproximación Diagnóstica).

En este nivel el análisis empezará con la elaboración de la base de datos en ACCES (SISNE: del G. Neurociencias de Antioquia) y SPSS (doble digitación) y procesamiento estadístico inicial por áreas (neuropsicología, neurología y psiquiatría).

Por último, se debe haber obtenido el dato de prevalencia en demencias; se clasificará a la población afectada por nivel de deterioro cognitivo y se caracterizará sociodemográficamente dicha población.

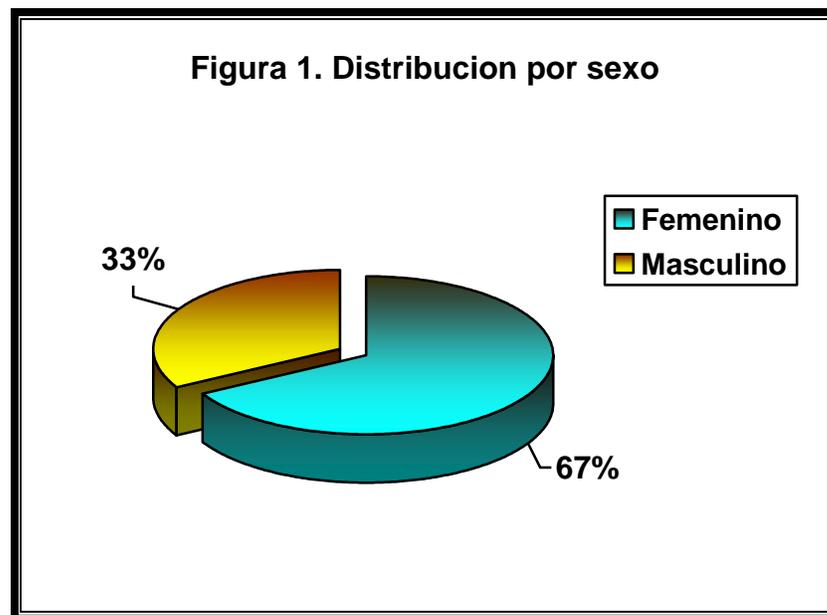
8. RESULTADOS

8. 1. RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE: TAMIZADO

8.1.1. Perfil Sociodemográfico

Tabla. Nº 1 Distribución de la muestra por Sexo
N=643

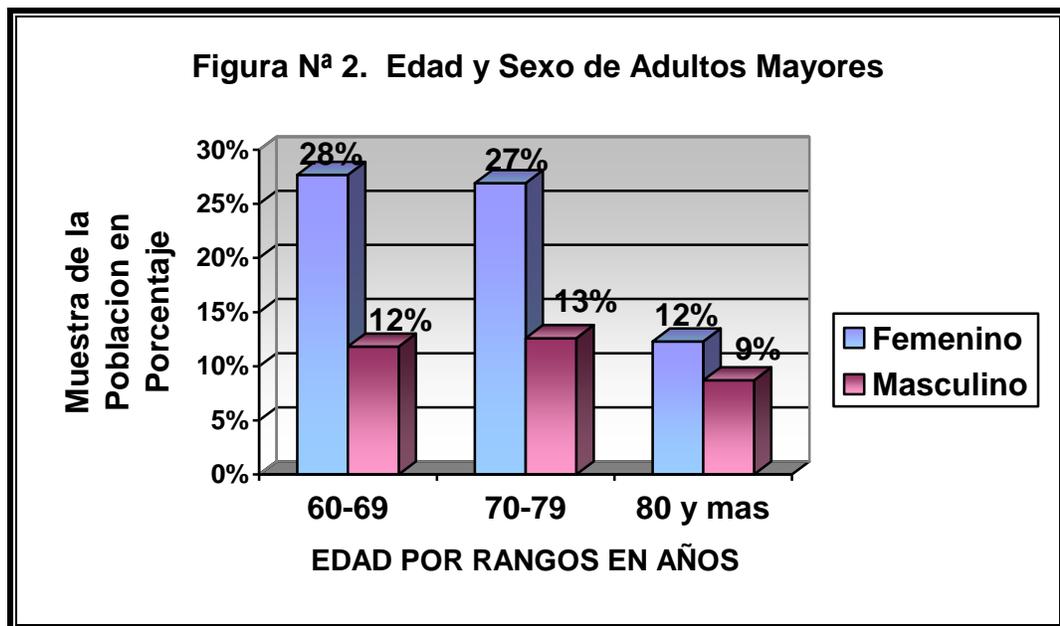
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Femenino	430	66.9	66.9	66.9
Masculino	213	33.1	33.1	100.0
Total	643	100.0	100.0	



Del total de la muestra conformada por 643 personas se encontró mayor presencia del sexo femenino 67%, aproximadamente las dos terceras partes y en menor porcentaje se halla el sexo masculino lo que corresponde a una razón de dos mujeres por cada hombre.

**Tabla. N° 2 Edad y sexo de los adultos mayores de la muestra
N=643**

Edad por Rangos en Años	Sexo				Total
	Femenino	%	Masculino	%	
60-69	178	27.68	76	11.81	254
70-79	173	26.90	81	12.59	254
80 Y MAS	79	12.28	56	8.7	135
TOTAL	430	66.86	213	33.1	643



Con respecto a la distribución de la muestra por grupos de edad y sexo se observa mayor presencia femenina en los tres grupos etáreos.

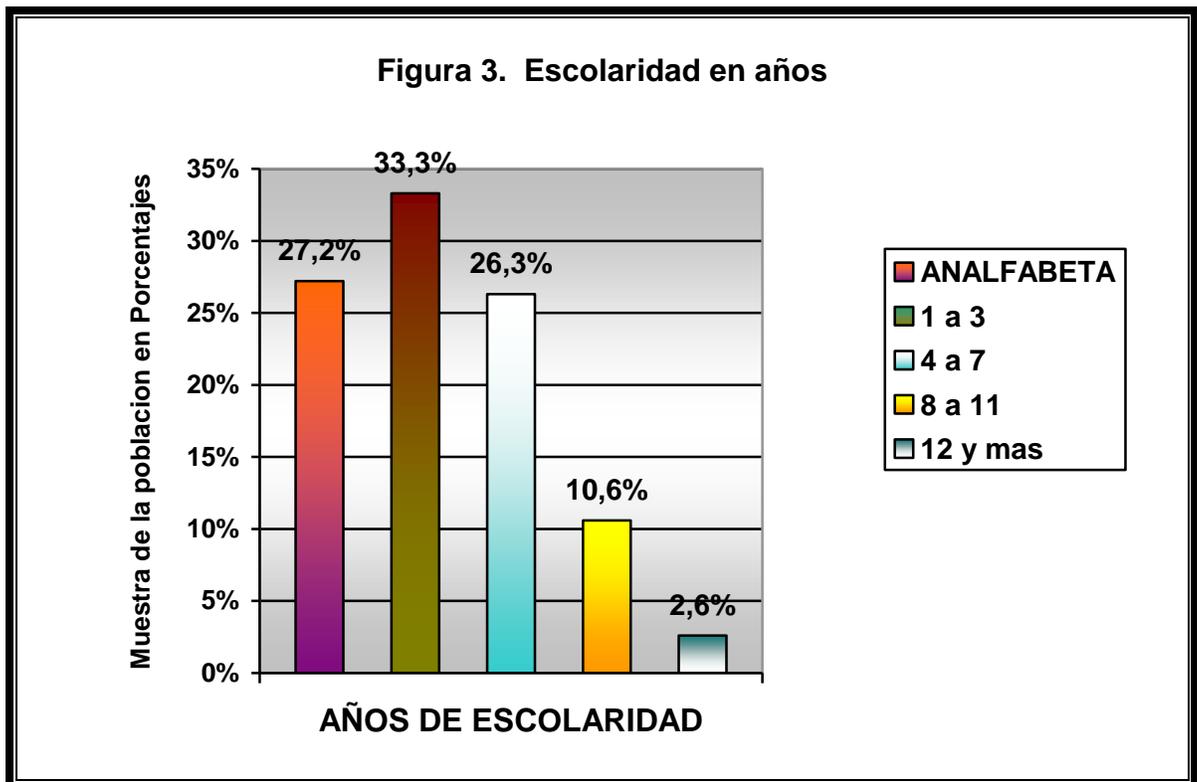
Existe paridad del 40% entre los adultos mayores que se encuentran en los rangos de 60 a 69 y 70 a 79 años para ambos sexos; en tanto que el grupo de 80 y más años se halla en menor porcentaje igualmente para ambos sexos.

Lo anterior podría deberse al promedio en la esperanza de vida que se maneja en nuestro medio (alrededor de los 70 años), o por condiciones particulares tanto físicas como cognitivas que generan enfermedades propias de edades tardías:

osteomusculares, disminución de la agudeza visual, habilidad perceptual, lentificación de los procesos psicomotrices y cognitivos, disfunciones que pueden interferir en el desempeño de pruebas neuropsicológicas que sesgarían los resultados de dichas pruebas, por tanto las personas con este tipo de características no se incluyeron dentro del estudio.

**Tabla N° 3 Distribución de la muestra por nivel de Escolaridad en años
N=643**

<i>Escolaridad en Años</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
ANALFABETA	175	27.2	27.2	27.2
1-3	214	33.3	33.3	60.5
4-7	169	26.3	26.3	86.8
8-11	68	10.6	10.6	97.4
12 Y Mas	17	2.6	2.6	100.0
TOTAL	643	100.0	100.0	

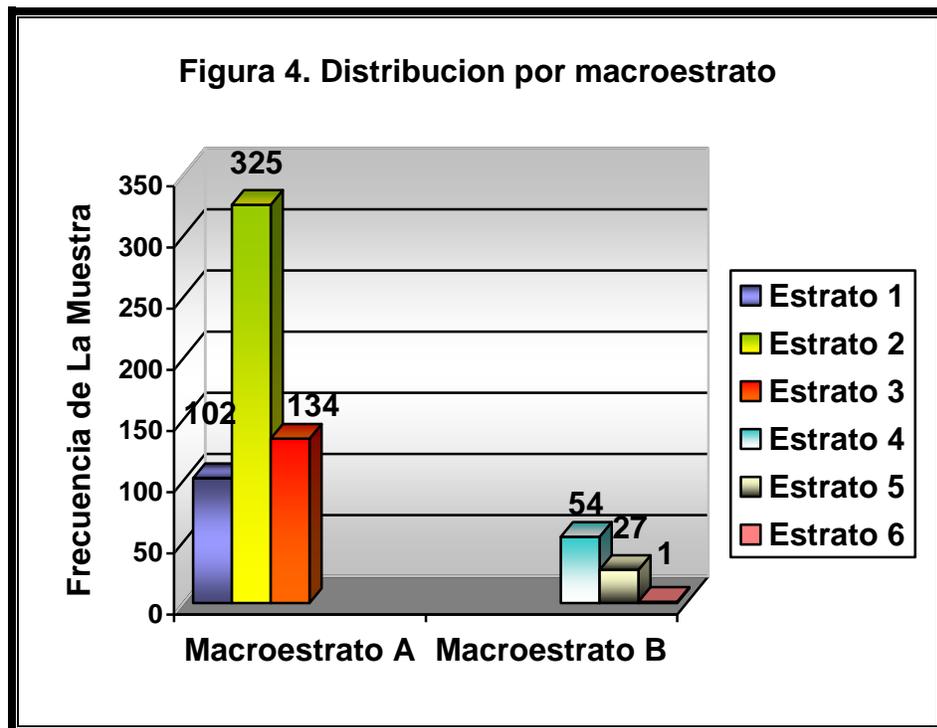


El 27% de las personas que participaron en le estudio en primera fase es analfabeta, junto a un 33% que se encuentra en el nivel de escolaridad de 1 a 3 años; dichas cifra indican que el 60% de las personas tiene bajos niveles de alfabetización, lo cual hace pensar que las generaciones anteriores no consideraban la educación formal como una necesidad prioritaria para la formación integral de la persona.

Tabla N° 4 Distribución de la muestra agrupados en Macroestrato socioeconómicos (A y B)

N=643

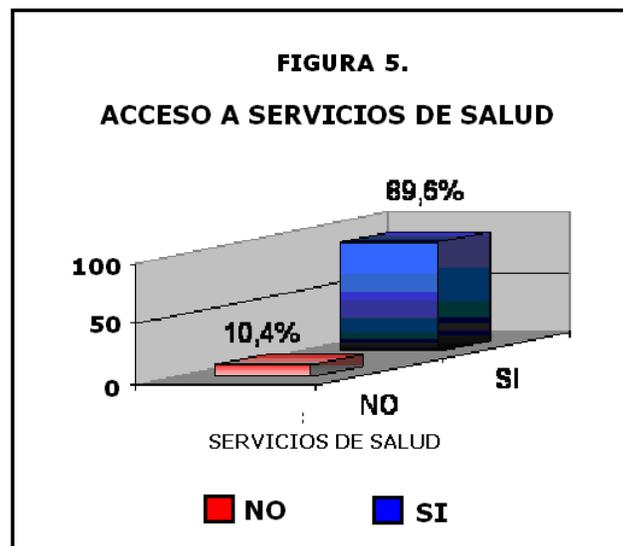
<i>Macroestrato</i>	<i>Estrato</i>						<i>TOTAL</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	
A	102	325	134				561
B				54	27	1	82
TOTAL	102	325	134	54	27	1	643



Del total de la población objeto de estudio en primera fase el 87% son de estrato medio y medio bajo con respecto a un 13% que hace parte de los estratos medio y medio alto, lo que se correlaciona con los datos estadísticos que se manejan en el DANE a nivel local, regional y nacional.

**Tabla N° 5 Acceso a servicios de salud
N=643**

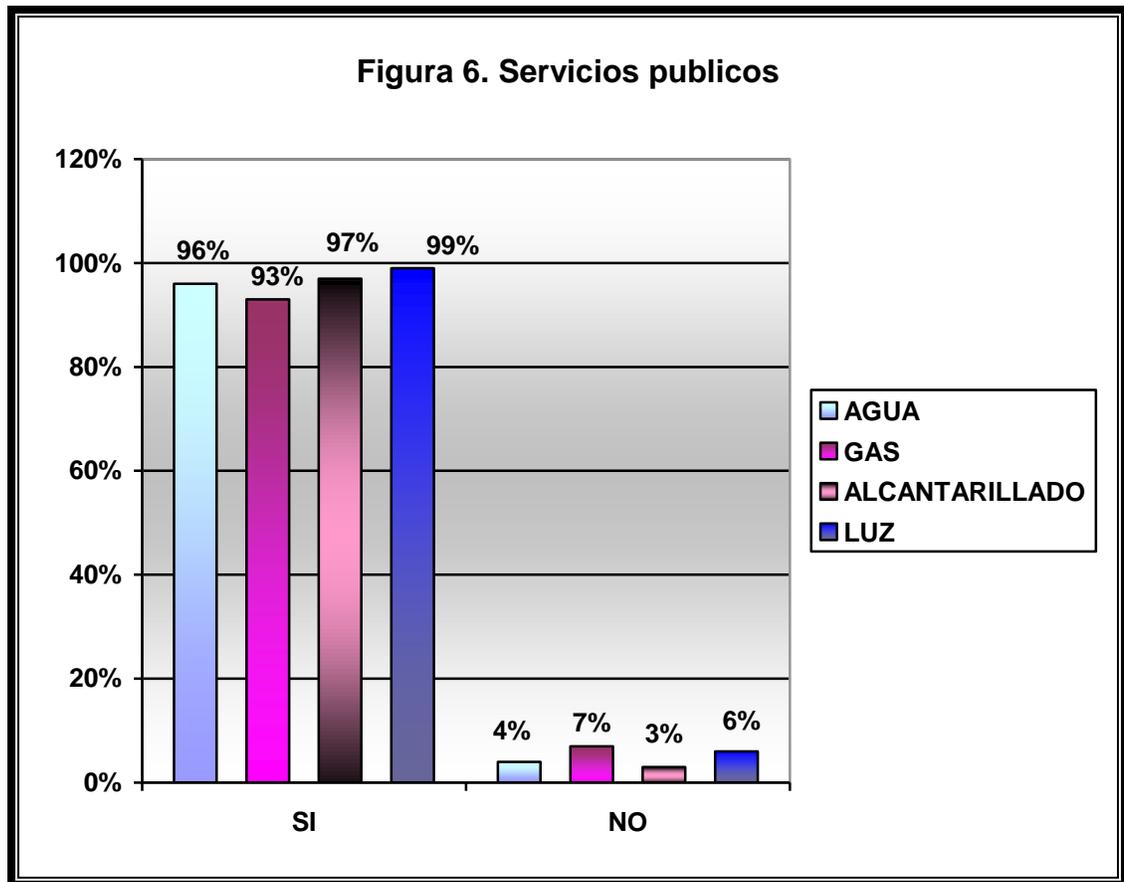
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
NO	67	10.4	10.4	10.4
SI	576	89.6	89.6	100.0
TOTAL	643	100.0	100.0	



El 90% de la población objeto de estudio tiene acceso a servicios básicos de salud lo cual representa un alto porcentaje, en tanto que únicamente un 10 % no cuenta con dichos servicios; esto indica que a pesar de que la mayoría de la población objeto de estudio se encuentra ubicada en los estratos socioeconómicos bajos (87.5% macroestrato A) puede verse el tamaño de la cobertura a este respecto.

**Tabla N° 6 Acceso a servicios públicos
N=643**

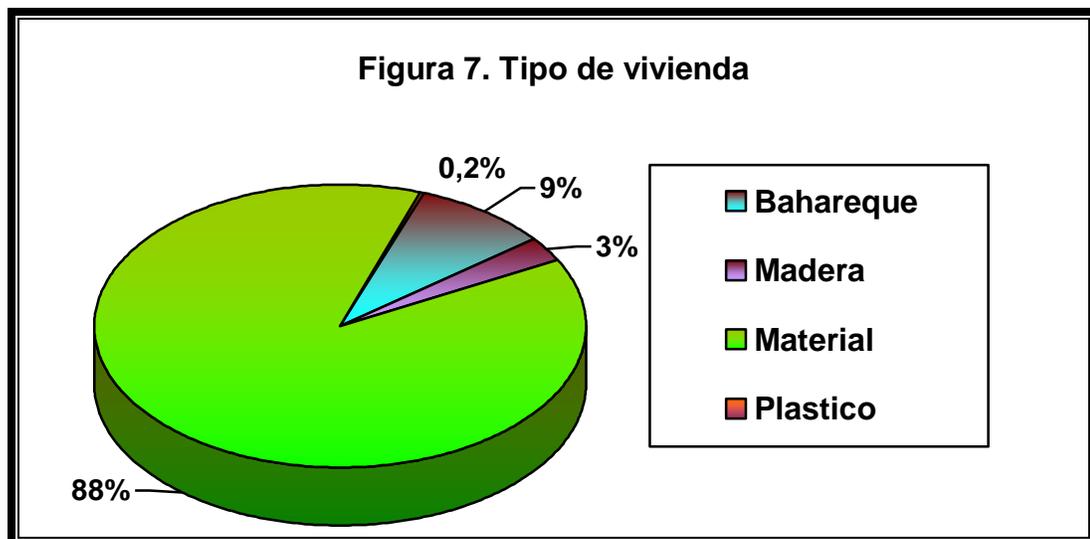
	<i>Agua</i>		<i>Gas</i>		<i>Alcantarillado</i>		<i>Luz</i>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	619	96.3	598	93	623	96.9	639	99.4
No	24	3.7	45	7	20	3.1	4	6
TOTAL	643	100	643	100	643	100	643	100



Mas del 93% de los sujetos encuestados tiene acceso a los servicio públicos básicos, en tanto que un bajo porcentaje no cuenta con dichos servicios.

Tabla N° 7 Distribución por tipo de vivienda
N=643

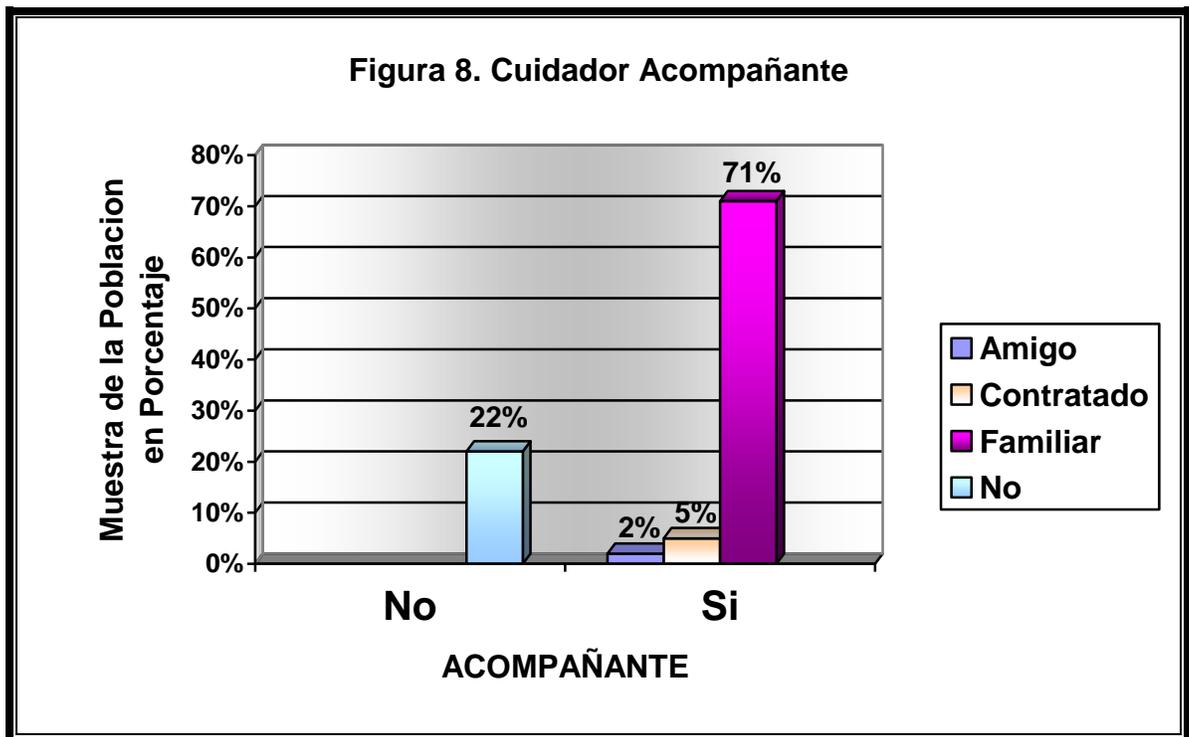
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Bahareque	58	9.0	9.0	9.0
Madera	17	2.6	2.6	11.7
Material	567	88.2	88.2	99.8
Plástico	1	.2	.2	100.0
TOTAL	643	100.0	100.0	



El tipo de vivienda con la que cuentan las personas mayores de 60 años de la ciudad de Neiva ubicados en su orden de condición: material (88%), bahareque (9%), madera (2.6%), y plástico (0.2%).

**Tabla N° 8 cuidador-acompañante
N=643**

<i>Tipo Cuidador</i>	<i>Acompañante</i>				<i>TOTAL</i>
	No	%	Si	%	
Amigo			12	1.8	12
Contratado			32	4.9	32
Familiar			458	71	461
No	141	22			138
TOTAL	141	22	502	77.7	643

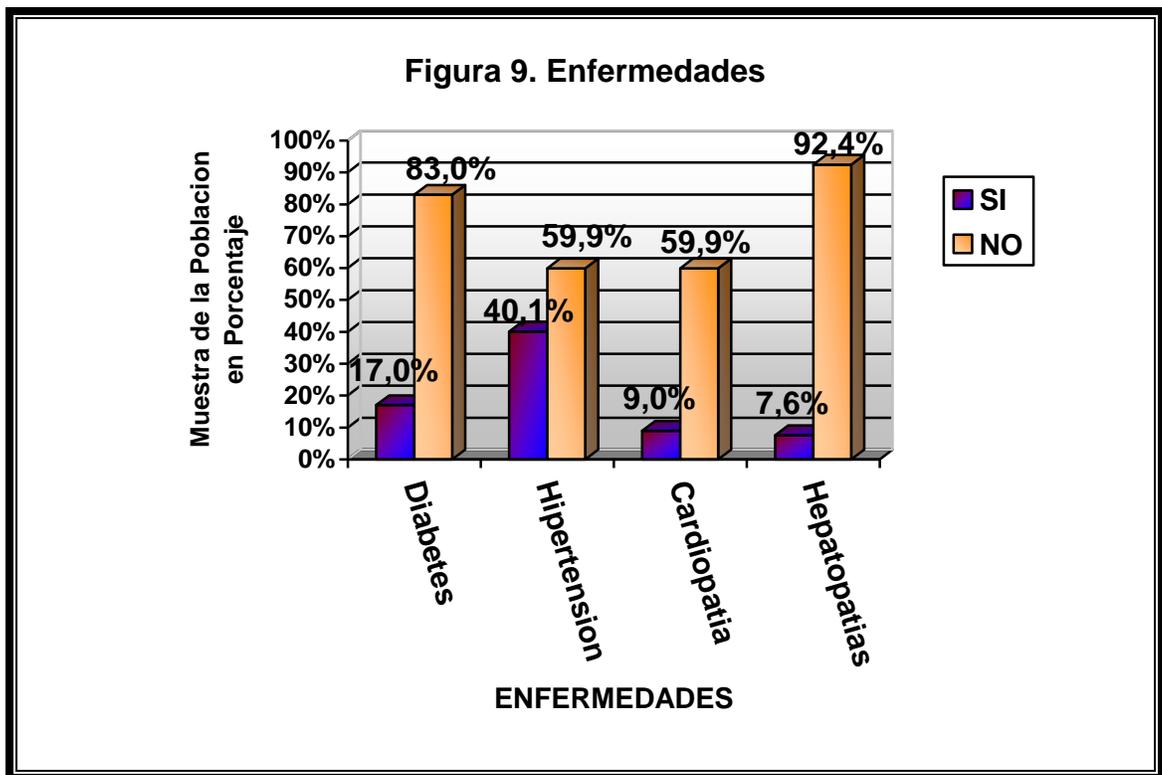


El adulto mayor de la ciudad de Neiva en su mayoría (78%) cuenta con algún tipo de compañía, destacándose el cuidador familiar (71%); de otro lado se observa un 22% de personas mayores no cuentan con ningún tipo de compañía.

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

**Tabla N° 9 Enfermedades
N=643**

<i>Enfermedades</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>TOTAL</i>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Diabetes	109	17.0	534	83.0	643	100
Hipertensión	258	40.1	385	59.9	643	100
Cardiopatías	58	9.0	385	59.9	643	100
Hepatopatías	49	7.6	594	92.4	643	100
Otras	261	40.6	382	59.4	643	100



De la población encuestada el 41% reporta algún tipo de antecedentes médicos entre los que sobresalen la hipertensión (40%), seguido de diabetes (17%); esto evidencia que las comorbilidades hipertensión y diabetes son las de mayor prevalencia en la población adulta mayor de la ciudad de Neiva.

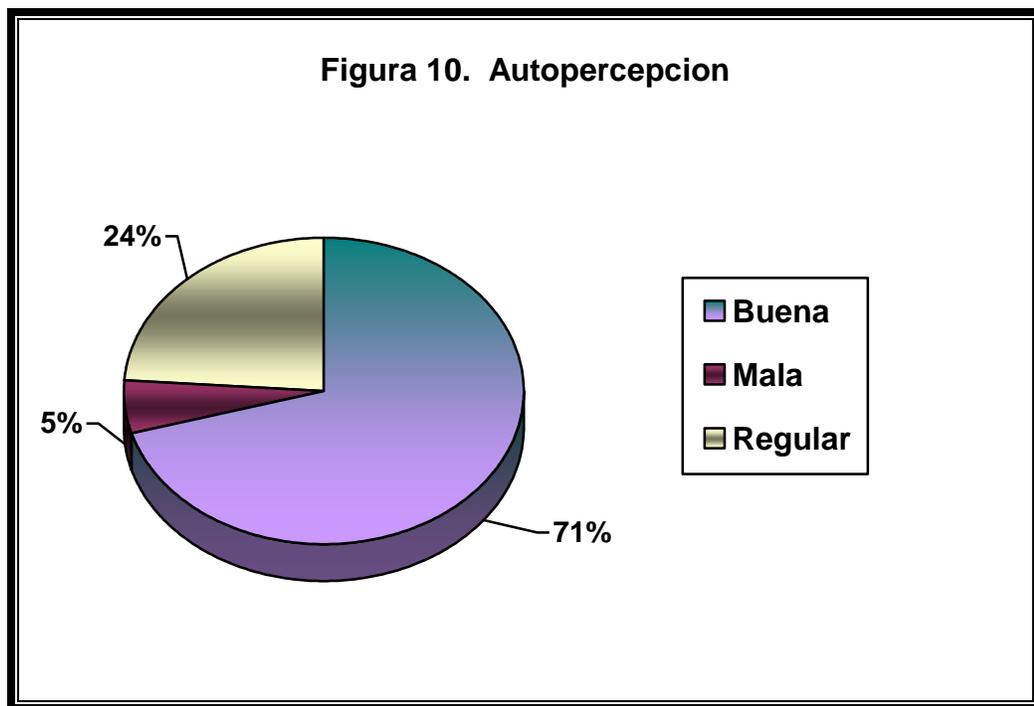
**Tabla Nº 10 Antecedentes de toxicidad
N=643**

<i>Tóxicos</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>TOTAL</i>	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alcohol	173	26.9	470	73.1	643	100
Cigarrillo	229	35.6	414	64.4	643	100
Plaguicidas	30	4.7	613	95.5	643	100
Drogas	3	0.5	640	99.8	643	100
Marihuana	1	0.2	642	99.8	643	100
Cocaína	1	0.2	642	99.8	643	100
Inhalantes	1	0.2	642	99.8	643	100
Escopolamina	0	0	643	100	643	100
Otros tóxicos	1	0.2	642	99.8	643	100

Entre los principales antecedentes tóxicos encontrados en la investigación se haya el consumo de cigarrillo y alcohol 36 y 27 % respectivamente. Antecedentes importantes pues estos son considerados como factores de riesgo frente al padecimiento de enfermedades vasculares y este a su vez es factor de riesgo para la presencia de patologías cerebro-vasculares.

**Tabla N° 11 Autopercepción
N=643**

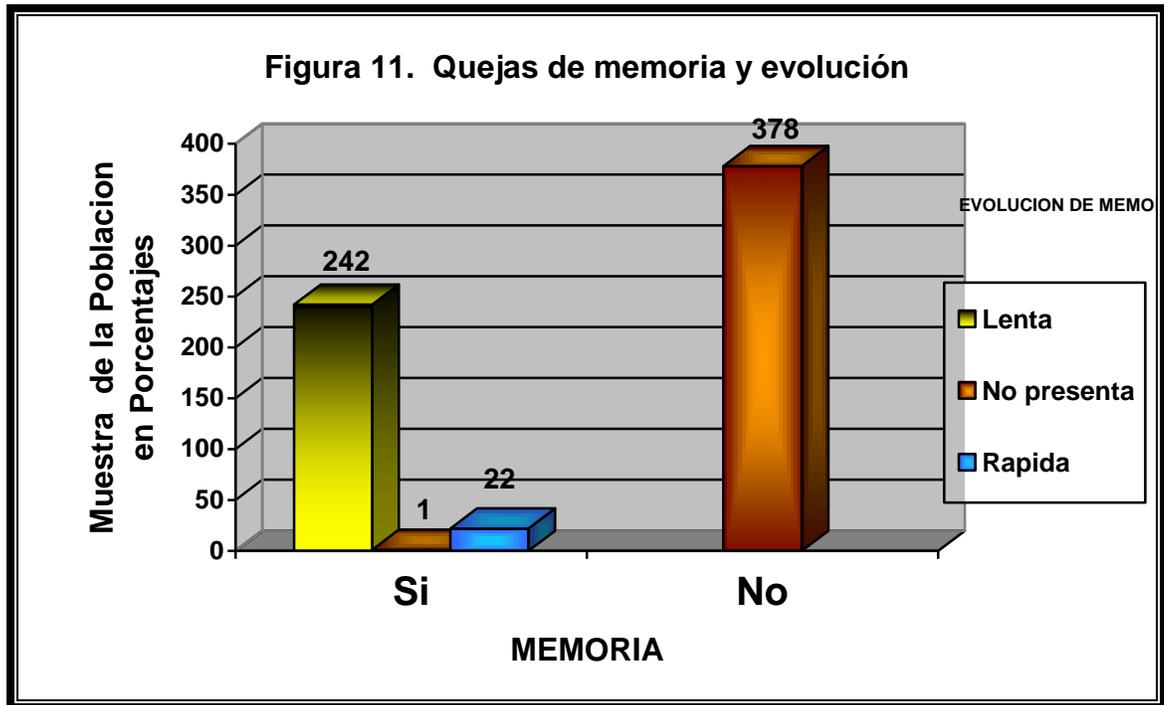
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje valido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Buena	454	70.6	70.6	70.6
Mala	35	5.4	5.4	76.0
Regular	154	24.0	24.0	100.0
TOTAL	643	100.0	100.0	



Del total de la población encuestada el 71% considera su estado cognitivo y nivel de funcionamiento como bueno, mientras que el restante 29% reporta queja subjetiva en el desempeño funcional y cognitivo que interfiere su cotidianidad.

**Tabla N° 12 Quejas subjetivas de memoria y evolución
N=643**

<i>Memoria</i>	<i>Evolución Memoria</i>			<i>TOTAL</i>
	Lenta	No presenta	Rápida	
Si	242	1	22	265
No		378		378
TOTAL	242	379	22	643

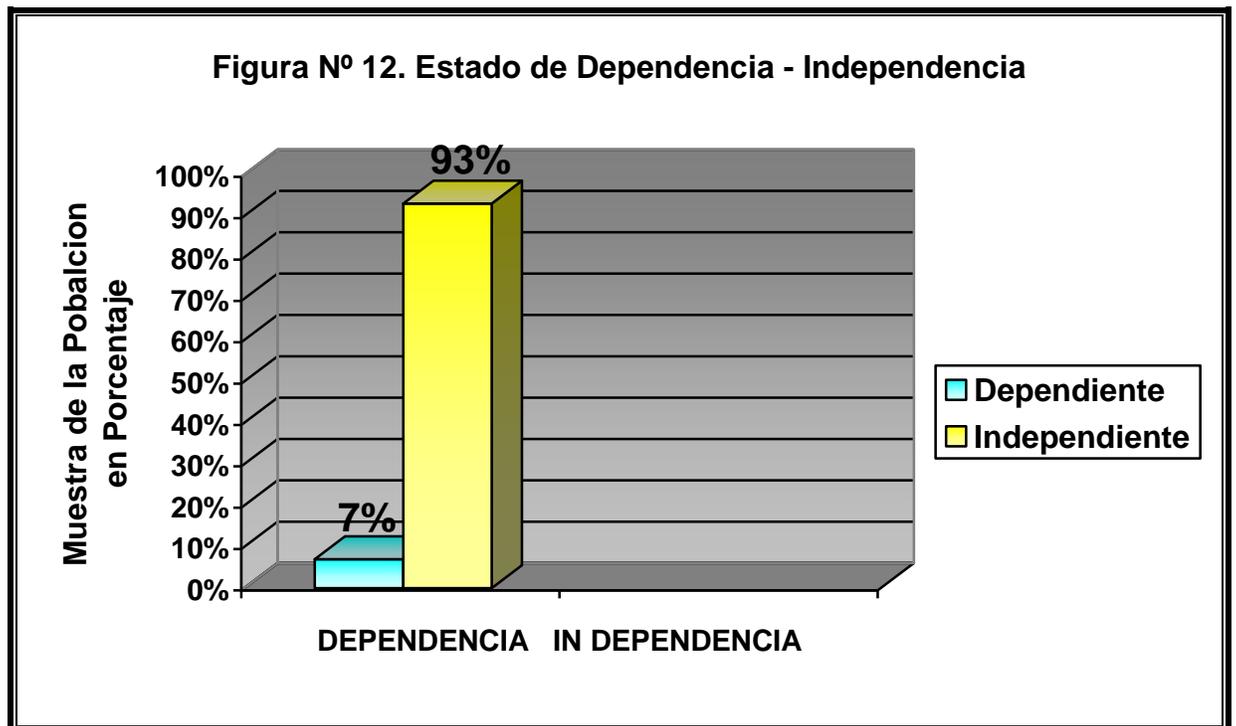


Un alto porcentaje (58%) de personas que participan en el estudio en primera fase no presenta queja subjetiva de memoria, no así, el 41% que si reporta dicha queja, en la que se destaca el tipo de evolución lenta.

8.1.3. Resultados Variables Clínicas.

Tabla No. 13 Estado de Dependencia - Independencia en Actividades de la Vida Diaria (LAWTON)

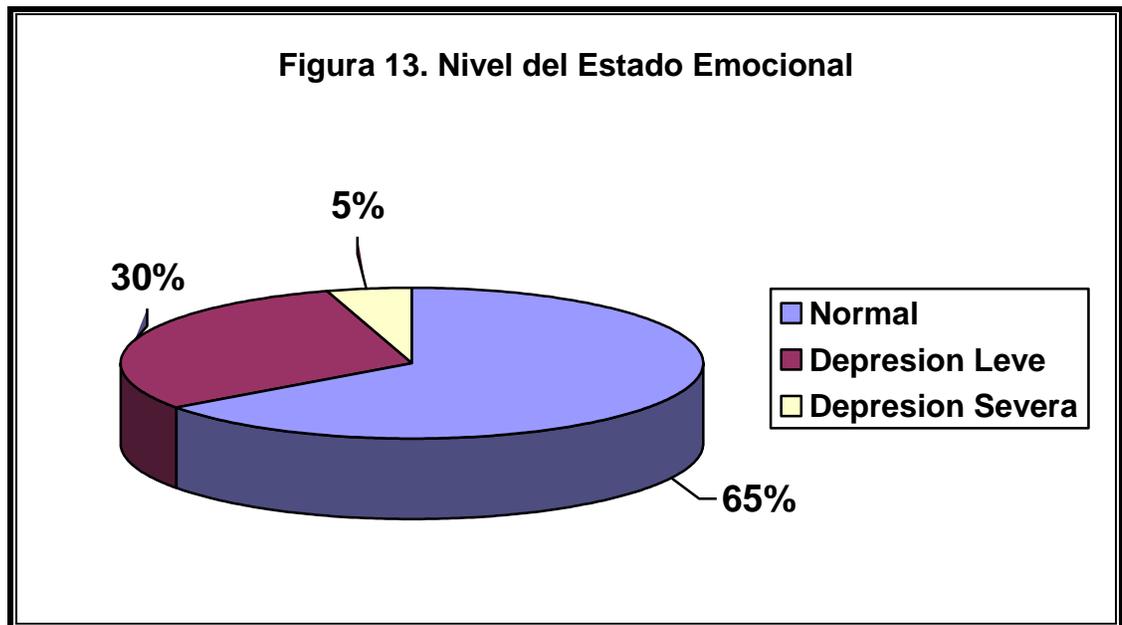
<i>Estado</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Dependiente	45	7%	7
Independiente	598	93%	100
TOTAL	643	100%	



Las actividades de la vida diaria de un alto porcentaje (93%) de la población objeto de estudio se mantienen conservadas y un escaso 7% evidencia algún grado de dependencia a este respecto.

Tabla No. 14 Nivel del Estado Emocional (Yesavage)

<i>Estado Emocional</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Normal	417	64.9%	64.9
Depresión Leve	195	30.3%	95.2
Depresión severa	31	4.8%	100
TOTAL	643	100%	



La escala que evalúa el estado emocional de los adultos mayores muestra cifras elevadas de normalidad (65%), mientras que la depresión leve se identifica en estas personas en un moderado 30% y únicamente el 5% muestra un grado de depresión severa.

8.1.4. Puntos de corte (límite que identifica la diferencia entre normalidad y deterioro cognitivo) hallados para la población estudiada.

Para la variable clínica del estado cognitivo cuyo instrumento es el Mini Examen Mental (MMSE) se determina el punto de corte (Ver anexo B) para la población objeto de estudio.

En trabajos realizados con población mejicana (LOPEZ G., OSTROSKY, F. y ARDILA, A., 2000) y colombiana (ROSSELLI, D., ARDILA, A. y et al 2000) emplearon un método para fijar los puntos de corte donde incluyeron la edad y la escolaridad como variables Independientes. Para la escolaridad ajustaron una curva de regresión (simple) para estimar los coeficientes de regresión así como los valores predichos y residuos. De estos obtuvieron para la variable dependiente (MMSE) los puntos ajustados de corte para decidir cual sujeto podría ser considerado como posible demente. La edad como otra variable independiente fue considerada pero por fuera del modelo de regresión, donde los autores le asignaban a cada grupo de edad un puntaje que se adicionaba al ajustado por la escolaridad.

Partiendo del peso tan importante que tiene la variable edad en el resultado del MMSE, el grupo consideró que podría ser más próximo a la realidad ajustar una ecuación de regresión múltiple, donde los coeficientes y predichos que discriminarían la variable dependiente fueran obtenidos por la adición al modelo de las dos variables Independientes (escolaridad y edad). De esta forma se obtiene la ecuación de Regresión Múltiple que permitió obtener los puntos de corte reflejados en la tabla y que se basó en el modelo.

$y_n = \beta_o + \beta_1 x_{1n} + \beta_2 x_{2n} + \dots + \beta_p x_{pn} + e_n$	Y_n : Ajuste múltiple ($X_{1,n}$) + ($X_{2,n}$)
--	---

$X_{1,n}$ es el vector de datos de escolaridad, $X_{2,n}$ es el vector de datos edad, y Y_n son los valores de la variable dependientes (MMSE) estimados por esta ecuación.

Para la variable escolaridad se obtiene, a partir de estimar los coeficientes de regresión lineal la función: **MMSE-30 = 20.3101 + 0.5377*Escolaridad**. Para la variable edad se obtiene a partir de estimar los coeficientes de correlación lineal la función: **MMSE-30 = 38.7693+ 0.2310*Edad**. Al ajustar la regresión múltiple (2 Factores = Edad + Escolaridad), se obtienen puntos de corte que discriminan el 34% de la muestra los cuales deben pasar a segunda fase del estudio. Los puntos de corte del MMSE-30 para edad y escolaridad se resumen en la siguiente tabla.

<i>Escolaridad</i>	<i>Edad</i>		
	<i>60-70</i>	<i>71-80</i>	<i>> 80</i>
0-5	22	21	20
6-11	24	23	22
> 11	26	24	22

**Tabla N° 15 Punto de corte por edad con respecto al MMSE
N = 643**

<i>Edad</i>	<i>Punto de corte (MMSE)</i>
60-70	24
71-80	21
> 80	19

Teniendo en cuenta aisladamente la variable edad los puntos de corte para cada rango son respectivamente; 24, 21 y 19.

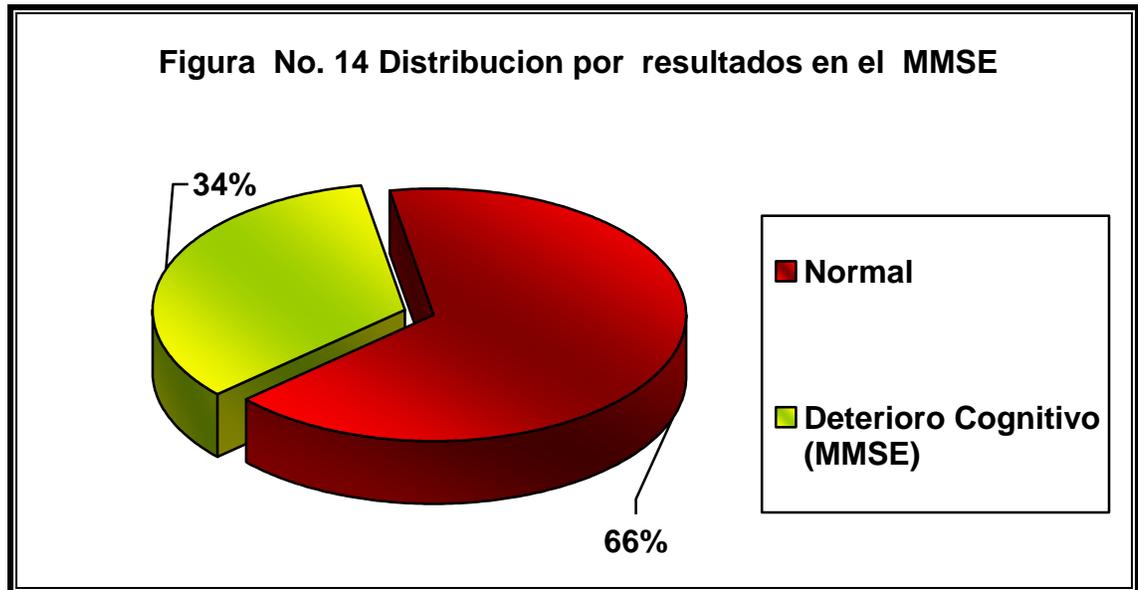
**Tabla N° 16 Puntos de corte para nuestra población de MMSE por nivel de escolaridad
N = 643**

<i>Escolaridad</i>	<i>Punto de corte MMSE</i>
0-5	21
6-11	24
> 11	27

Considerando aisladamente la variable escolaridad los puntos de corte para cada rango de nivel escolar son respectivamente: 21, 24 y 27.

**TABLA Nº 17 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR RESULTADOS EN EL MMSE
N = 643**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
NORMAL	424	66
DETERIORO COGNITIVO (MMSE)	219	34
TOTAL	643	100



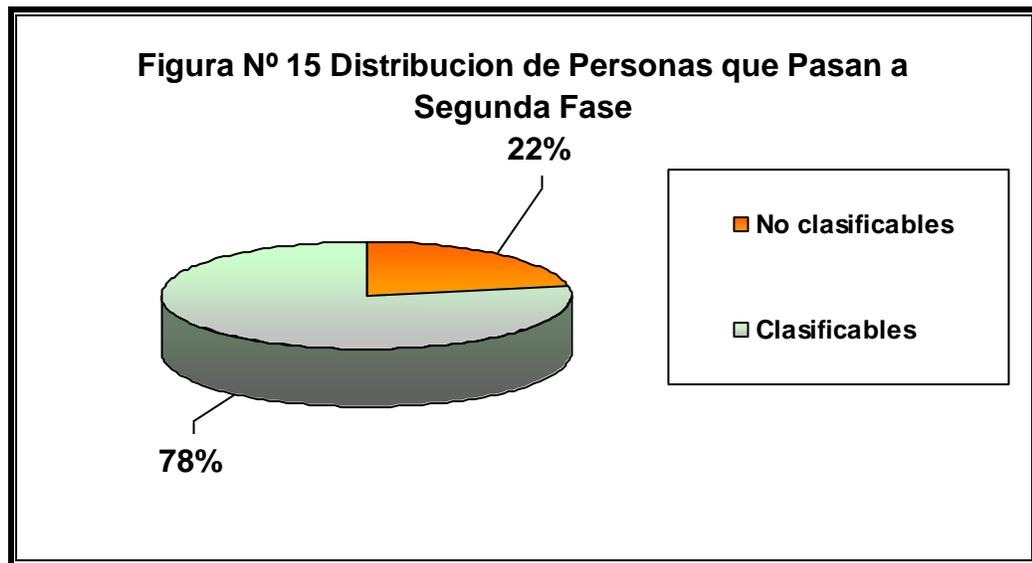
Después de calculado el punto de corte clasifican para segunda fase del estudio el 34% del total de la muestra, lo cual indica que estos presentan algún nivel de deterioro cognitivo, el porcentaje restante (66%) son identificados como normales, condición excluyente para la segunda fase del estudio.

8.2. RESULTADOS II FASE: APROXIMACION DIAGNOSTICA.

8.2.1. Perfil sociodemográfico.

TABLA N° 18
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE PASARON A SEGUNDA FASE
N = 219

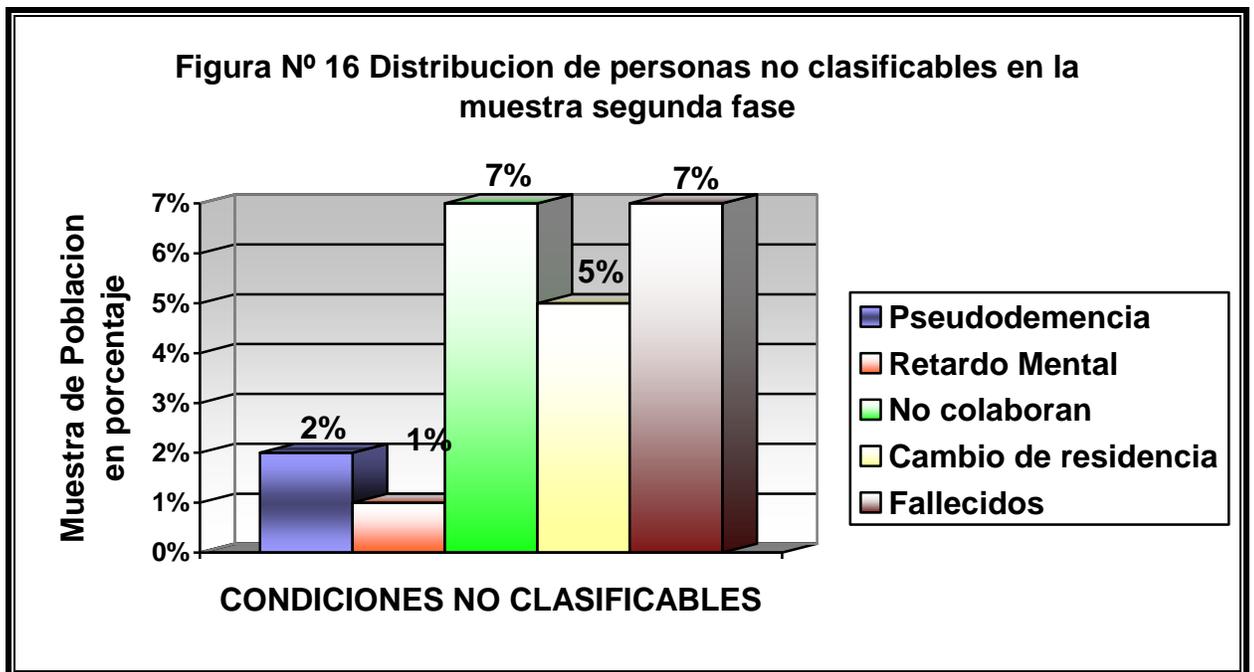
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No clasificable	49	22.3
Clasificables	170	77.7
TOTAL	219	100



Evaluados en segunda fase las 219 (34%) personas, fueron distribuidos como clasificables 170 (78%) dentro de una secuencia cognitiva que va desde la normalidad pasando por Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y los restantes (22.%) no clasificaron para el estudio en esta fase.

**TABLA Nº 19 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS NO CLASIFICABLES QUE PASARON ASEGUNDA FASE
N = 219**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Pseudodemencia	5	2.28	2.28
Retardo mental	2	0.91	3.19
Fallecidos	16	7.30	10.49
No colaboran	10	4.56	15.05
Cambios de residencia	16	7.30	22.3
TOTAL	49	22.3	



Algunas de las condiciones no clasificables pueden evidenciarse como criterio de exclusión debido entre otras cosas porque inciden directamente en los resultados de las pruebas neuropsicológicas utilizadas en esta fase. Bien se sabe que la pseudodemencia ha de tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial en demencia porque un cuadro depresivo puede manifestarse como un aparente

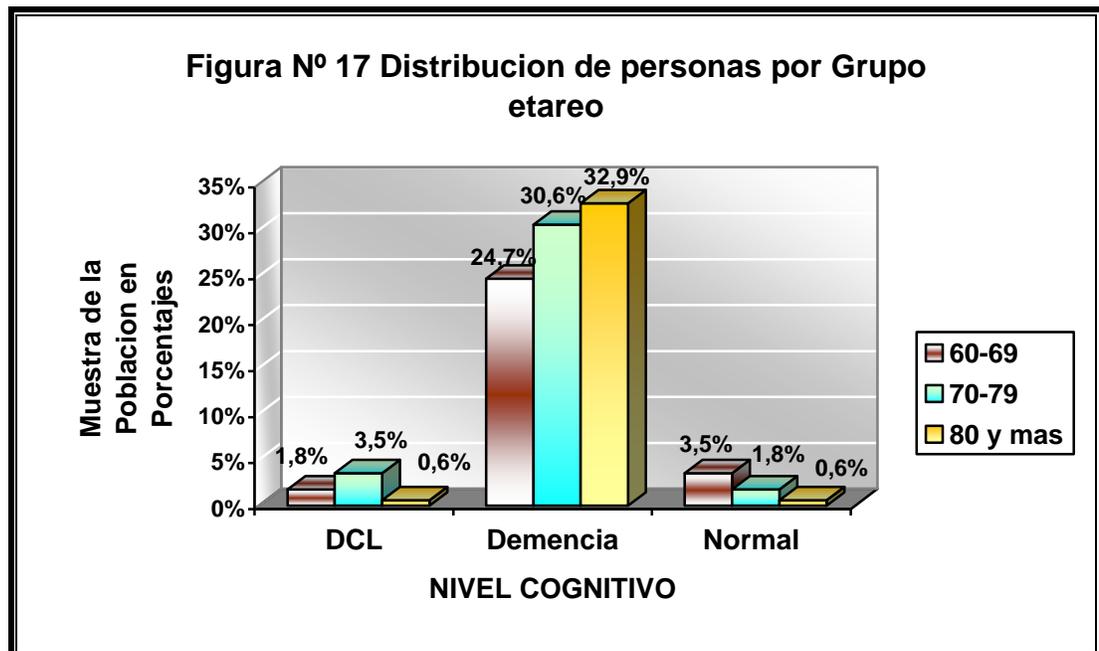
compromiso global de las funciones intelectuales que pueden tener la apariencia de una demencia; este desorden se ha denominado pseudodemencia depresiva.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la demencia en su fase inicial pueden estar marcada por estados depresivos por tanto se sugieren algunos criterios diferenciadores para descartar depresión como quejas subjetivas que superan los hallazgos objetivos, sensación de minusvalía, exageración de fallas de memoria, instalación relativamente súbita y hallazgos objetivos superan las quejas subjetivas (Ardila, A., Rosselli, 1992).

PERSONAS CLASIFICABLES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**TABLA Nº 20 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS POR GRUPO ETÁREOS
N = 170**

<i>Grupo Etáreo</i>	<i>DCL</i>	<i>%</i>	<i>Demencia</i>	<i>%</i>	<i>Normal</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
60-69	2	1.76%	42	24.70%	6	3.52%	50
70-79	6	3.52%	54	30.58%	2	1.76%	62
80 y mas	1	0.58%	56	32.9%	1	0.58%	58
TOTAL	9	5.86%	152	88.22%	9	5.86	170

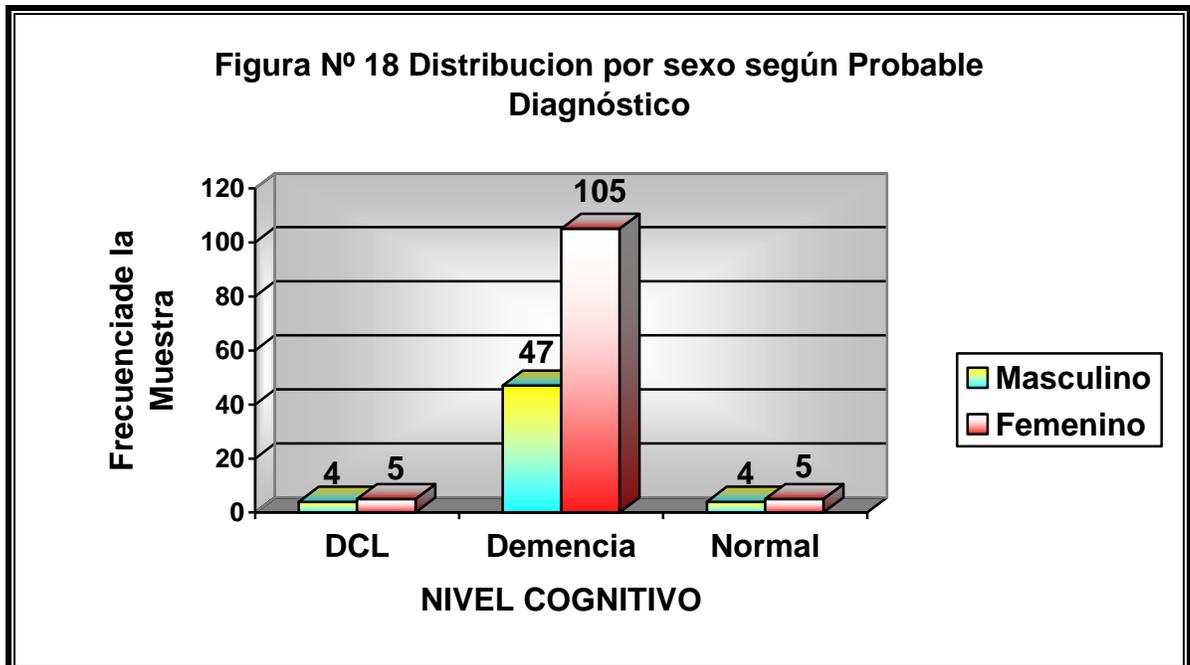


Los 170 (77.7%) pacientes que ingresaron a segunda fase del estudio y fueron sometidos a evaluación clínica completa, quedaron clasificados así: Nueve normales (falsos positivos), nueve con deterioro cognitivo leve (DCL) (falsos positivos) y 152 aparecieron con deterioro demencial, siendo los grupos de mayor edad los que predominan en este nivel.

Los datos anteriores muestran apenas un escaso 10.5% de falsos positivos que entraron a segunda fase contando entre ellos los clasificados con Deterioro Cognitivo Leve. Esto habla a favor de la prueba de tamizaje utilizada por el grupo en primera fase (MMSE 50 versión extendida) y de la calidad en la aplicación de la misma.

TABLA Nº 21 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS POR SEXO
N = 170

Sexo	DCL	Demencia	Normal	TOTAL
Masculino	4	47	4	55
Femenino	5	105	5	115
TOTAL	9	152	9	170

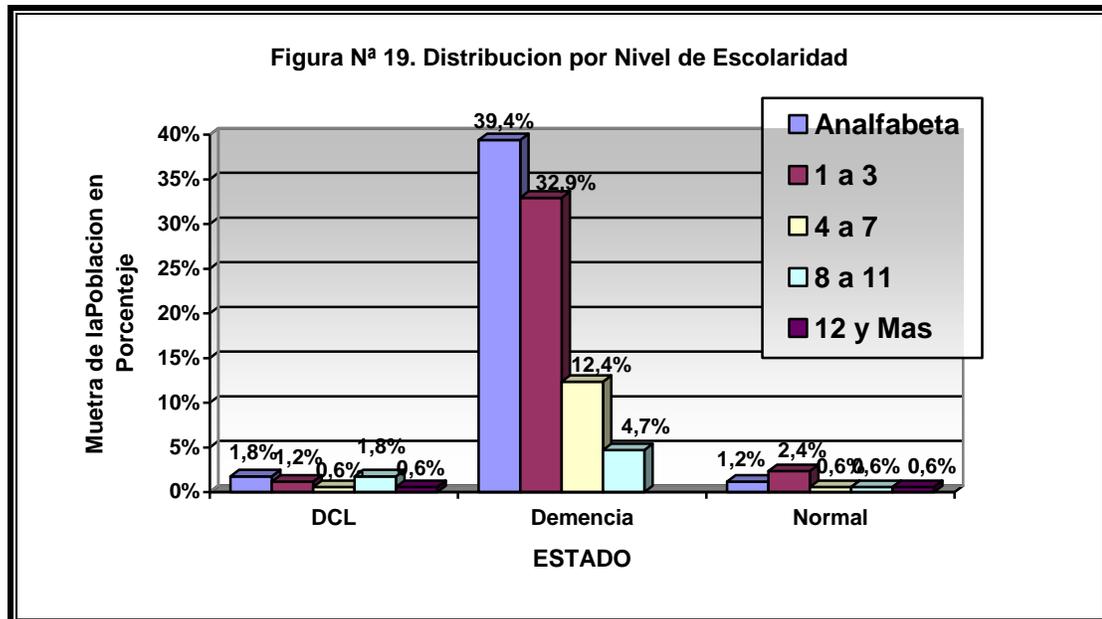


Posterior al trabajo clínico y la subdivisión grupal (DCL, demencia y Normal) se observa al sexo femenino como predominante sobre todo en el subgrupo

demencia. Los estudios EURODEM (Laurner, L., J., et al, 1999) basados en 528 casos incidentes entre una cohorte de 28.768 personas seguida longitudinalmente, demostraron fehacientemente que las mujeres tienen un riesgo relativo mayor para sufrir demencia y en particular Alzheimer. El hecho de que las mujeres vivan el último tercio de su existencia en situación de deficiencia estrogénica podría explicar la mayor prevalencia e incidencia en las demencias (Martínez, L., et al 2000).

**TABLA Nº 22 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD (EN AÑOS)
N = 170**

<i>Escolaridad por rangos en años</i>	<i>DCL</i>	<i>%</i>	<i>Demencia</i>	<i>%</i>	<i>Normal</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
Analfabeta	3	1.76	67	39.41	2	1.16	72
1-3	2	1.16	56	32.94	4	2.35	62
4-7	1	0.58	21	12.35	1	0.58	23
8-11	2	1.76	8	4.70	1	0.58	11
12 y mas	1	0.58			1	0.58	2
TOTAL	9	5.84	152	89.4	9	5.25	170



En los tres subgrupos los pacientes se distribuyeron mayoritariamente en bajos niveles de escolaridad, siendo ello más notorio en el subgrupo de pacientes con demencia: 44% analfabeta, 37% con tres y menos años de escolaridad;

porcentajes que sumados (81%) son una cifra alarmante desde cualquier tipo de análisis.

Mortimer hizo en 1988 la predicción y formuló la hipótesis de que un mayor nivel educativo podía proteger frente a la demencia. Creía que los factores psicosociales actuaban primariamente reduciendo «la reserva intelectual», de manera que una enfermedad cerebral de poca entidad, en presencia de cierta miseria socioeconómica y cultural, daba lugar ya a una franca demencia.

**TABLA Nº 23 DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS POR MACROESTRADO
N = 170**

<i>Macroestrato</i>	<i>DCL</i>	<i>%</i>	<i>DEMENCIA</i>	<i>%</i>	<i>NORMAL</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
A	9	5.29	141	82.94	6	3.52	156
B			11	6.47	3	1.76	14
TOTAL	9	5.29	152	89.41	9	5.28	170

El 91.7% de la población clasificada correspondió al macroestrato A y solamente el 8.3% al B. En el subgrupo de demencia el 82.9% pertenecen al macroestrato A lo cual indica que se ubican mayoritariamente a los estratos bajos de la población.

**TABLAS Nº 24 ANTECEDENTES MÉDICOS DE PERSONAS CON DEMENCIA
N=152**

<i>Enfermedad</i>	<i>Demencia</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
Depresión	No	102	67.10
	Si	50	32.89
	TOTAL	152	100
Dislipidemia	No	125	82.23
	Si	27	17.6
	TOTAL	152	100
Enfermedad Cardiovascular	No	129	75.8
	Si	23	13.5
	TOTAL	152	100
Diabetes	No	132	86.8
	Si	20	13.2
	TOTAL	152	100
Hipertensión Arterial	No	140	92.1
	Si	12	7.9
	TOTAL	152	100
Enfermedad Cerebro Vascular	No	141	92.7
	Si	11	7.3
	TOTAL	152	100

La mayoría de las personas que fueron diagnosticadas con demencia reportan algún tipo de antecedentes médicos de enfermedades propias de edades tardías, siendo los principales factores de riesgo en su orden: depresión (32.89%), dislipidemias (17.6%), enfermedad cardiovascular (13.5%), diabetes (13.2%), hipertensión arterial (7.9%), y enfermedad cerebrovascular (7.3%)

En relación a los antecedentes médicos de primera fase (etapa de tamizado) existe concordancia en la identificación de factores de riesgo para hipertensión, diabetes cardiopatías; Los resultados del *Nun Study* (POSNER HB, et, al 2002) demuestran que la enfermedad cerebrovascular, sobre todo los infartos lacunares

en ganglios basales, se constituye un factor de riesgo importante frente al padecimiento de una demencia.

**DISTRIBUCION DE LAS DEMENCIAS POR DIAGNOSTICO PROBABLE
SEGÚN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

**TABLA Nº 25 GRADO DE SEVERIDAD DE LAS DEMENCIAS
N=152**

<i>GDS</i>	<i>Demencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>TOTAL</i>
2 (Muy ligero déficit cognoscitivo)	4	2.63	4
3 (Leve déficit cognoscitivo)	37	24.34	37
4 (Leve a moderado déficit cognoscitivo)	72	47.36	72
5 (Moderado déficit cognoscitivo)	19	12.5	19
6 (Moderado a severo déficit cognoscitivo)	19	12.5	19
7 (Profundo o muy severo déficit cognoscitivo)	1	0.65	1
TOTAL	152	100	152

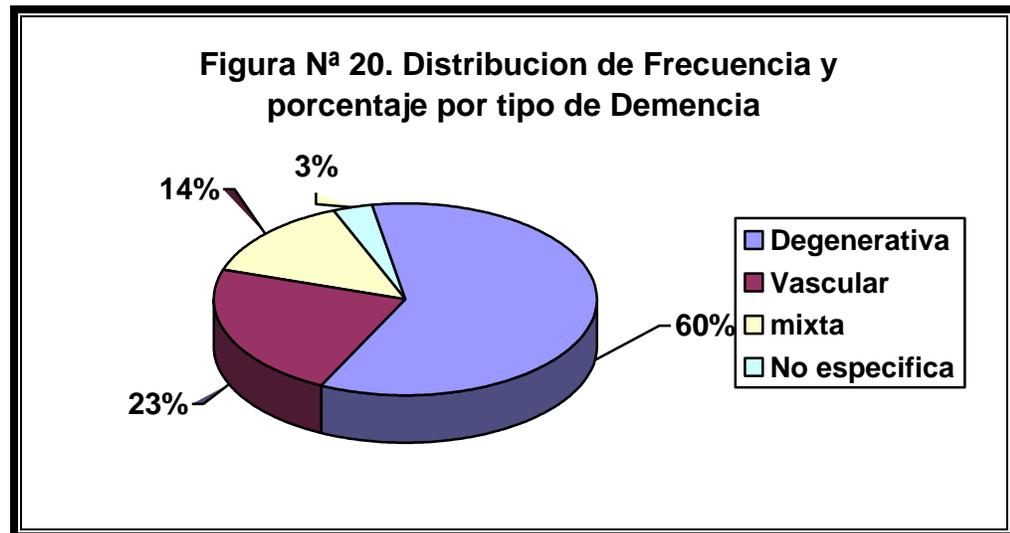
En cuanto al grado de severidad del síndrome demencial en sus diferentes niveles, se distribuye la población estudiada (89.4%), en su mayoría en leve y leve a moderado déficit cognoscitivo (71.7%), lo que corresponde a los niveles 3 y 4 considerada según los criterios diagnósticos del GDS (Ver anexo D) como demencia leve.

En cuanto a los niveles de deterioro: moderado déficit cognoscitivo y moderado a severo déficit cognoscitivo (demencia moderada) se encuentra un porcentaje del 25%.

Los anteriores datos indican que la Demencia Leve es el síndrome demencial más común dentro de las personas evaluadas.

**TABLA N° 26 DISTRIBUCION DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR PROBABLE TIPO DE DEMENCIA
N=152**

<i>Tipo de demencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
DEGENERATIVA (DTA y otras)	91	59.9	59.9
VASCULAR	35	23.0	82.9
MIXTA	21	13.8	96.7
NO ESPECIFICA	5	3.3	100
TOTAL	152	100	



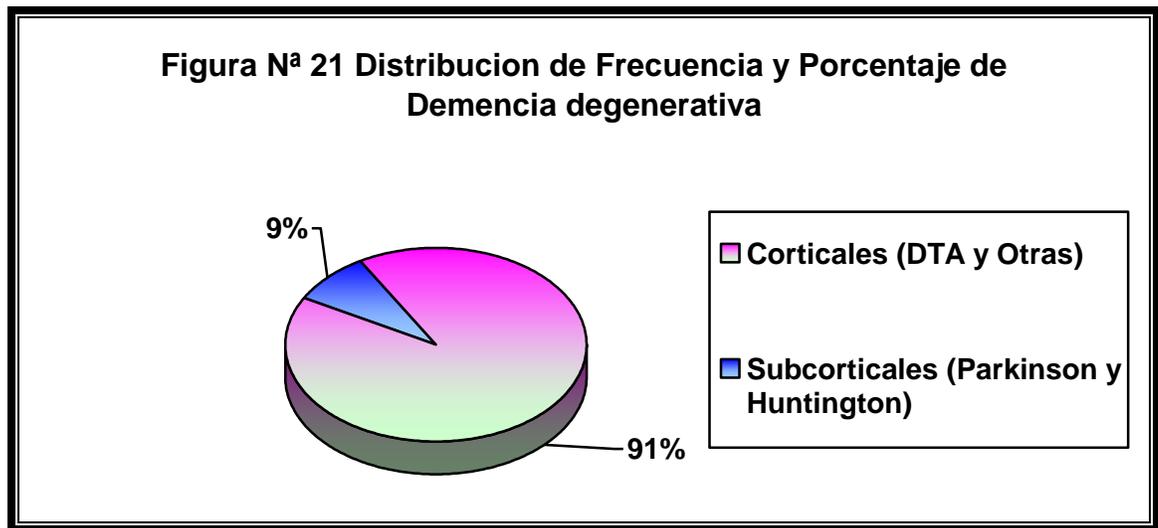
De acuerdo al probable diagnóstico en demencia, dado solamente desde la parte clínica, indica que el 59.9 % ha podido ser clasificado en el amplio grupo de las demencias degenerativas (en donde se incluye la DTA), lo cual concuerda con los reportes que al respecto de la tipología se tienen, 50 a 60% de todas las demencias corresponde a la Tipo Alzheimer y el segundo tipo más frecuente es la demencia vascular que alcanza entre un 15 y 30% de todos los casos(Lobo, A., et al; 2000).

La Demencia vascular presenta un porcentaje de 23% en la población estudiada; es de anotar que este diagnóstico debe ser refinado y filtrado mediante herramientas de apoyo diagnóstico como neuroimágenes, neuropatologías, etc.; por tanto las demencias mixtas (13.8%) y las no especificadas (2.3%) pueden

llegar a engrosar las cifras tanto en el porcentaje encontrado en demencia vascular y en degenerativas lo que puede llegar a corroborarse en la tercera fase de este proyecto (confirmación diagnóstica).

**TABLA Nº 27 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE
DEMENCIA DEGENERATIVA
N = 91**

<i>Degenerativa</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Corticales (DTA y Otras)	83	91.2	91.2
Subcorticales (Parkinson y Huntington)	8	8.7	100
TOTAL	91	100	



El 91% de las demencias degenerativas (incluyendo la DTA) corresponde a las demencias corticales y constituyen a su vez el 60% del total de todas las demencias; es de anotar que estas afectan de manera importante las funciones cognitivas superiores. De otro lado únicamente el 8.7% representan las demencias subcorticales y como es bien sabido estas comprometen

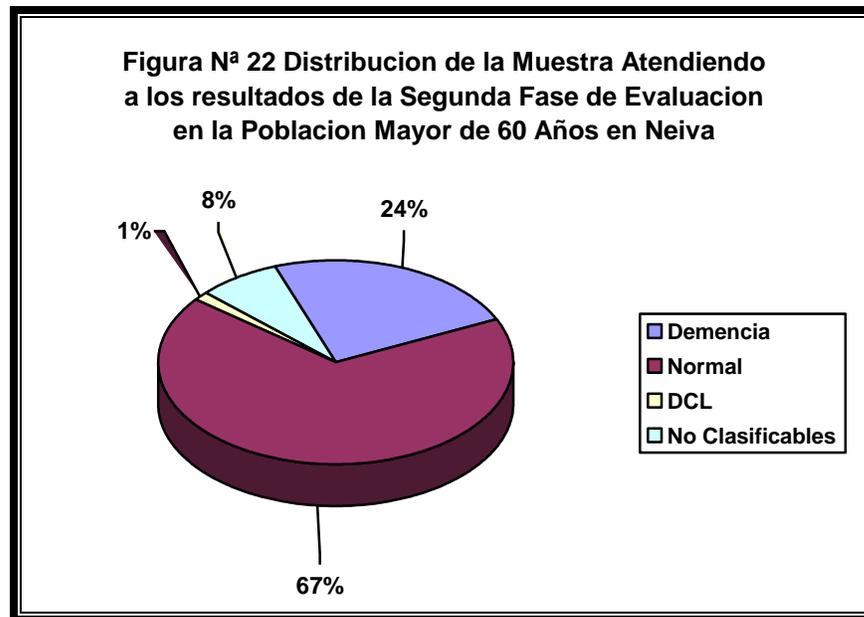
especialmente el sistema extrapiramidal y en estadios avanzados de la enfermedad las funciones cognitivas superiores.

PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS EN EL MUNICIPIO DE NEIVA

TABLA N° 28 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ATENDIENDO A LOS RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE DE EVALUACION EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS EN NEIVA.

N = 643

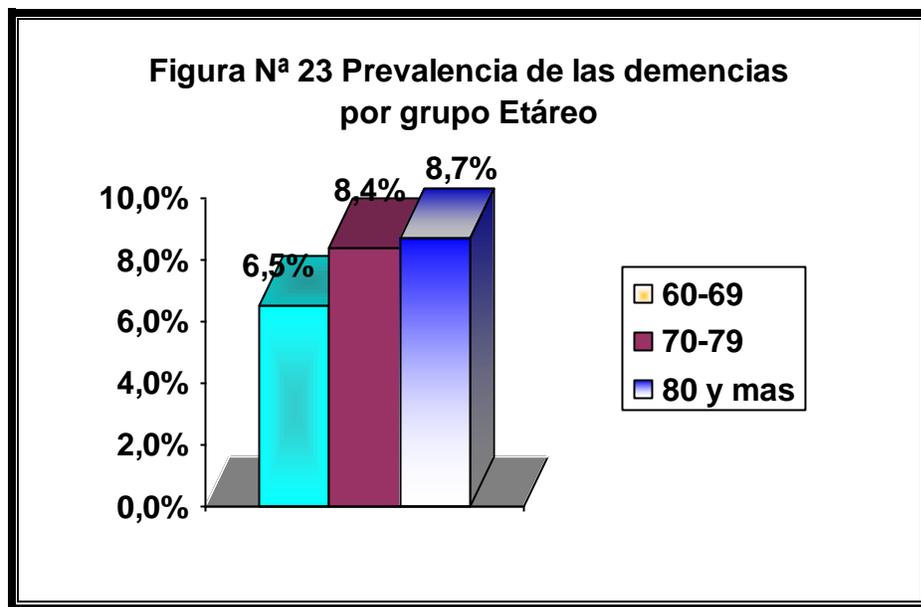
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Demencia	152	(23.6)
Normal	433	67.4
DCL	9	1.4
No clasificables	49	7.6
TOTAL	643	100



La prevalencia de demencia en el municipio de Neiva se sitúa en 23.6% contrastando con la población clasificada como normal en un 67.4%; el 9% restante no clasifica y por tanto pudiera verse engrosada por ésta la cifra de prevalencia.

**TABLA N° 29 PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS POR GRUPO ETÁREO
N = 643**

<i>Grupo Etáreo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Valido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
60-69	42	6.5	6.5	6.5
70-79	54	8.4	8.4	14.9
80 y mas	56	8.7	8.7	23.6
TOTAL	152	23.6	23.6	



La prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva por grupos etáreos indica que es del 6.5% en personas entre 60 y 69 años; de 8.4% de personas ubicadas en el grupo de 70 a 79 años y de 8.7% en el grupo de 80 y mas años. Aunque en el primer grupo la cifra es la esperable en los otros dos es menor a lo reportado en el mundo que preveen una duplicación de la prevalencia cada cinco años.

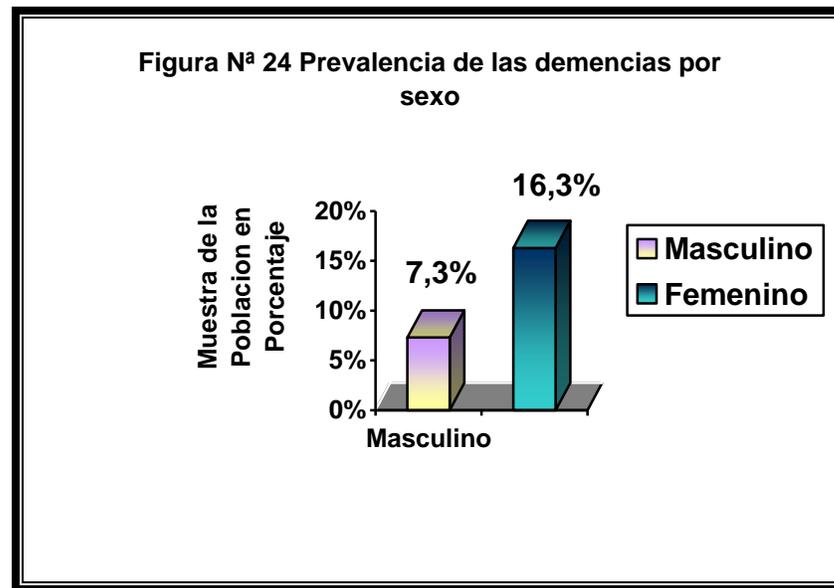
En países desarrollados se ha demostrado que la prevalencia de demencias se duplica cada cinco años en los pacientes entre 65 y 94 años: desde 1.4 % en la población de 65 a 69 años a 38.6 % entre los individuos de 90 a 94 años (Alberca, R., 2002)

La explicación para lo encontrado en la población estudiada podría ser la mortalidad temprana en donde el promedio de vida se ubica alrededor de los 70

años, no así en países desarrollados en donde este promedio llega casi hasta los 90 años.

TABLA N° 30 PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS POR SEXO
N = 643

<i>Grupo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Masculino	47	7.3	7.3	7.3
Femenino	105	16.3	16.3	23.6
TOTAL	152	23.6	23.6	

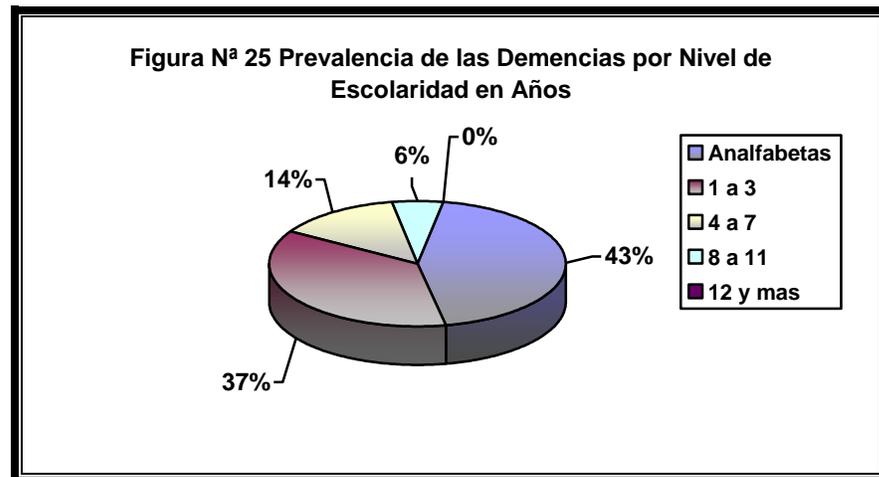


La prevalencia en demencias para la población de Neiva es de 23.6%, donde mas de la mitad del reporte encontrado corresponde a las mujeres, es decir 16.3% en la población estudiada; estas cifras se relacionan de cerca con la proporción general hombre mujer de la misma población en donde hay una razón de 2 mujeres por cada hombre.

No obstante se conoce en teoría que la población en donde se evidencia en mayor número el síndrome demencial es la femenina, dicha afirmación debe evaluarse desde diferentes puntos de vista porque la explicación dada no es muy clara en tanto que no se ha profundizado en controlar la variable natalidad en mujeres con respecto a hombres (Lasprilla, J. 2002).

TABLA N° 31 PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD EN AÑOS
N = 643

<i>Nivel de Escolaridad en Años</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Analfabeta	67	10.4	10.4	10.4
1 – 3	56	8.7	8.7	19.1
4 – 7	21	3.2	3.2	22.3
8 – 11	8	1.3	1.3	23.6
12 y Más	0	0	0	
TOTAL	152	23.6	23.6	

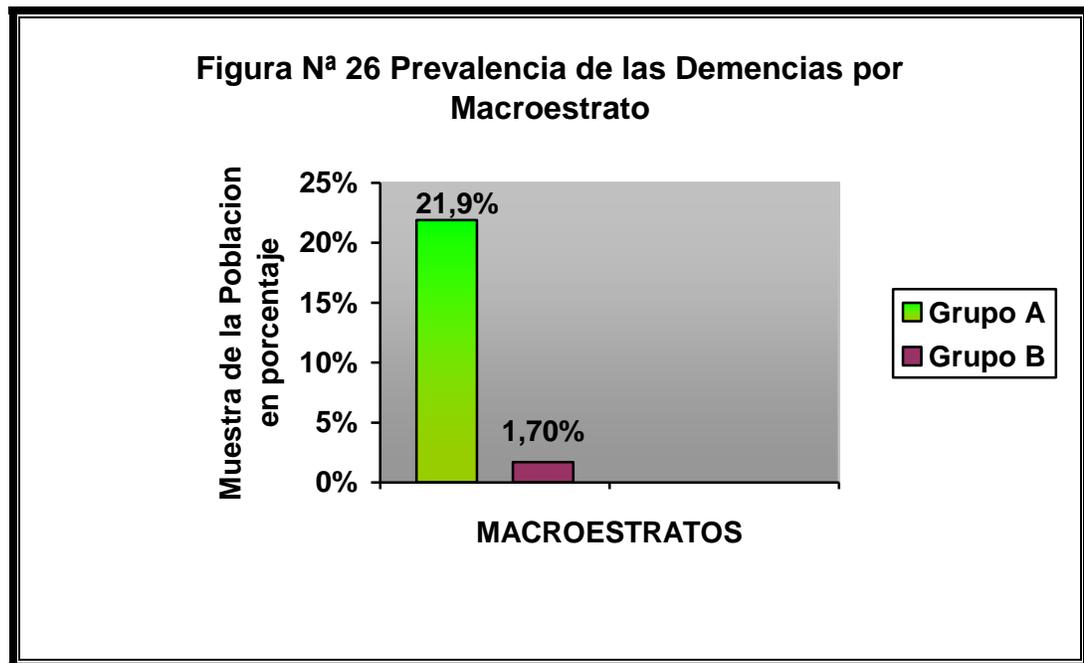


Casi la mitad de la prevalencia encontrada (23.6%), corresponde a la población analfabeta (10.4%); otro 8.7% de la misma tiene muy baja escolaridad (1-3 años), porcentajes que sumados constituyen el 80.9 % del total de la prevalencia para la población mayor de 60 años del municipio de Neiva.

Generalmente se habla de la baja escolaridad como factor de riesgo para desarrollar un síndrome demencial lo cual hace suponer que esta característica predominante en la población estudiada debe ser considerada a la hora de evaluar (en posteriores investigaciones) los factores de riesgo para desarrollar una demencia a los que se expone nuestra población adulta mayor.

**TABLA N° 32 Prevalencia de las demencias POR MACROESTRADO
N = 643**

<i>Macro estrato</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Grupo A	141	21.9	21.9	21.9
Grupo B	11	1.7	1.7	23.6
Total	152	23.6	23.6	



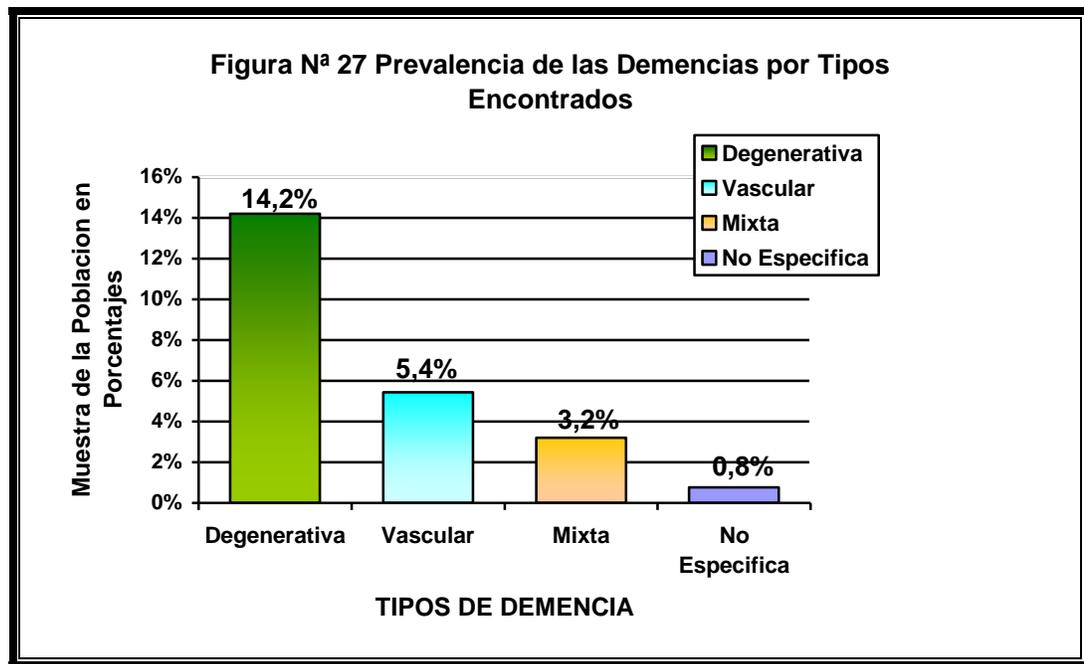
El 21.9% de la prevalencia total (23.6%) se sitúa en el macroestrato A (bajo y medio bajo) lo cual constituye el 92% de la prevalencia en demencia y podría considerarse como factor de riesgo de los mismos.

Se conoce a nivel general que las condiciones socioeconómicas son de crucial importancia ya que la privación de esta conlleva entre otras cosas a: alteraciones en el estado nutricional, poca o nula estimulación cognitiva debido a la baja escolaridad, etc., y estas condiciones son consideradas como algunos factores de riesgo para desarrollar una demencia.

TABLA N° 33 PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS POR TIPOS ENCONTRADOS.

N = 643

<i>Tipo Demencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Válido</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Degenerativa	91	14.2	14.2	14.2
Vascular	35	5.44	5.44	19.64
mixta	21	3.2	3.2	22.84
No especificada	5	0.77	0.77	23.6
	152	23.6	23.6	



La prevalencia para el municipio de Neiva se encuentra en mayor proporción en las demencias degenerativas (14.2%); con un porcentaje del 5.4% se ubica la demencia Vascular, seguido de la demencia mixta con un 3.2%

DISCUSION DE RESULTADOS

Es bien conocido en el mundo que los trabajos epidemiológicos para estudio de las demencias son muy costosos y que el diagnóstico que debe hacerse posterior a ello es uno de los más complicados y difíciles en clínica. En Latinoamérica y en Colombia son muchos los trabajos que han quedado inconclusos por agotamiento presupuestal y por dificultades de diferente índole para contactar la población objeto de estudio.

Este proyecto fue realizado tomando una muestra significativa (643) representativa de la población mayor de 60 años del municipio de Neiva la cual se tomó aleatoriamente teniendo en cuenta la proporción por macroestrato socioeconómico; estimando el aumento anual de la pobreza en Colombia la cual llegó a que en el macroestrato A se agrupara el (87.2%) de la población.

En segunda fase se rastreó el 100% de la población que por tamizado inicial se observó con algún nivel de deterioro, de estos quedaron fuera del estudio solo un 17% repartidos entre pseudoemencia (2%), retardo mental (1%), no colaboran (7%) y fallecidos (7%); es decir que el 83% de la población fue completamente evaluada, lo cual es una cifra record pues en Buenos Aires (para citar un solo caso), en un intento de estudio epidemiológico no se pudo evaluar más de la mitad de la población lo cual evidencia la calidad del estudio, máxime si se tiene en cuenta que estos estudios son de los más costosos y en el caso de este el presupuesto en tiempo fue de dos largos años y en dinero de 20 escasos millones.

De otro lado se debe tener en cuenta que el trabajo persuasivo y clínico-científico son el telón de fondo de estas cifras.

En cuanto a los instrumentos utilizados se cree que fue una decisión acertada haber escogido para la primera fase del estudio el MMSE versión extendida de Ashford, mediante el cual, y contrastada la población que pasó a segunda fase, con el diagnóstico clínico interdisciplinario soportado en pruebas y escalas objetivas, aparece un escaso 10.58% de falsos positivos; el 89.41% de la población que pasó a segunda fase fueron luego clasificados con algún nivel de demencia.

En cuanto a la prevalencia global encontrada en la población de Neiva (23.6%) es más alta que la reportada hasta el momento en Europa (13%) (Eurodem 1999) y en Concepción Chile (6.96%) pero la reportada en Colombia (Epineuro 1999) se ubicó en un 20% en mayores de 60 años, cifra poco distante que la encontrada en Neiva en este estudio.

Con respecto a la clasificación tipológica, es necesario hacer énfasis en recalcar lo que plantea la literatura: el diagnóstico en demencias especialmente la DTA solo es posible obtenerlo mediante estudios neuropatológicos postmortem. A pesar de que la tipología en demencias no hacía parte de los objetivos de este estudio se avanzó a este respecto y mediante la clínica apoyada en pruebas y escalas objetivas se logró encontrar primeramente un amplio grupo de probables demencias Neurodegenerativas (59.9%) compuesto por las probables demencias tipo Alzheimer y muy seguramente un grupo de demencias fronto-temporales que con los instrumentos utilizados hasta esta fase no es posible clarificar dicho diagnóstico. En segundo lugar, otro buen grupo (40.1%) que incluye probable demencias mixtas (entre DTA y DV), probables vasculares, y demencias no especificadas, para cuyo diagnóstico tipológico más fino será necesario contar con instrumentos más refinados.

Lo anterior soporta firmemente el diseño ya existente de una tercera fase epidemiológica con la utilización de Neuroimágenes, laboratorios clínicos y por supuesto utilizando nuevas escalas diagnósticas (Escala de Pick, escalas para demencias frontales y fronto-temporales). Existe plena seguridad que esta llevará al reordenamiento de los grupos por tipología que permitirá una comparación más realista con las prevalencias por tipos encontrados en el resto del mundo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La prevalencia de demencias en las personas mayores de 60 años del municipio de Neiva es del 23.6%; un valor alto pero que concuerda con lo reportado por otros estudios, esto hace pensar que las entidades de salud se enfrentan a un problema de salud pública, ya que el cálculo podría llegar a evidenciar que potencialmente 11.351 personas mayores de 60 años tiene demencia, de los cuales el 59.9% tendrían algún tipo de demencia degenerativa y un 40% demencia vascular, mixta u otras no especificadas.

Conjuntamente a estas cifras se ha encontrado que la población adulta mayor de Neiva reporta en alto porcentaje de antecedentes de hipertensión (40.1%), diabetes (17%), cardiopatías (9%); comorbilidades que están consideradas como factores de riesgo para isquemias cerebrales.

La evaluación de otros aspectos sociodemográficos en la población estudiada son bastante desalentadores pues se encuentra un alto nivel de comorbilidades, bajo nivel escolar (Analfabeta 27.2%), difíciles condiciones de vivienda; esto podría ser parte de la explicación de las demencias temprana entre 60 a 69 años (24.7%) y de la alta cifra de prevalencia.

Con respecto a las recomendaciones: a nivel investigativo se debe continuar con el trabajo epidemiológico para precisar tipologías, etiologías y factores de riesgo asociados. De otro lado es fundamental fortalece la Asociación Huilense de Alzheimer, las asociaciones, fundaciones y centros de atención al adulto mayor.

La recomendación mas importante de los profesionales y estudiantes que participaron en este estudio es la urgente divulgación de estos resultados a nivel regional y nacional con el fin de que las autoridades sanitarias tomen rápidamente las medidas correspondientes que permitan la prevención y tratamiento temprano a favor de la calidad de vida en el Neivano que envejece y recuerde no es lo mismo que el anciano olvide donde deja las llaves que olvide para que se usen las llaves.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERCA Roman, Tratamiento de las Alteraciones Conductuales en la Enfermedad de Alzheimer y en otros procesos Neurológicos, Edt. Panamericana, Madrid, 2002, pag 16.

ALBERCA, R., López, S., Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Panamericana, Madrid, 2002, pag 29.

ALBERCA, R.,LOPEZ, S.,Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, Panamericana Madrid 2002, pag 35.

ARDILA, A., ROSSELLI, M., Neuropsicología Clínica, T II, Prensa Creativa, Medellín, 1992. Pag 318-19.

ARDILA, Alfredo, ROSSELLI, Mónica, La vejez. Neuropsicología del Envejecimiento, Prensa Creativa, Colombia, 1987.3

ARIZAGA, R., (2002). Epidemiología de las Demencias, INSS, Argentina.

ARIZAGA, Raúl, Epidemiología de las Demencias, Grupo de Trabajo de Demencia de la Sociedad Neurológica de Argentina, 1998.

BENSON, D.F., y cols, construcional disabilities, Cortex, 6: 16-46. 1982.

BERGMANN, K., KAY DWK, FOSTER, EM. Y cols. A Follow-up study of randomly selected community residents to assess the effects of chronic brain syndrome and Cerebrovascular disease, Psychiatry, Part II. Excepta medica congress Series, 1971, 274: 856-865.

CORNEJO, W., LOPERA, F., URIBE, C., SALINAS, M., Descripción de una familia con demencia presenil tipo Alzheimer. Acta Medica Colombiana, 1987

CUMMINGS, J. and BENSON, D. (1992). Dementia: A Clinical Approach. Boston, Butterworths.

DSM – IV: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson. S: A: Barcelona 1996.

EVANS, D.A. et al. (1989), Estimated prevalence of Alzheimer's Disease in a community population of elders persons. Jama, 262: 2551-2556.

FOLSTEIN, M. and FOLSTEIN, S. (1975). Mini Mental State: A Practical Method

for Grading the Cognitive State of Patient for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12: 189-198.

GOODING, Piedad, *Memoria y Demencias*, Grupo DNEUROPSY, Neiva, Colombia, 2004, Cap.8.

GOMEZ Nelson, BONNIN, Beatriz y otros, *Revista Cubana Médica*, Cuba, 2003.

GOMEZ, J. F. (1996). Adaptación Escala Lawton de Actividades de la Vida Diaria, Universidad de Caldas, Manizales.

GRUPO DE NEUROCIENCIAS, *Protocolo Demencias*, Universidad de Antioquia.

HACHINSKI, V. y cols (1975). Cerebral Blood Flow: in Dementia. *Arch. Neurol*, 1975; 32: 632-637.

[http:// www. Medafile. com /jwa/](http://www.Medafile.com/jwa/). Ashford et al *Internet. Psychoger*, 4, 55-74.

INTERNET: www.biopsicologia.net/fichas/page_5769.html

JACQUIER, Martine, et al. Prevalencia de las Demencias con énfasis en la enfermedad de Alzheimer en la población comunitaria de Santafé de Bogotá: Estudio piloto, Santafé de Bogotá, 2000.

JORM, A. F. et cols (1987). The prevalence of Dementia: a Quantative Integration of literature. *Acta Psych scan*, 76: 24-79.

JORM, A. F. (1990). *The Epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders*. Chapman and Hall. London.

JORM A: Risk factors for Alzheimer's disease. En: O'Brien J, Ames D, Burns A (eds.): *Dementia*, 2.a ed. Londres: Arnold, 2000; 383-390. KAHN, RL, Goldfarb AI, Pollack M. y cols, (1960), Brief objective Measures for the Determination of mental status in the aged, *Am J Psychiat*, 17: 326-328.

KATZMAN R., KAWAS, C., (1994). *The epidemiology of Dementia and Alzheimer disease*. New York, Raven Press.

KAY et BERGMAN (1980). *Epidemiology of mental disorders among the aged in the community*. Prentice Hall.

KOKMEN, E. y cols (1996). Dementia after Ischemic stroke: A population-based study in Rochester, Minnesota. *Neurology*, 1996, 46: 154-159.

LAUNER LJ, Hofman A: Frequency and impact of neurologic diseases in the elderly of Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; 54(supl. 5):S1-S3.

LAUNER L, Hofman A: Frequency and impact of neurologic diseases in the elderly of Europe. *Neurology* 2000; 54(supl. 5):S1-S40.

LAUNER LJ, Andersen K, Dewey ME, Lettenneur L, Ott A, Amaducci LA, y cols.: Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease. Results from EURODEM pooled analyses. *Neurology* 1999; 52: 78-84.

LOBO, A., y cols, (1979). Mini Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para la detección de alteraciones intelectuales, Actas Kuso- Españolas Neurol_Psiquiat, 7: 189-202.

LOBO, A., Launer, L.J., Fratiglioni I. y Cols.: Prevalence of Dementia and Major Sutypes in Europe: A Colaborative study of population-based cohorts, *Neurology*, 2000.

LOBO A., ESQUERRA, Gomez, FB, SALA, JM., Seva A. El Mini exámen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. Actas Luso Espa Neurol Psiquiatr. 1975 pag 189,202.

LOEB; ROMAN; GORELICK. Citados por ARANGO, L., Juan Carlos; FERNANDEZ, G., ARDILA, Alfredo. Las Demencias Aspectos Clínicos, Neuropsicologicos y Tratamiento, Manual Moderno, México, 2003, Pág. 209, 210

LOPERA, F., et al. Demencia Tipo Alzheimer con agregación familiar en Antioquia, Colombia. Acta Neurológica Colombiana, 1994

LISHMAN (1978). Citado por ARDILA , A., ROSSELLI, M., La Vejez, Prensa Creativa, Medellín, 1987.

LOPEZ, P., s., Llinas, J., Vilalta y cols The prevalence of Dementia in Girona. a. pylot study. *Neurología* 1995.

LOPEZ, G., OSTROSKY, F. y ARDILA, A., Influencias de la Edad y de la Escolaridad en el Exámen Breve del Estado Mental (Minimental State Examination) en una Población Hispanoparlante, revista Mejicana de Salud Mental, 1999; 22: 20-26.

LLINAS, J., "Epidemiología descriptiva", en: LOPEZ- POUASA, S., Vilalta y Llinas, J., (Eds). Manual de Demencias, Ed. Barcelona, 2001.

McKHANN GM., Albert, MS., y otros: Clinical and Patological Diagnosis of Frontotemporal Dementia. Arch. Neurol 2001; 58: 1803-1809.

MARTÍNEZ LAGE P, Hachinski V, Martínez Lage JM: Senilidad cerebral evitable: la importancia de eludir las enfermedades cerebrovasculares demenciantes. En:

MARTÍNEZ LAGE JM, Hachinski V (ds.): *Envejecimiento cerebral y enfermedad*. Madrid: Triacastela, 2001; 351-373

MARTÍNEZ LAGE JM, Oliveros-Cid A, Martínez-Lage P: Estrógenos y enfermedad de Alzheimer: bases, promesas y realidades. *Med Clínica (Barc)* 2000; 114:747-755.

MENDEZ MF, Zander BA: Dementia presenting with aphasia clinical characteristics. *J Neurosurg Psychiatric* 1991; 54 – 542 -545

MESULAM, M, Principles of Behavioural and Cognitive Neurology, Oxford University Press, Oxford, 2000.

MILLER, E., (1977) Abnormal ageing: The Psychology of Senile Dementia, New York: Wiley.

MORTIMER, JA., SHUMAN, LM., (1981): The epidemiology of Dementia, Oxford University Press, New York.

NINCDS-ADRDA, Mc Khann, G., et al. Clinical Diagnosis of Alzheimer's Disease; Report of the NINCDS-ADRDA Work Group. *Neurology* 1984; 34: 939-944.

NINCDS-AIREN, International Workshop Neurology, 1993. 43: 250-260.

PFEIFFER E., A short Portable Mental status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients, *J Am Geriatr Soc*, 23: 433-441.

PEÑA-CASANOVA, Jordi, Normalidad, Semiología y Patología Neuropsicologicas, Masson, Barcelona, 1991.

QUIROGA, P. Dementia prevalence in Concepcion Chile. Dementia project-WHO-Chile. World Congress of Geriatrics and Gerontology. Adelaide Australia. August 19-23, 1997.

REISBERG, B., FERRIS, SH., et al (1982) The Global deterioration Scale for Assessment primary degenerative dementia. *AM J Psychiatry* Sep 139: 9, 1136-9.

RICHE et cols (1991). A reconsideration of the relationship between age the prevalence of the dementia based on a meta-analysis of recent data. Proceedings of Euromedicine, Montpellier.

ROSSELLI D., ARDILA, A., PRADILLA, G., MORILLO, L., BAUTISTA I., et al: el Exámen Mental Abreviado (Minimental State Examinador) como Prueba de Selección para el Diagnóstico de Demencia. Estudio Poblacional Colombiano. GENECO, Revista de Neurologia, 2000, 30 (5): 428-32.

SANTOS – VILELLA, F. (2000), Validación en español de la escala de depresión Geriátrica Yesavage., Rev. Psy. Argentina.

WELLS C. E., (1981). Treatable forms of Dementia. Principles of internal Medicine up to date II. Adams (eds). New York: Mc Graw – Hill.

YESAVAGE, JA. Development and Validation of a geriatrics depresión scale. J. psiquiatr. Res. 17: 31-49. 1983.

ANEXOS

1.A. TABLAS

1.A.1. TABLAS EXPLICACION CALCULO DE LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS (NEIVA)

POBLACION ESTIMADA HUILA 2003 DISTRIBUIDA POR GRUPOS Y TASA DE CRECIMIENTO

	2000	Crecimiento en 5 años	2005	Crecimiento en 3 años	Población estimada a 2003
60-64	18929	4188	23117	2513	21442
65-69	14716	2494	17210	1496	16212
70-74	12002	671	12673	403	12405
75-79	7969	1376	9345	826	8795
80	8217	1409	9626	845	9062
Total	61833		71971		67916

PORCENTAJE DE CRECIMIENTO APLICADO AL TOTAL DE LA POBLACION HUILA (967.831) 2003

GRUPO	POBLACION	%
60-69	37654	3,9
70-79	21199	2,2
80	9062	0,9
TOTAL	67916	7

PORCENTAJE DE CRECIMIENTO APLICADO POR GRUPOS DE EDAD A LA POBLACION NEIVA (358.279) 2003.

60-69	13939
70-79	7848
80	3355

TOTAL

25142

1.A.2. RESULTADOS PRIMERA FASE.

2.A. INSTRUMENTOS

2.A.1. INSTRUMENTOS PRIMERA FASE (TAMIZADO)

2.A.2. INSTRUMENTOS SEGUNDA FASE (DIAGNOSTICO CLINICO)

3.A. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

3.A.1. ESCALA GLOBAL DE DETERIORO (GDS)

1. Ningún déficit cognoscitivos: NORMAL.

No presenta queja subjetiva de memoria. No se encuentra déficit evidente en la evaluación

2. Muy ligero déficit cognoscitivo: NORMAL.

Queja subjetiva de déficit mnésico (ejemplo: olvida donde deja las cosas, nombres y reconocimiento de rostros). No presenta quejas en el campo laboral o social. En la evaluación no hay evidencia de déficit a nivel de la memoria.

3. Leve déficit cognoscitivo DEMENCIA LEVE.

Clara señal de déficit temprano. Se manifiesta en una de las siguientes áreas:

- a) El paciente puede perderse a pesar de encontrarse en lugar conocido.
- b) Los compañeros de trabajo refieren pobreza en las ejecuciones.
- c) Es evidente la dificultad en las palabras y en la nominación.
- d) El paciente lee párrafos pero solo logra retener una pequeña cantidad.
- e) Puede presentar dificultad para recordar nombres y rostros nuevos.
- f) Se puede perder o puede extraviar objetos de valor.
- g) déficit de concentración evidentes en la evaluación clínica.

Hay evidencia objetiva de déficit de memoria (bien delineados en la evaluación clínica y entrevista detallada), disminución en las actividades laborales y sociales y o negación (que se manifiesta por ansiedad del paciente).

4. Leve a moderado déficit cognoscitivo: DEMENCIA LEVE

Clara señal de déficit en la intervención clínica. Déficit manifestado en las siguientes áreas:

Disminución del conocimiento para eventos recientes.
 Déficit en la memoria relacionada con eventos de su historia personal.
 Déficit de concentración (detectado en la sustracción serial).
 Disminución de la habilidad para viajar y manejar finanzas.
 Con frecuencia se observa déficit en las siguientes áreas:
 Orientación en tiempo y persona.
 Reconocimiento de personas y caras familiares.
 Habilidad para conducirse en sitios conocidos.
 Habilidad para realizar tareas complejas.

El mecanismo principal de defensa es la negación y el afecto puede estar aplanado.

5. Moderado déficit cognoscitivo: DEMENCIA MODERADA

El paciente no puede sobrevivir sin asistencia y es incapaz de recordar aspectos relevantes de su vida actual (ejemplo: dirección, teléfono, edad, nombre de miembros de su familia, etc.) Es frecuente encontrarlo desorientado en tiempo o lugar. El paciente con buen nivel educativo, es incapaz de hacer secuencias en regresión.

La persona en este estado tiene mejor conocimiento de los hechos relacionados consigo mismo. No presenta mayor dificultad para comer pero si para vestirse.

6. Moderado a severo déficit cognoscitivo: DEMENCIA MODERADA

Ocasionalmente olvida el nombre el nombre de su esposa, de quien es enteramente dependiente para sobrevivir. Es inconsciente de los eventos recientes y experiencias en su vida. Retiene algún conocimiento de su vida pasada, pero es solo un bosquejo. Requiere de asistencia para las actividades de la vida diaria. En ocasiones , presenta incontinencia y requiere de ayuda para conducirse, aunque puede hacerlo en lugares conocidos. Su ritmo de vida diaria se ve afectado.

Existen cambios emocionales y de personalidad, que pueden ser rápidos y variables presentando:

comportamiento delirante (ejemplo: su esposa es una impostora)
síntomas obsesivos.

Síntomas de ansiedad, agitación y en ocasiones comportamientos violentos.

Abulia cognoscitiva (pérdida de la voluntad para llevar a cabo el pensamiento y tener un propósito de acción).

7. Profundo o muy severo déficit cognoscitivo: DEMENCIA SEVERA

Hay pérdida de todas las habilidades verbales. Frecuentemente esto se convierte en gruñidos o simplemente no habla. Presenta incontinencia urinaria y requiere de asistencia permanente. Hay pérdida de las habilidades motoras básicas. El cerebro parece incapaz de decir que ocurre con el cuerpo.

3.A.2. Criterios Diagnósticos de DSM-IV

CRITERIOS COMUNES A TODAS LAS DEMENCIAS
<p>Desarrollo de múltiples alteraciones cognoscitivas manifestadas por:</p> <p>1. Alteración de la memoria (tanto en la habilidad para aprender información como para evocar información previamente aprendida).</p> <p>Una o mas de las siguientes alteraciones cognoscitivas:</p> <p>Afasia (alteración del lenguaje)</p> <p>Apraxia (alteración de la habilidad para realizar comportamientos motores apropiados, en presencia de una función motora intacta).</p> <p>Agnosia (fallas en reconocimiento de objetos, con una función sensorial intacta).</p> <p>Alteracion en las funciones ejecutivas (planeación, organización, secuenciación, abstracción, etc.)</p>
B. Los déficit anteriores causan perturbación significativa del funcionamiento social u ocupacional, lo cual implica un declive del funcionamiento previo.
C. los déficit no ocurren exclusivamente durante fases de delirium.

Criterios específicos según tipo de demencia

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
<p>el curso de la enfermedad se caracteriza por inicio gradual y continuo del declive cognoscitivo. Los déficit cognoscitivos no son causados por otras condiciones como enfermedad cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de huntington, Hematoma subdural, hidrocefalea de presión normal, tumor cerebral, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico o Niacina, hipercalcemia, Neurosífilis, infección por VIH, Depresión Mayor o esquizofrenia.</p> <p>NOTA: Se debe especificar la presencia de alteraciones comportamentales. Así mismo se debe clasificar según inicio y características, de la siguiente manera:</p> <p>Con inicio temprano (antes de los 65 años)</p> <p>Con inicio tardío (después de los 65 años)</p> <p>Con delirium, con delirios, con humor depresivo o no complicada.</p>
DEMENCIA VASCULAR
D. Signos y síntomas neurológicos focales (exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta plantar extensora, parálisis pseudobulbar, anormalidades de la marcha, debilidad de una extremidad), o evidencia de laboratorio que indique enfermedad cerebro vascular (infartos múltiples que comprometen la corteza y la sustancia blanca) y que se considera tiene relación etiológica con la perturbación.
DEMENCIA DEBIDA A OTRAS CONDICIONES MEDICAS GENERALES
D. Existe evidencia en la historia, en el examen físico o en los laboratorios, que la demencia es debida a: VIH, Trauma craneano, enf. De Parkinson, Enf. De Huntington, Enf. De pick, Enf. De Creutzfeldt Jacob u otras causas.

3.A.3. Criterios Diagnósticos del Instituto Nacional de desordenes Neurológicos y Enfermedad de Alzheimer y desórdenes Relacionados (NINCDS/ADRD)

I. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE
Demencia establecida a través de evaluación clínica, documentada por medio de exámenes mentales como el Exámen Mental Mínimo (MMSE) o la escala de demencia de Blessed y confirmada con pruebas neuropsicológicas. Déficit en dos o más áreas cognoscitivas. Pérdida progresiva de memoria y de otras funciones cognoscitiva. Ausencia de alteración de la conciencia. Inicio entre los 40 y 90 años y mas frecuentemente después de los 65 años. Ausencia de desordenes sistémicos o neuropatología cerebral que pueda explicar la presencia de los déficit progresivos de memoria y de otras funciones cognoscitivas.
EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE ES APOYADO POR:
Deterioro progresivo de las funciones cognoscitivas tales como, lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y de percepción (agnosia). Deterioro en las actividades de la vida cotidiana y patrones de comportamiento alterados. Historia familiar de desordenes similares, particularmente si han sido confirmados neuropatologicamente. Evidencia de atrofia cerebral en tomografía axial computarizada, con progresión documentada por observación periódica.
OTRAS CARACTERÍSTICAS CLINICAS CONSISTENTES CON EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE
Luego de excluir causas de otras demencias diferentes a la DTA, incluyen: Curso lineal de progresión de la enfermedad. Síntomas asociados con depresión, insomnio, inconsciencia, delirios, ilusiones, alucinaciones, ataques emocionales, o físicos, desórdenes sexuales y pérdida de peso. Otras anomalías neurológicas en algunos pacientes, especialmente en un estado avanzado de la enfermedad e incluyendo signos motores tales como tono muscular aumentado, Mioclonías o desórdenes de la marcha. Convulsiones en un estado avanzado de la enfermedad.. Escenografía cerebral normal para la edad.
CARACTERÍSTICAS QUE HACE EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE INCIERTO; INCLUYE:
Inicio abrupto y repentino. Hallazgos neurológicos focales tales como hemiparesia, pérdida sensorial, déficit en el campo visual e incoordinación desde etapas tempranas de la enfermedad.
II. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POSIBLE
Puede ser realizado basado en la existencia de un síndrome demencia, en ausencia de otros trastornos neurológicos, Psiquiátricos o sistémicos, que puedan causar demencia y en presencia de variaciones en el inicio, presentación o durante el curso clínico de la enfermedad. Puede ser realizado en presencia de un segundo trastorno sistémico o cerebral suficiente para producir demencia y que no puede ser considerado como la causa de está. Puede ser realizado en estudios de investigación cuando se presente un único déficit cognoscitivo gradualmente progresivo, en ausencia de otra causa identificable.
III. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEFINITIVA
Criterio clínico de Enfermedad de Alzheimer PROBABLE. Evidencia histopatologica.

3.A.4. CRITERIOS NINDS-AIREN

Crterios del NINDS-AIREN para el diagnóstico de demencia vascular
<p><u>Demencia Vasculr Probable:</u> Evidencia clínica de demencia Presencia de EVC Relación entre ambos: Inicio de la demencia en los 3 primeros meses luego del EVC Deterioro intelectual súbito o curso fluctuante o escalonado Características clínicas que favorecen el diagnóstico: Alteración temprana de la marcha Historia de caídas frecuentes Alteraciones esfinterianas tempranas Parálisis pseudobulbar Cambios en la personalidad Características que ponen en duda el diagnóstico: Inicio temprano de alteraciones en la memoria u otras funciones cognitivas en la ausencia de lesiones focales congruentes en TC o IRM. Ausencia de signos neurológicos focales. Ausencia de lesiones cerebro vasculares en TC o IRM.</p> <p><u>Demencia vascular posible:</u> Evidencia clínica de demencia. Signos focales sin confirmación de estudios de neuroimagen. Ausencia de una relación temporal clara entre inicio de la demencia y EVC. Pacientes con inicio insidioso y curso variable de la demencia y evidencia de EVC.</p> <p><u>Demencia vascular definitiva:</u> Presencia de criterios clínicos de probable demencia vascular. Evidencia histopatológica de EVC. Ausencia de placas seniles o marañas neurofibrilares. Ausencia de otra entidad que curse con demencia.</p>

3.A.5. ESCALA DE HACHINSKI

Inicio agudo	2
Deterioro a brotes	1
Curso fluctuante	2
Confusión nocturna	1
Conservación de la personalidad	1
Depresión	1
Síntomas somáticos	1
Labilidad emocional	1
Antecedentes de HTA	1
Antecedentes de ictus	2
Signos de aterosclerosis	1
Síntomas neurológicos focales	2
Signos neurológicos focales	2

TOTAL: _____

Siete o mas puntos..... Demencia Vascular
 Cuatro o menos puntos..... Demencia Alzheimer

4.A. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

4.A.1. Consentimiento Primera fase.

4.A.2. Consentimiento Segunda fase.