

***Síndrome Demencial y Factores de riesgo.***

***Estudio La Lisa "Cristóbal Labra".***

**Autores:**

Allis F. Sellek Rodríguez \*

Juan J. LLibre Rodríguez \*\*

Héctor Bayarre Veá \*\*\*

\* \* Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral,  
Policlínico Comunitario Docente "Cristóbal Labra".

\*\* Especialista de 1er. Grado en Medicina Interna, Hospital  
Clínico Quirúrgico Docente "Carlos J. Finlay".

\*\*\* Especialista de 1er. Grado en Bioestadística, Facultad de  
Salud Pública.

---

\* Enviar correspondencia: 35c Edificio 42 apto. 9, / 240 y 244, San Agustín, Ciudad de la Habana, Cuba.

**Resumen:**

*El objetivo de esta investigación es conocer el comportamiento del síndrome demencial en la población mayor de 60 años, atendida en el policlínico "Cristóbal Labra", municipio La Lisa, Ciudad Habana, en el primer semestre de 1995, así como la relación de algunos factores biosociales que se asocien con su predicción. Se estudiaron 294 ancianos, lo cual se consignó mediante una encuesta que incluyó datos personales, antecedentes patológicos personales y la confirmación del deterioro cognoscitivo por medio del Mini Examen del Estado Mental de Folstein. Además se utilizó la Escala de Deterioro Global para evaluar las alteraciones cognitivas edad dependiente y la enfermedad de Alzheimer; la escala isquémica de Hashinski para diferenciar la demencia vascular de la demencia tipo Alzheimer. Se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas por estadígrafos descriptivos. Se emplearon pruebas de hipótesis bivariantes y multivariantes por medio del método de regresión logística múltiple. La prevalencia del síndrome demencial se sitúa en 14.96% (para un 95% de confianza, 13.82% - 16.10%). La demencia tipo Alzheimer predominó con un 72.72% sobre la demencia vascular con un 20.45% en general, encontrándose su mayor frecuencia en las etapas estado confusional inicial y estado confusional avanzado, según escala de deterioro global. La pérdida de la memoria reciente y la disminución de la atención y el cálculo se relacionaron más frecuentemente con puntuaciones bajas en el Mini examen del estado mental. La edad (OR.1.06, 95% IC 1.01 a 1.11), presencia de antecedentes patológicos personales (OR.3.96, 95% IC 1.79 a 8.78) y no tener vínculo conyugal, por viudez o soltero (OR.2.24, 95% IC 1.07 a 4.71), figuraron en el perfil de riesgo de esta población. La detección precoz del síndrome demencial permitiría desarrollar proyectos de intervención en ancianos para mejorar su estado de salud y una mejor adaptación sociofamiliar de forma activa.*

### **Introducción:**

Teniendo en cuenta la diversidad de criterios sobre el Síndrome Demencial (SD) adoptamos como tal, al Conjunto de síntomas y signos que caracterizan a la declinación progresiva de las funciones mentales, producidas por diversas lesiones estructurales, de naturaleza orgánica, en el cerebro; acompañadas de alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento, que aparecen con suficiente severidad en el paciente, afectando su normal desenvolvimiento en la Familia y en la Sociedad; teniendo estos pacientes inteligencia y estados de conciencia previamente normales (2,3,4).

Este síndrome es una de las afecciones que aparecen con mayor frecuencia entre los ancianos. Thomas en 1981 la denominó "La enfermedad del siglo". En estudios de poblaciones de 60 años y más se ha encontrado una prevalencia entre 4-5% de discapacidad mental marcada, lo cual aumentaría en un 10 % si detectamos sus formas ligeras o comenzantes (1,6).

La proporción de personas de 65 años y más es de aproximadamente el 10% en la población mundial, con tendencias al aumento en un 15% en los próximos decenios. En Estados Unidos 55 millones de Americanos tendrán más de 65 años para los años 2020 y 2030 (20% de la población total). En Barcelona en 1986 el 14,82% de la población era mayor de 65 años y aumentó en un 17,36% en 1991. En nuestro país las proporciones relativas en 1960 de niños mayores de 5 años eran de 13,4% y de ancianos mayor de 60 años de 7,3%; en el año 2000 estas cifras se invertirán, es decir aproximadamente 1 600 000 personas serán mayores de 65 años (14%) y en 2025 uno por cada 4 cubanos será mayor de 60 años (7,8,9,10).

Por tanto, la posibilidad de aparición del SD será mayor, el cual ocupa un lugar importante en la morbilidad de los pacientes ancianos, solo que no aparece como causa en las estadísticas de mortalidad, pero se trata de una afectación que sin lugar a dudas precipita la muerte por sus complicaciones, requiriendo un mayor soporte médico y social (11).

El envejecimiento poblacional no constituye en modo alguno un problema de salud, sino un logro de la humanidad, en el cual mucho ha tenido que ver el desarrollo científico-técnico logrado. Sin embargo, con el envejecimiento cambia el patrón de morbilidad, y comienzan a proliferar, de manera creciente, un grupo de enfermedades crónica y degenerativas, que disminuyen en los ancianos la percepción de su salud (12)

En los Estados Unidos 4 millones de Americanos presentan Demencia de tipo Alzheimer, siendo mayor del 50 % en ancianos, y es la 4ta ó 5ta causa de muerte entre los ancianos mayores de 65 años; es más frecuente entre las mujeres, tal vez porque estas viven más tiempo que los hombres por lo que algunos autores consideran el sexo femenino como un factor de riesgo, sobre todo pues este tipo de Demencia se incrementa con la edad. Cerca del 20 % de los pacientes con Enfermedad de Parkinson desarrollan este tipo de demencia. La Enfermedad de Alzheimer y la Demencia Multinfarto coexisten en un 15 % de los casos (14). Es importante señalar que aproximadamente un 5% de la Demencias son de causa desconocida, aún después de estudios postmortem complejos. En edades de 75-85 años, el SD es tan frecuente como el ataque cardíaco, y la EA es más frecuente que los accidentes vasculares encefálicos, por los que el estudio de esta afección es relevante (1).

En busca de factores predictores o favorecedores del SD se han publicado diversos artículos, aceptándose plenamente que la edad es un factor de riesgo para la EA. La inherente variabilidad en el curso del Síndrome Demencial ha

hecho difícil su evaluación. Se han utilizado diversos métodos para su identificación, sin embargo, sería necesario encontrar factores de riesgos o predictores de Demencia, ya que estos podrían definir características de la enfermedad, sin que formen parte de los criterios diagnósticos. Esta variabilidad puede reflejar una heterogeneidad fenotípica, que involucra factores genéticos y ambientales, aunque estas son especulaciones, se ha logrado correlacionar algunos de estos factores con el SD. La evaluación de estos factores debería ser el primer paso a desarrollar (17).

El Mini-Examen del Estado Mental (MEM) de Folstein, nos permite explorar las funciones cognitivas, el cual ha sido muy útil en estudios a gran escala; abarca las áreas de la Orientación, registro, atención, cálculo, recuento, lenguaje y construcción video-espacial, además es de fácil aplicación en los consultorios del médico de la familia, donde se conocen los hábitos del paciente y permite evaluar la evolución del mismo. Lo cual nos facilitaría desarrollar programas de intervención en ancianos con Síndrome Demencial (18,19).

**Metódica:**

Se realizó un estudio descriptivo de cohorte transversal de los conocidos estudios de prevalencia en pacientes de 60 años y más pertenecientes al Policlínico Cristóbal Labra, del municipio La Lisa, en el primer semestre de 1995.

Para la realización del quinto objetivo, con la finalidad de garantizar la precedencia temporal del factor sobre el síndrome demencial o demencia, se fijó un período de 2 años anteriores al momento de la aplicación de la encuesta.

**Etica:**

Se contó con el consentimiento oral y escrito de los ancianos que resultaron seleccionados, o en su defecto, con la aprobación de personas responsabilizadas con él, para lo cual se confeccionó una planilla. Además se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

**Técnicas y procedimientos:**

El universo estuvo constituido por 4430 ancianos que residían en el municipio La Lisa en el primer trimestre de 1995, pertenecientes al Policlínico "Cristóbal Labra", de los cuales se escogió una muestra de 294 ancianos, determinada a partir de la siguiente expresión:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o \cdot Q}{N}} \quad \text{siendo:} \quad = \text{-----}$$

donde:

P: Prevalencia de Demencia estimada en estudios anteriores.

Q: 1-P

: Prevalencia de la distribución normal.

$E_0^2$ : Error absoluto.

Para la selección definitiva de la muestra, esta se realizó mediante la población de muestreo por conglomerados en dos etapas (muestra con submuestra), para lo cual se consideraron como Unidades de Primera Etapa a los Grupos Básicos de Trabajo y como Unidades de Segunda Etapa a los consultorios.

**Técnica de recogida de la información:**

Para la recogida de la información se aplicaron los siguientes instrumentos: Mini-Examen del Estado Mental del Anciano (MEM) (para evaluar

la esfera mental), la Escala Isquémica de Hashinski (EIH), para diferenciar la Demencia Senil de la Vascular, Escala de Deterioro global (EDG) para evaluar la alteración cognoscitiva Edad-Dependiente y la Enfermedad de Alzheimer, así como datos generales y otros relacionados con los cambios en los hábitos de los ancianos (18,19,20,21)

Se excluyeron los ancianos con historia de Esquizofrenia, Retraso Mental, Afasia, otras enfermedades psiquiátricas con degradación del nivel de conciencia, así como los pacientes que hayan sido tratados con terapia electroconvulsivante.

Se realizó a cada paciente con deterioro cognoscitivo un interrogatorio y examen físico neurológico rápido, por el autor, para detectar signos extrapiramidales o neurológicos focales en ausencia de enfermedad aguda, sin alteración del nivel de conciencia.

Todo lo anterior se realizó mediante la siguiente secuencia:

1ro. Se realizó el interrogatorio y se aplicó el MEM, y si el anciano obtuvo una puntuación menor de 24 puntos, se consideró que tenía deterioro cognoscitivo, en cuyo caso se entrevistó a los familiares del mismo con relación a factores sociodemográficos, antecedentes patológicos de interés, medicamentos que toma desde los últimos 2 años hasta el momento de la encuesta, y se le realizó el examen físico rápido.

2do. Se aplicó la Escala isquémica de Hashinski a todos los ancianos con MEM menor de 24 puntos para diferenciar la Demencia Vascular de la Enfermedad de Alzheimer, así como a familiares o convivientes.

3ro Se utilizó la Escala de Deterioro Global para evaluar la alteración cognoscitiva y la Enfermedad de Alzheimer, la cual se le aplicó en ancianos con MEM menor de 24 puntos.

4to A los ancianos con MEM menor de 24 puntos se indagó con los familiares o convivientes sobre sus hábitos (Alimentación, Vestuario, Control de la vejiga y esfínter anal).

Los casos de Demencia o Síndrome Demencial fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios de la American Psychiatric Association (DSM-III-R). El subdiagnóstico de Enfermedad de Alzheimer se basó en criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA). Para el subdiagnóstico de Demencia Vascolar, se utilizó la definición DSM-III-R de Demencia Multinfarto. Algunos pacientes con Enfermedad de Alzheimer desarrollaron síntomas de Demencia Vascolar en el curso de la enfermedad, habitualmente después de un Accidente Vascular Cerebral, que puede resultar en un empeoramiento súbito de la Demencia. Estos pacientes fueron clasificados dentro de la categoría de Enfermedad de Alzheimer (22,23,24).

Fue diagnosticada Demencia por enfermedad de Parkinson cuando la demencia se inició con posterioridad al inicio del Parkisonismo Idiopático (25).

Sobre la base del registro del MEM se hizo una división entre deterioro cognoscitivo ligero (entre 23 y 18 puntos en el MEM), moderado (entre 10 y 17 puntos en el MEM) y severo o grave (puntuación inferior a 10 en el MEM), cuadro que corresponde con la llamada demencia ligera, moderada y severa.

Técnicas de procesamientos y análisis:

El tratamiento de los datos se realizó mediante el empleo de un sistema de bases de datos (EPINFO-6.02). Para dar cumplimiento al primer



objetivo se estimó la tasa de prevalencia del Síndrome Demencial o deterioro cognoscitivo por demencia mediante la siguiente expresión:

$$\text{Tasa de Prevalencia del Síndrome Demencial} = \frac{\text{Ancianos con deterioro cognoscitivo de la muestra Municipio La Lisa, 1995}}{\text{Total de ancianos de la Muestra. Municipio. La Lisa, 1995}}$$

Las frecuencias de aparición de limitaciones en las funciones cognoscitivas de los ancianos con síndrome demencial se calcularon por medio de tasas de prevalencias y otras medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias absolutas y porcentajes). De igual forma se calcularon tasas de demencia con relación a otras variables asociadas (edad, sexo, escolaridad, etc.); así como por tipos de demencia. Los intervalos de confianza se calcularon al 95% de confiabilidad, empleándose para ello una aplicación del sistema EPINFO (CSAMPLE).

En la búsqueda de influencias de un conjunto de factores de riesgo sobre la presencia de síndrome demencial, se realizó inicialmente un análisis univariado entre cada una de las variables explicativas o independientes (cualitativas) y la variable respuesta o dependiente (total en el Mini-Examen del estado mental). Mediante la prueba de independencia (JI CUADRADO) y en caso de asociación significativa ( $P < 0.05$ ), o por criterio de experto, se incluyó la variable explicativa en un análisis posterior. En el caso de la edad, la prueba utilizada fue la Prueba de Comparación de Medias (en muestras independientes), con varianzas desconocidas.

Con la finalidad de evitar que una correlación excesiva entre las variables independientes (colinealidad) introdujera deficiencias en las estimaciones, se evaluó asociación mediante la prueba de independencia (JI CUADRADO) para variables cualitativas (Phi o V de Cramer), según se trata de

tablas de 1er. grado de libertad o más de un grado de libertad, y el coeficiente de correlación lineal de Pearson para variables cuantitativas.

Se consideró que existía correlación importante si el valor del coeficiente calculado fue mayor de 0.8.

Posteriormente, se aplicó la Regresión Logística Múltiple (R.L.M.) con respuesta dicotómica, cuyo modelo establece que si se tiene una variable dicotómica "Y" (que en nuestro caso es demencia o no), la probabilidad de que un anciano adquiera demencia (o sea, que  $Y = \text{demencia}$ ) puede expresarse en fracción de varias variables o factores  $X_1, X_2, \dots, X_n$ , de la siguiente manera:

$$\text{Prob}(Y = \text{demencia}) = \frac{1}{1 + \exp(-b_0 - b_1x_1 - \dots - b_nx_n)}$$

Donde:

$b_0$ : es el término independiente

$b_1, \dots, b_n$ : son los coeficientes respectivos de las variables independientes.

El modelo permite determinar la probabilidad del síndrome demencial en función de los factores de riesgo incluidos, y paralelamente estimar la influencia absoluta o pura de cada factor sobre la aparición del síndrome al controlar las restantes.

Primeramente se ajustó el modelo con todas las variables, luego se identificó aquellas variables cuyos coeficientes eran significativamente diferentes de 0 ( $P < 0.05$ ). Para ello se utilizó el test de Wald en cada caso. Además, se estimaron los odds ratio para variables ( $\text{Exp}(b_i)$ ) seleccionadas; las que fueron interpretadas.

La bondad de ajuste del modelo a los datos se verificó mediante el empleo del estadígrafo JI CUADRADO de Hosmer y Lemeshow. Se consideró que el modelo ajustó a los datos, si  $P > 0.05$ . El procesamiento de este objetivo se realizó por medio de los programas RELODI y SPSS para Windows en versión 5.02. En todas las pruebas de hipótesis realizadas se utilizó un nivel de significación del 5% (26).

**Procedimiento:**

Para la ejecución del estudio se realizaron coordinaciones a nivel del policlínico y consultorios de los Médicos de Familias que resultaron seleccionados. Lo cual permitió la recogida adecuada de la información necesaria, para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

**Principales limitaciones del estudio:**

Para la recogida de la información que evalúa el deterioro cognoscitivo o Síndrome Demencial fue necesaria la aplicación de instrumentos foráneos (Mini Examen del Estado Mental, Escala Isquémica de Hashinski y Escala de Deterioro Global), ante la ausencia de instrumentos validados en nuestro medio. De manera que la información recogida pudiera estar sesgada por aspectos de índole transcultural.

Sin embargo, luego de un análisis del contenido del ítem de estos instrumentos y dada la fácil comprensión de estos por la mayoría de los ancianos entrevistados, consideramos que esta dificultad no afecte de manera importante la información obtenida. La necesidad de realizar comparaciones con estudios internacionales constituye otra justificación para el empleo de estos instrumentos.

**Prevalencia del Síndrome Demencial. Frecuencia de aparición según las variables investigadas.**

De los 294 ancianos entrevistados 189, esto es el 64.28% eran mujeres y 105 hombres, los cuales representan el 35.72% restante. La edad media fue 74.50 años y la desviación estándar de 8.67 años, siendo el valor máximo de 94 años y el valor mínimo de 60 años.

La estimación de la prevalencia del síndrome demencial, en ancianos del Policlínico " Cristóbal Labra" del Municipio, La Lisa, durante el primer semestre de 1995; arrojó una prevalencia de un 14.96% con un intervalo de confianza al 95% que osciló entre 13.82% y 16.10%. La precisión de los intervalos, evidencia la calidad de las estimaciones obtenidas (Tabla No.1).

En términos generales, el 72.72% de las demencias eran de tipo Alzheimer (DTA), el 20.45% demencia vascular y el 6.81% por enfermedad de Parkinson. De los 294 ancianos estudiados el 10.88% (10.52% - 11.23%) fue diagnosticado como demencia tipo Alzheimer, el 3.06% (2.43% - 3.68%) demencia vascular y por enfermedad de Parkinson el 1.02% (0.07% - 1.96%), lo cual se muestra en la Tabla No. 2.

Las alteraciones más frecuentemente encontradas en las funciones cognoscitivas, se relacionan fundamentalmente con el cálculo y la atención, que se presentó en 43 pacientes (97.72%), seguido por las alteraciones en el recuerdo en 32 pacientes (72.72%), sin dejar de señalar que la orientación y el lenguaje, afectaron a 19 ancianos para un 43.18% respectivamente.

La prevalencia del SD según grupos de edades se muestra en la Tabla No. 3, en ella se observa un incremento de la aparición de demencia a medida que aumenta la edad; siendo de un 10.56% (10.08% - 11.04%) para el grupo de 60 a 69 años, alcanzando un 30.23% (29.29% - 31.13%) en el grupo de 80 y más años. (Gráfico No 1).

Con relación a la edad y tipo de demencia, en la Tabla No. 4 se muestra que la DTA y la demencia por enfermedad de Parkinson se incrementaron

en la medida que aumentó la edad. Así para la DTA en el grupo de 60 y 69 años la prevalencia fue de 7.04% y en el grupo de 80 y más años de 18.60%. En la enfermedad de Parkinson en el grupo de 60 y 69 años la prevalencia fue de 0.70% y en el de 80 y más años de 2.32%.

Se obtuvo una prevalencia de 7.82% para el sexo femenino en la DTA, siendo mayor que en el sexo masculino con una prevalencia de 3.06%. De manera similar se comportó en la demencia vascular con 2.38% entre las mujeres y de 0.68% para los hombres. No siendo así en la demencia por enfermedad de Parkinson donde el 100% son del sexo masculino.

A pesar de que el mayor número de pacientes afectados por el síndrome demencial es mayor entre los desocupados (38 ancianos) la tasa de prevalencia (14.78%) fue aproximadamente similar al grupo de los acupados (16.21%).

La prevalencia del SD según escolaridad se reflejan en la Tabla No.5. Aunque se ha señalado el nivel educacional alto como un factor protector para el SD, en nuestro estudio no fueron significativas las diferencias, encontrándose los porcentajes mayores entre los analfabetos (75%) y los que concluyeron el preuniversitario, donde los tres pacientes afectados por el síndrome representaron el 100% para este nivel escolar (32,35).

En la Tabla No.6, se observa el vínculo conyugal relacionado con el SD. El mayor número de pacientes se agrupa entre los que no tienen vínculo conyugal, con una prevalencia de 23.33%; lo cual contrasta con una prevalencia de 9.19% entre los que mantienen el vínculo.

Para los tres tipo de demencia fue mayor la prevalencia entre los solteros y viudos. En la DTA el 16.88% correspondió a los viudos y el 15.55% a los solteros, contrastando con un 6.89% para los casados. ¿Es que el ser casado tiene un efecto protector?. En la literatura revisada no hemos

encontrado resultados sobre esta variable en ancianos con demencia (Gráfico No.2)

**Enfermedades crónicas, grado de demencia y alteraciones en la vida diaria de los ancianos con SD.**

La presencia de EC en los pacientes con demencia fue importante, en la DTA la Hipertensión Arterial se presentó en un 40%, seguida por los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), que agravaron el curso de la demencia como ya se explicó; de manera importante los ACV con un 69.23% se presentaron en la demencia vascular, seguida en frecuencia por la Diabetes Mellitus con un 20% de los casos. En la demencia por enfermedad de Parkinson solo la Hipertensión Arterial se presentó con un 2.85% (Gráfico No.) 3)

En cuanto al grado de demencia predominaron las formas leves con un 9.52% y las moderadas con un 5.10%, lo cual contrastó con solo un 0.34% entre las formas severas. En el estudio de Rotterdam alrededor de la tercera parte de las personas con demencia padecían de las formas severas, lo cual pudiera estar relacionado con que se diagnosticaron todos los pacientes que estaban en este estudio (32).

Según la Escala de Deterioro Global (EDG) para evaluar la alteración cognoscitiva edad dependiente y la DTA. Como puede observarse predominaron las etapas iniciales al igual que las formas leves y moderadas según el grado de demencia. En el estado confusional inicial la prevalencia fue de 5.10%, seguida por el estado confusional avanzado con un 4.42%, solo un 0.34% representó a la demencia establecida, permitiendo señalar que la EDG constituyó una prueba fácil de aplicar y que concluyó de forma similar el grado de demencia. Lo cual fue reportado por otros autores de igual manera (28).

Con relación a determinada afectación en la vida diaria de los ancianos con SD se evaluaron los hábitos de cada paciente los cuales mostraron que estas tres esferas (Alimentación, Vestuario y Control esfinteriano) constituyen actividades básicas de la vida diaria en los ancianos, las cuales se ven afectadas de manera importante en estos pacientes, y constituyen un impacto o afectación en la vida social y familiar de ellos. Con relación a la DTA el 50% de los pacientes presentaron alteraciones en el vestuario, el 46.87% en la alimentación y el 25% tuvo alteraciones en el control esfinteriano, tanto vesical como rectal; lo cual se comportó de forma similar para los otros tipos de demencias.

#### **Análisis Multivariado:**

La identificación de factores de riesgo para el SD, se realizó mediante el empleo de la Regresión Logística (RL).

Primeramente se realizó el análisis de colinealidad (Tabla No.) 7). Como puede observarse, a excepción del sexo, todos los coeficientes de correlación fueron inferiores al valor prefijado (0.8). El sexo se eliminó como variable explicativa por esta vía. Este resultado permite introducir, en el modelo de RL, las variables explicativas que fueron seleccionadas con anterioridad (26).

Se realizó una corrida del modelo de RL, que incluyó seis variables resultantes del análisis previo (Tabla No.) 8). En ella hubo tres variables con resultados no significativos del valor de Z ( $|Z| < 1.96$ ). Las variables fueron: sexo, escolaridad y ocupación.

La no selección de estas variables evidencia la poca influencia de éstos en la aparición del SD, en la población objeto de investigación. En la literatura revisada se encuentran estudios donde la escolaridad y la ocupación si constituyen factores de riesgo para el SD.

En el caso de la escolaridad y la ocupación, variables para las que se presentaron elevadas prevalencias del SD, suponemos que en la muestra aleatoria de controles, obtenida por simple azar (véase método) haya sido seleccionado un elevado número de individuos con el factor, pudiendo influir en el resultado.

La probabilidad de contraer el SD, en la población estudiada, esta significativamente influida por la edad, la ausencia de vínculo conyugal y por la presencia de antecedentes de enfermedades crónicas (AEC) (Tabla No 9).

Los "odds ratio" (OR) más altos entre las variables cualitativas dicotómicas lo presentó los AEC con un valor de 3.96, lo que significa que es 3.96 veces más probable que aparezca el SD en los ancianos, si existen AEC que sino presentaran tal condición.

Para el vínculo conyugal se constató un OR de 2.24, lo cual significa que es 2.24 veces más probable presentar SD, si el individuo no tiene vínculo conyugal que en el caso contrario.

En el caso de la edad, variable cuantitativa, se observa un OR de 1.06, lo que significa que por cada 1.06 año que pase es más probable que aparezca, el SD en el anciano. Así por ejemplo, un anciano que posea, digamos 70 años tiene 1.06 ó  $(\text{Exp } 0.059387 \cdot (70 - 60))$  veces más riesgo de presentar SD, que uno que tenga 60 años.

En resumen, estos resultados verifican la hipótesis de que la edad, la presencia de AEC y la ausencia de vínculo conyugal constituyen los factores de riesgo del SD en la población estudiada.



Tabla No. 1 Distribución de los ancianos según presencia de síndrome demencial

Presencia del Síndrome Demencial	Número	Tasa *	Intervalo de Confianza
Presente	44	14.96	13.82 - 16.10
Ausente	250	85.04	84.82 - 85.26

n = 294

\* por 100 ancianos

Tabla No. 2 Prevalencia del síndrome demencial según tipo de demencia.

Tipo de Demencia	Número	Tasa *	Intervalo de Confianza
Alzheimer	32	10.88	10.52 - 11.23
Vascular	9	3.06	2.43 - 3.68
Demencia por Enfermedad de Parkinson	3	1.02	0.072 - 1.96

n = 294

\* por 100 ancianos

Tabla No. 3 Prevalencia del síndrome demencial según grupos de edad.

Grupos de edad (años)	Número	Tasa*	Intervalo de Confianza
60 - 69 (n = 142)	15	10.56	10.08 - 11.04
70 - 79 (n = 109)	16	14.67	14.16 - 15.18
80 y más (n=43)	13	30.23	29.29 - 31.31

n = 294

\* por 100 ancianos

Gráfico 1. Distribución de los tipos de demencia según edad.

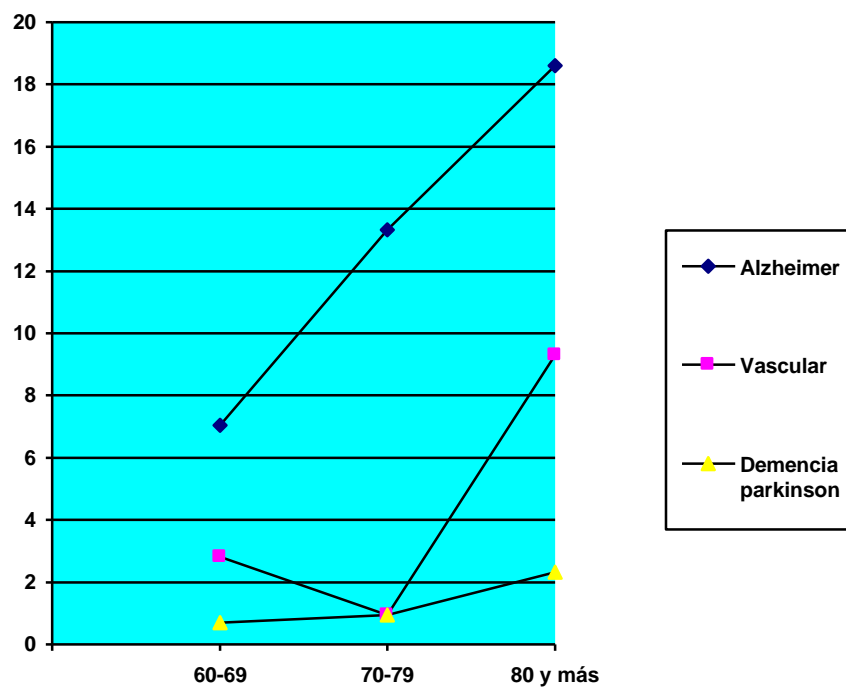


Tabla No. 4 Distribución de los ancianos según grupo de edad y tipo de demencia.

Edad (años)	Alzheimer (%)	Vascular (%)	Demencia por enfermedad de Parkinson (%)	Total (%)
60 - 69	10	4	1	15
(n = 142)	(7.04)	(2.81)	(0.70)	(10.56)
70 - 79	14	1	1	16
(n = 105)	(13.33)	(0.95)	(0.95)	(15.23)
80 y más	8	4	1	13
	(18.60)	(9.30)	(2.32)	(30.23)

n = 294

\* por 100 ancianos

Tabla No. 5 Prevalencia del síndrome demencial según escolaridad

Escolaridad	Número	Tasa *	Intervalo de Confianza
Analfabeto (n = 4)	3	75	67.67 - 82.33
Primaria no concluida (n = 115)	24	20.86	13.15 - 28.57
Primaria concluida (n = 123)	10	8.13	5.79 - 10.46
Medio (n = 46)	4	8.69	6.28 - 11.09
Preuniversita rio	3	100	100

---

Universitario	0	0	0
---------------	---	---	---

---

n = 29

\* por 100 ancianos

Tabla No. 6 Prevalencia del síndrome demencial según vínculo conyugal

---

Estado Conyugal	Número	Tasa *	Intervalo de Confianza
Con vínculo conyugal (n = 174)	16	9.19	3.50 - 14.88
Sin vínculo conyugal (n = 120)	28	23.33	14.97 - 31.69

---

n = 294

\* por 100 ancianos.

Gráfico No 2 Distribución de los tipos de demencia según Estado conyugal.

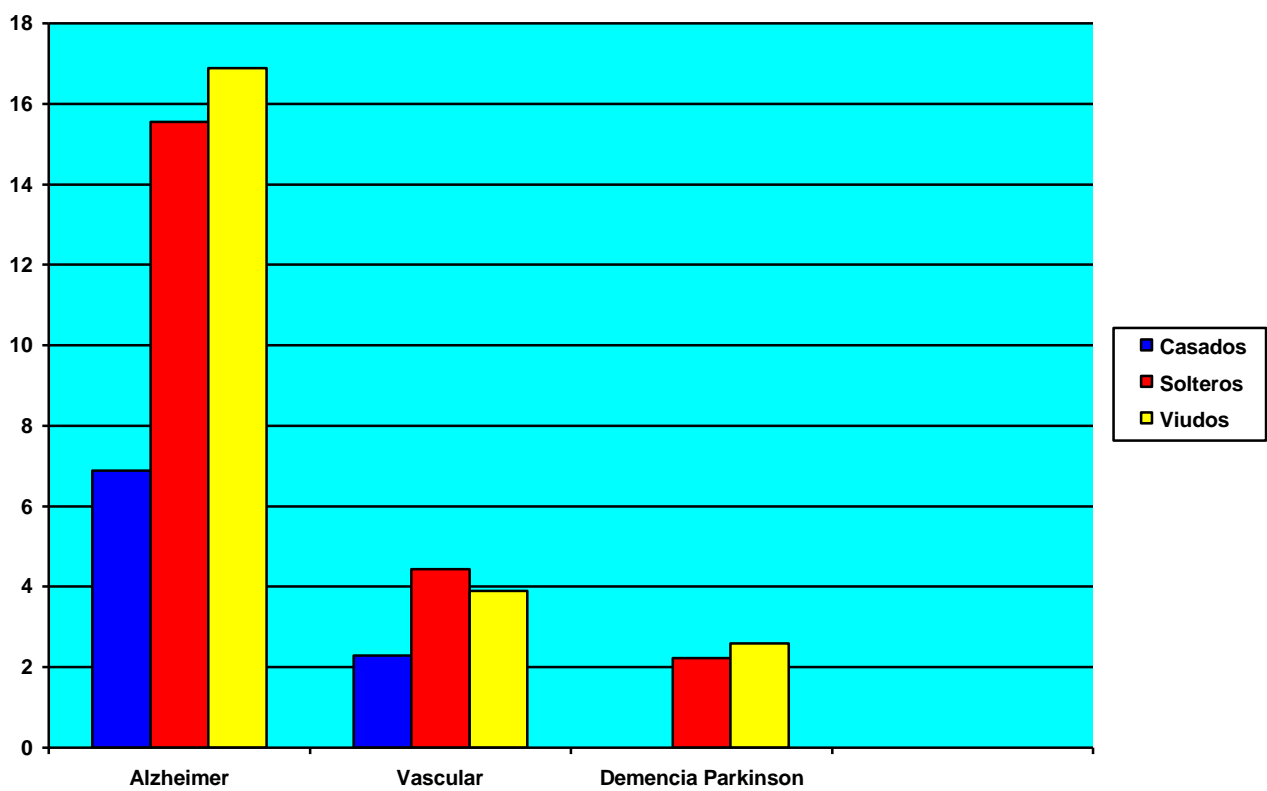




Gráfico No. 7 Distribución de los ancianos según tipos de demencia y enfermedades asociadas

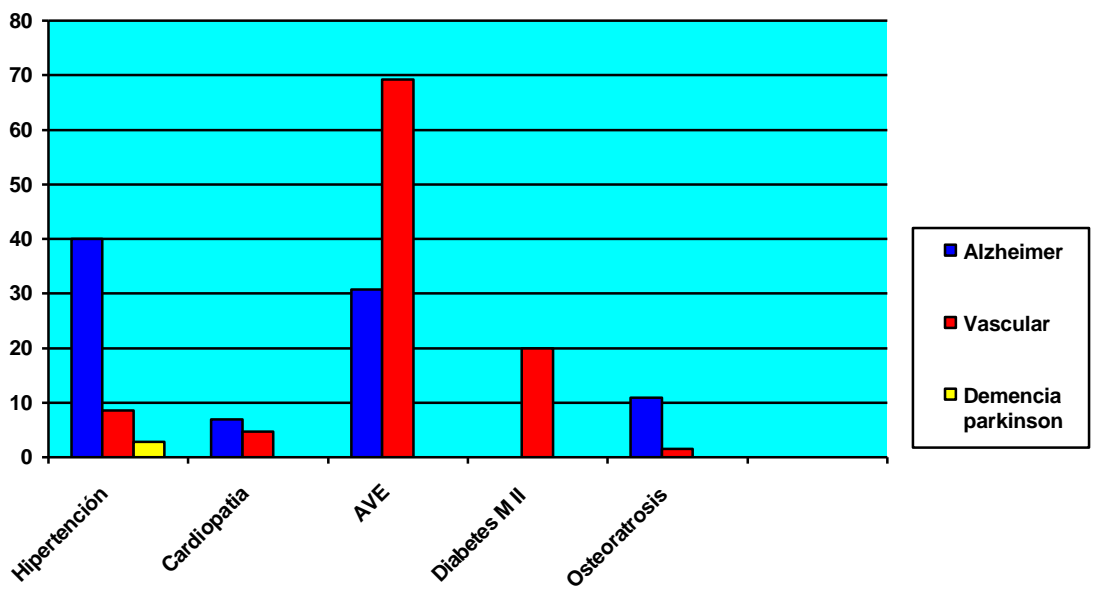


Tabla No. 19 valores de los coeficientes de correlación, de la relación entre las variables explicativas.

	Var 1	Var 2	Var 3	Var 4	Var 5	Var 6
Var 1		0.0 *	0.36 *	0.59 *	0.46 *	0.35 *
Var 2	0.0 *		0.0	0.0	0.0	0.0
Var 3	0.36 *	0.0		0.14	0.13	0.028
Var 4	0.59 *	0.0	0.14		0.18	0.18
Var 5	0.46 *	0.0	0.13	0.18		0.074
Var 6	0.35 *	0.0	0.028	0.18	0.074	

Leyenda:

Var 1. Edad

Var 2. Sexo

Var 3. Ocupación

Var 4. Escolaridad

Var 5. Vínculo Conyugal

Var 6. Antecedentes Patológicos Personales.

( ) Valor del coeficiente de correlación Phi.

(\* ): Valores del coeficiente de correlación lineal de Pearson.

Tabla No. 8 Resultados del Test de Wald en la corrida del Modelo Logístico.

Variable	Coefficiente	Desviación Estándar	Valor de Z*
Edad	0.059387	0.024407	2.433177
Sexo	-0.019540	0.395251	-0.049437
Escolaridad	-0.502779	0.258690	-1.943558
Ocupación	0.779914	0.552217	1.412333
Vínculo Conyugal	0.809679	0.378452	2.139447
Antecedentes Patológicos Personales	1.378254	0.405609	3.397989

\* Estadígrafo de Wald.

Tabla No. 9 Resultados de la Regresión Logística.

Coeficiente	Odds ratio	Lím. Inf.	Lím. sup.	Variable
0.059387	1.061186 *	1.011616	1.113185	Edad
-0.019540	0.980650	0.451928	2.127936	Sexo
-0.502779	0.604847	0.364288	1.004262	Escolaridad
0.809679	2.247186 *	1.070271	4.718283	Vinculo conyugal
1.378254	3.967966 *	1.791872	8.786763	Antecedente

---

0.779914	2.181284	0.739020	6.438261	Ocupación
----------	----------	----------	----------	-----------

---

Bibliografía:

1. Rodríguez Rivera, L.: Demencia: Situación actual y papel del Internista (Monografía).

2. Rodríguez Rivera, L.: Demencia: Situación actual. Rev. Cub. Med. Gen. Int. Vol. 5 No. 1, 1989.

3. Portela Sánchez, A.: Estudio clínico de las demencias. Rev. Clin. Esp. Vol. 183 No.5. pp. 223 -227, oct. 1988.

4. Pedro Pons, A. y col. Tratado de patología y clínica médica. Tomo IV. De Salvat. S.A. Barcelona, España. 1988.

5. Brucler, J.M., Neuropatology of degenerative demennties. 10 mo. Congreso Europeo de Neurología, Nice, Francia. 1988

6.Kasman, R.: Alzheimer disease new England. Journal Medicine. Vol. 314 No. 15 April 1986.

7.Rios Messbat, N., Tejera Fernandez: Perfiles de Salud. Investigaciones de mortalidad. Rev. Cub. Med. Gen. Int., suplemento, 1987.

8. Beck, J. et al.: Demencia in elderly: The silent epidemic. Ann. Int. Med., 1982; 97:231-241.

9.Boada, M. y col.:Epidemiología de los trastornos cognitivos en la población geriátrica de los "Casals d'Avis" de Barcelona Ciudad. Rev. Neurol. (Barc),23 (119):166 - 173. 1995.

10.CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAO Y UNICEF: Cuba. Transición de la fecundidad: Cambio social y conducta reproductiva, 24. 1995.

11.Alzheimer disease and associated disorders, Vol.7 No1 pp. 3 - 21, 1993 Raven press, ltd., New York.

12.Kisella Kevin. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. En OPS: La atención del anciano: un desafío para los años 90. Washington D.C., 1994 OPS Publicación científica No. 546.

13.Fideikassr, R.: Diagnóstico de la demencia. Mundo Médico. Journal: Med. of Phisycian pp. 9 - 5. ISA. Jun. 1987.

14.Amaducci, L. y col.: Origin of the distintive between Alzheimer disease and senil dementia. Neurology. 36:1467 - 1999. Nov. 1986.

15.Beack, T. G.: The history of Alzheimer's disease, Journal of history of medicine. Vol. 42 pp.: 327 - 349, Jul. 1987.

16.O.P.D. para incrementar la salud de la población Cubana, 1992-2000, febrero 1992.

17.Yaakov Stern, et. al.: Multicenter study of predictor of disease course in Alzheimer disease. A.D. and Associated Disorders. Vol. 7, No. 1, pp. 3-21, 1993.

18.Folstein M., Mc Hugh P.R., Minimental State: A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinical. J. Psychiatric Research. 1975, 12: 188-191.

19.Folstein M.,Anthony J.C., Parhad Y., et. al. The meaning of cognitive empairment in the elderly. J. Am. Geriat. Soc. 1988, 18: 716-726.

20.Hachinski V.C. et al., Cerebral Blood Flow in Dementia. Arch. Neurol. 1975; 632-637.

21.Reisberg B; Borenstein J. et al: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. J. Clin. Psychiatry 1987; May; 84:5 (suppl).

22.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition, revised. Washington, DC: Am. Psych. Ass., 1987.

23.Mc Khann G; Drachman D; Folstein M; Katzman R; Price D; Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and Human Service Task Force on Alzheimer Disease. Neurology 1984; 34:939-44.

24.Roman GC; Tatemichi TK; Erkinjuntti T; Commings JL; Masdeu JC; Garcia JH. et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINCDS-AIREN International. Neurology 1993; 43: 250-60.

25.Hughes CP; Berg L; Danzinger WL; Coben LA; Martin RL. A new clinical scale for staging on dementia. Br. J. Psychiatry 1982; 140:566-72.

26.Silva Aycaguer LC, Excursión a la Regresión Logística en ciencias de la salud. Díaz de Santos; Madrid, 1994.

27.Guerras Hernandez M, Llibre Rodríguez J. Prevalencia de la demencia en la población mayor de 65 años. Estudio en el área de salud del Policlínico "Carlos J. Finlay". Ciudad de la Habana, 1990.

28.Fichter MM; Meller Y; Schroppel H; Steinkirchner R. Demenctia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. Br. J. Psychiatry. 1995 May; 166(5): 621-9.

29.Brayne C; Calloway P. The assocition of education and socioeconomic status with the Minimental State and the clinical diagnosis of dementia in elderly people. Age and Ageing. 1990, 19: 91-96.

30.Manubens JM et al. Prevalence of Alzheimer's desease and other dementing disorders in Pamplona Spain. Neuroepidemiology. 1995; 14(4): 155-64.

31.Yoshitake T; Kiyohara Y; Kato Y; Ohmura T; Iwamoto H; Nakayama K; Ohmori S; Nomiyama K; Kawano H; Ueda K; et al. Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's sisease in a defined elderly Japanese population: the Hisayama study. Neurology. 1995 Jun; 45(6): 1161-8.

32.Ott A; Breteler MM; van Harskamp F; Claus JJ; van der Cammen TJ; Grobbee DE; Hofman A. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association and education. The Rotterdam study. BMJ. 1995 Apr 15; 310(6985): 970-3.

33.Hebert LE; Scherr PA; Beckett LA;M Alber MS; Pilgrim DM; Chown MJ; Funkestein HH; Evans DM. Age specific incidence of Alzheimer's disease in a community population. JAMA. 1995 May 3; 273(17); 1354-9.

34.Barrios LC. Aspectos sociales del envejecimiento. En OPS: La atención del anciano: Un desafío para los años noventa. Washington DC. OPS 1994. Publicación científica No. 546.

35.Mortel KF; Meyer JS; Herod B; Thornby J. Education and occupation as risk factors for dementia of the Alzheimer and ischemic vascular types. Dementia. 1995 Jan-Feb; 6(1): 55-62.

36.Moragas R. Geroltoología Social. Herder; Barcelona 1991.



37.Liu HC; Lin KN; Teng EL; Wang SJ; Fuh JL; Guo NW; Chou P; Hu HH; Chiang BN. Prevalence and subtype of dementia in Taiwan: A community survey of 5297 individuals. J. Am. Geriatr. Soc. 1995 Feb; 43(2): 144-9.

38.Beard CM; Kokmen E; O' Brien PC; Kurland T. The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. Neurology. 1995 Jan; 45(1): 75-9.

39.Graves AB; Larson EB; White LR; Teng EL; Homma A. Opportunities and challenges in international collaborative epidemiologic research of dementia and its subtypes: studies between Japan and U. S. Int. Psychogeriatr. 1994 Fall; 6(2): 209-23

40.Zhan M; Katzman R; Jin H; Cai G; Wang Z; Qu G; et al. The prevalence of dementia and Alzheimer's disease (AD) in Shanghai, China: Impact of age, gender and education Ann Neurol 1990; 27: 428-37.