

PREVALENCIA Y COMPORTAMIENTO DE LA DEMENCIA EN ANCIANOS DE UN CONSEJO POPULAR DEL MUNICIPIO JARUCO

Dr. Pedro Antonio Alonso Oviedo¹, Dr. William Vila González², Dr. Raúl Silvio Noa Romero³, Dr. Alberto Brito Cruz⁴.

1. Especialista de I grado en MGI y en Geriátría y Gerontología. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor.
2. Especialista de I grado en MGI y en Anatomía Patológica.
3. Especialista de I grado en MGI y en Cardiología. Master en Urgencias Médicas Profesor Instructor.
4. Especialista de I grado en MGI y en Medicina Intensiva.

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico prospectivo en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2006 en los siete consultorios del médico de la familia del Consejo Popular San Antonio de Río Blanco, ubicado en el área de salud del Policlínico Docente "Noelio Capote" del municipio Jaruco, para determinar la existencia de enfermedad demencial y su comportamiento en los 912 adultos mayores examinados. Se aplicó el examen mínimo del Estado Mental de Folstein modificado, encontrándose daño cognitivo en 112 pacientes e igual número de enfermos de demencia luego de aplicar los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico en su cuarta adición para una prevalencia general del 12, 28 %. Predominaron las edades de 60-74 años (27,63%) y nivel de escolaridad primario (86.61 %). El 69,64% de los ancianos afectados presentó una demencia ligera (según el Clinical Dementia Rating) y más de la mitad de los enfermos (59.82 %) se correspondió con la forma clínica degenerativa (Enfermedad de Alzheimer), al aplicar la Escala de Hachinski, para una prevalencia específica de 7,34 %. Predominó la raza blanca en los tres tipos de demencia y el 70.53% se correspondió con el sexo femenino.

Descriptores DeCS: **DEMENCIA/epidemiología; ANCIANO; ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico ocurre de forma acelerada en todas las regiones del mundo. La proporción de personas ancianas se incrementa, como resultado de la disminución de la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida. En esta transición demográfica, las enfermedades crónicas no transmisibles asumen de forma progresiva una importancia cada vez mayor en los países de bajos y medianos ingresos ¹.

Dentro de las enfermedades crónicas, es la demencia un serio problema de salud. De acuerdo con estimados recientes, se calculan 24 200 000 de personas con demencia en todo el mundo, con 4 600 000 nuevos casos cada año ². Cuba es un país que envejece y, por tanto, aumenta proporcionalmente el número de enfermos. Al finalizar el 2007 las personas de 60 años o más representaban el 16.6% de la población total, y para el 2025 se estima aumente a 26.1%.³

La demencia puede ser definida como un síndrome clínico orgánico, caracterizado por una declinación progresiva y persistente de varias de las funciones intelectuales como memoria, orientación, lenguaje, pensamiento abstracto y capacidad de juicio, sin alteración del nivel de consciencia. Es preciso que este déficit interfiera con las funciones sociales y ocupacionales del paciente ⁴.

Esta enfermedad puede ser causada por múltiples etiologías que, a veces, más aún en el paciente anciano, se interrelacionan. Las causas más frecuente lo constituyen las demencias primaria o de causa degenerativa, de origen desconocido donde se incluye la enfermedad de Alzheimer y las formas vasculares derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos. Las demencias de causas secundaria son un conjunto de procesos que pueden producir deterioro cognitivo. En el paciente anciano hay que destacar cualquier enfermedad del sistema nervioso central (infecciones, tumores, hematomas subdurales, hidrocefalia a presión normal), sistémicos o metabólicos (enfermedades tiroideas, déficit vitamínico B12, etc.) y polifarmacia. Se estima que el 5% de los pacientes de edad avanzada con demencia presentan algunas alteraciones metabólica o medicamentosa responsable o coadyuvante ⁵.

Se estima que aproximadamente 100 000 personas en nuestro país padecen la Enfermedad de Alzheimer (EA), o una demencia relacionada, cifra que debe duplicarse para el 2020⁴.

Existe una necesidad urgente de investigaciones dirigidas a estimar la prevalencia e incidencia del síndrome demencial y la EA, conocer sus factores de riesgo, así como cuantificar el impacto en la familia y en la sociedad, lo que permitiría trazar estrategias dirigidas a esta población y su familia ⁴.

Motivados por estas premisas, se decide dirigir nuestra atención hacia el comportamiento de la enfermedad demencial, precisar su prevalencia y características clínicas y sociodemográficas en ancianos pertenecientes a un Consejo Popular del Municipio Jaruco.

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico prospectivo, con el objetivo de detectar el comportamiento de la demencia en los pacientes adultos mayores (60 años y más) pertenecientes a los siete consultorios del médico de la familia del consejo popular de San Antonio del Río Blanco (SARB) ubicados en el área de salud del Policlínico Docente "Noelio Capote" del municipio Jaruco, provincia La Habana, en el período comprendido entre el 1ro de enero del 2006 y el 30 de diciembre del 2006. Se tomó el total de población anciana de los 7 consultorios del médico de la familia del consejo popular anteriormente mencionado seleccionando aquellas personas que tenían 60 años o más de edad que resultaron ser 971, constituyendo nuestro universo de estudio.

Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Negativa del anciano a participar.
- Incapacidad física y/o mental.
- Estar ausente en el momento del estudio.

La muestra quedó constituida por 912 ancianos luego de aplicar los criterios de exclusión a los que se le aplicó un instrumento de evaluación neuropsicológica, el Examen Mínimo del Estado Mental de Folstein (M.M.S.E) modificado, para identificar la presencia de deterioro de la esfera cognitiva.

El Mini Examen de Estado Mental (M.M.S.E. por sus siglas en inglés) es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Es una medida de 11 preguntas que analiza cinco áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención y cálculo, memoria y lenguaje.

El M.M.S.E. fue modificado, abreviado y validado en Chile para la investigación Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), 1999 y es un instrumento práctico para utilizarlo a nivel del consultorio. ⁶

Solo se aplicó en nuestro estudio, métodos de evaluación clínica para caracterizar los pacientes con deterioro cognitivo porque la investigación se efectuó en el nivel primario de atención médica. Aquellos pacientes en los que se detectó daño en la esfera cognitiva fueron sometidos a un minucioso examen clínico con el objetivo de obtener los datos semiológicos necesarios para el diagnóstico de un síndrome demencial.

Se aplicó para ello, los criterios diagnósticos elaborados por la Sociedad Americana de Psiquiatría y descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV) y confirmar la presencia de demencia ⁷

Una vez confirmada la presencia de afección demencial en la muestra estudiada se procedió a la estadificación de la evolutividad, grado de severidad o estadio clínico de la demencia a través de una escala de validez internacional conocida como Clinical Dementia Rating (CDR) o Escala de Hughes que establece 3 grados: leve (CDR 1), moderado (CDR 2), y severa (CDR 3) En cada uno de los grados se describen diferentes elementos clínicos de los siguientes acápite: memoria, orientación, juicio y solución de problemas, función en la comunidad, hogar y pasatiempos y cuidado personal⁸.

Para la clasificación del tipo de demencia que presenta el paciente se aplicó un tercer instrumento llamado Escala Isquémica de Hachinski cuyo resultado se establece de forma cuantitativa ⁹.

Se confeccionó un modelo de encuesta que recogió por el método puerta a puerta aspectos sociodemográficos de los adultos mayores examinados; como son: edad, sexo, raza, y nivel de escolaridad

Una vez obtenida la información se procesó por método simple de los palotes para llevarlos a valores absolutos y porcentuales que se recogieron en tablas y gráficos confeccionados al efecto. Posteriormente se sometieron a análisis y discusión comparando con los resultados obtenidos por otros autores.

La investigación se realizó sobre la base de los principios éticos establecidos por nuestra legislación y respetando los principios básicos de la II Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

En esta investigación, de una población total de 4162 habitantes del Consejo Popular de San Antonio de Río Blanco se escogieron los pacientes con 60 años y más, para un total de 971 (23,33%) que serían los de interés para nuestro trabajo.

De los pacientes de 60 años y más de este consejo popular, se excluyeron 59 (6,08%); siendo las razones de exclusión:

- Estar ausentes (viajando al exterior o interior del país, ingreso en asilos, centros hospitalarios, en casa de un familiar lejano y otros), 46 ancianos (77,96%).
- Negaciones e incapacidades físicas y/o mentales en menor número: 7 pacientes (11,87%) y 6 pacientes (10,17%) respectivamente.

La distribución de la población examinada por grupos de edades, se muestra en la tabla 1 donde encontramos un predominio del grupo con edades entre 60 y 64 años (n=252) para un 27,63%, y entre 65 y 69 años (n=206) que representó el 22,59%. El tercer y cuarto puesto correspondió a los grupos etarios de 70-74 y 75-79 años respectivamente que representaron el 20,29% y 15,24% en ese orden, encontrándose un mayor número de pacientes en las edades más jóvenes.

Tabla 1. Distribución por edades de los pacientes examinados.

GRUPO DE EDADES (Años)	NÚMERO	%
60-64	252	27.63 %
65-69	206	22.59 %
70-74	185	20.29 %
75-79	139	15.24 %
80-84	86	9.43 %
85 y más	44	4.82 %
Total	912	100 %

La distribución según el sexo de los pacientes permite conocer que en la muestra objeto de estudio, más de la mitad estuvo integrada por el sexo femenino (n=535) que representó el 58,66%, mientras que 377 pacientes (41,34%) fueron del sexo masculino.

Una vez aplicado el examen mínimo del estado mental a estos 912 ancianos, el deterioro cognitivo fue diagnosticado en 112 pacientes.

Los criterios clínicos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su cuarta edición (DSM IV) que definen demencia están presentes en mayor o menor medida en todos los pacientes con deterioro cognitivo de nuestro estudio lo que nos permite afirmar que en 112 pacientes del total de ancianos estudiados en el Consejo Popular de San Antonio de Río Blanco esta presente la enfermedad demencial, lo que representa una prevalencia general del 12,28 %.

Al estudiar el deterioro demencial usando el Clinical Dementia Rating, se pudo precisar que el 69,64 % (n=78) de los pacientes aquejaban una demencia ligera, mientras que el 21,43 % presentaron un grado de severidad moderada y sólo el 8,93 % con máxima severidad del daño de las funciones corticales superiores (tabla 2).

Tabla 2. Grado de severidad de la afección demencial según escala de Hughes (CDR)

Demencias	Casos con demencia	
	Número	%
Demencia Ligera	78	69.64 %
Demencia Moderada	24	21.43 %
Demencia Severa	10	8.93 %
Total	112	100 %

Al utilizar la escala de Hachinski se determinó que más de la mitad de los pacientes examinados (59,82%) presentaron Demencia Tipo Alzheimer. Más de la cuarta parte (27,68%) correspondió a la Demencia Vascular y el 12.50% a las Demencias Mixta, predominando la variedad clínica tipo Alzheimer sobre la vascular y la mixta.

La tasa de prevalencia general para enfermedad demencial señalamos que se corresponde con el 12,28 % mientras que para las causas específicas se presentó una prevalencia de 7,34 % para la Enfermedad de Alzheimer, 3,40% para la Demencia Vascular y el 1,54 % para las formas mixtas (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los pacientes por tipo de demencia según la escala de Hachinski y tasa de prevalencia según causas

TIPOS DE DEMENCIA (Escala de Hachinski)	NUMERO	% del total de casos (n=112)	Tasa de prevalencia específica.
D.T.A	67	59.82 %	7,34%
D.V	31	27.68 %	3,40%
D.M	14	12.50 %	1,54%
Prevalencia general.			12,28%

D.T.A-Demencia tipo Alzheimer. D.V.-Demencia Vascular. D.M.-Demencia Mixta

Al analizar los tipos de demencia por grupos de edades, observamos que la D.T.A y la D.V fueron más frecuentes después de los 75 años (79,71% y 58,80% respectivamente) mientras que la mixta entre los pacientes de 70 y 79 años con un 36,01% (tabla 4).

Tabla 4. Relación de los tipos de demencia con los grupos de edades.

Tipos de Demencia Grupos Edades.	D.T.A		D.V		D.M	
	Número	%	Número	%	Número	%
60-64 (N-13)	7	10.45	4	12.90	2	14.28
65-69 (N-15)	9	13.43	4	12.90	2	14.28
70-74 (N-20)	11	16.41	5	16.12	4	28.57
75-79 (N-24)	15	22.39	6	19.36	3	21.44
80-84 (N-22)	14	20.90	6	19.36	2	14.28
85 y más (N-18)	11	16.42	6	19.36	1	7.15
Total: (112)	67	100	31	100	14	100

De los 112 pacientes en los que se diagnóstico demencia el 70.53% correspondió con el sexo femenino. En la distribución porcentual de los tipos de demencia por sexo se muestra un predominio del femenino en más de las tres cuartas partes de todos los tipos de demencia (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los casos con demencia según sexo.

Tipos de Demencia Sexo	D.T.A		D.V		D.M	
	Número	%	Número	%	Número	%

Masculino N-33 (29.46 %)	21	31.34	8	25.81	4	28.57
Femenino N-79 (70.53 %)	46	68.66	23	74.19	10	71.43
Total	67	100	31	100	14	100

En relación con la raza se encontró que en los tres tipos de demencia predominó la blanca, aunque es de destacar que la diferencia en cuanto a este factor en la D.V y D.M no fue significativa. El nivel de escolaridad fue otra de las variables analizadas; más de las tres cuartas partes de la muestra (86.61%) tenían un nivel de escolaridad bajo (primario), solo 3 de los enfermos de demencia (2.68%) poseían un nivel de educación superior debido a que esta población nacida antes de 1940 tuvo un sistema de educación precario.

DISCUSIÓN

Los dos estudios transversales más extensos realizados sobre la prevalencia de demencia en la población cubana, fueron desarrolladas como parte de los estudios del Programa Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad, en el municipio Playa, en Ciudad de la Habana en 2002 y en Santa Clara, en 2004¹⁰.

Se encontró una prevalencia de Síndrome Demencial de 9.3 y 7.2 por cada 100 adultos mayores de 65 años, respectivamente, con un predominio en el sexo femenino. La enfermedad de Alzheimer constituyó la causa más frecuente seguida por las demencias vasculares. Estos resultados son similares a los obtenidos en nuestra investigación y se ajustan a las cifras de prevalencia descritas para la población cubana (entre 7,7 y 16,5 %) ¹¹. Nuestra serie incluyó a pacientes a partir de los 60 años de edad, lo que a nuestro juicio pudo repercutir en una cifra ligeramente mayor de prevalencia.

Cuba se integra al Grupo de Investigación en Demencias 10/66, auspiciado por la Asociación Mundial de Alzheimer, en 1998 y en 2001 se validan los diferentes instrumentos del estudio 10/66 en la población cubana ⁴. El estudio "Prevalencia, factores de riesgo e impacto en la familia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer", investigación de corte transversal como parte de un estudio multicéntrico que abarcó poblaciones de siete países de América Latina y el Caribe ,(incluida Cuba), dos países del continente asiático y un país africano; se realizó en Ciudad de la Habana y en Matanzas . En él se observó una prevalencia de 10.8%, con un intervalo de confianza al 95% que osciló entre 9.8 y 12.0% ⁴⁻¹².

La prevalencia del Síndrome Demencial según grupos de edades muestra un incremento en la medida que aumenta la edad por lo que lo consideramos el principal factor de riesgo ¹³. Esta prevalencia según los criterios del DSM-IV en Cuba son similares a las reportadas en el estudio EURODEM, un meta análisis de 12 estudios europeos . Fue de 0.8 % en el grupo de 65 a 69 años y de 28.5 % en edades iguales o superiores a 90 años ¹⁴.

En EE.UU., la prevalencia varía en diferentes estudios desde 4.8 a 9.6 % ¹³. La prevalencia en países en vías de desarrollo no es conocida, se trata de estudios muy puntuales realizados en escasos países y en poblaciones muy reducidas ². En Nigeria fue descrita una tasa de 2.2 %, ¹⁵ baja en relación a las cifras anunciadas en este estudio, fenómeno que puede deberse a la reducida expectativa de vida de esta población.

En América Latina, un estudio reportó una prevalencia de demencia de 7.1 % en Brasil ¹⁶.

Acerca de la prevalencia del síndrome demencial según sexo, los resultados de esta investigación mostraron mayor frecuencia del sexo femenino, de igual manera se reporta en el Estudio 10/66 en la población cubana⁴⁻¹² así como el estudio realizado por Gómez y otros (caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo) en el cual, el 70.3 % eran mujeres ¹⁷. Los estudios realizados por Bachman en Framingham señalan que en las mujeres aumenta el riesgo de padecer de demencia, y las que la padecen sobreviven más tiempo que los hombres con igual condición. Esto es importante para la búsqueda de nuevas teorías etiológicas e ideas terapéuticas ¹⁸. En los estudios realizados por Copelan y otros ¹⁹ se encontraron iguales resultados.

La mayoría de los pacientes en el estudio presentó un grado ligero de demencia. En la investigación realizada por Pérez y otros aplicaron de igual manera la escala de Hughes a los pacientes con demencia, y encontraron el 67,7 % de los pacientes dementes con grado leve, el 23,2 % con grado moderado y solo el 9,2 % con grado severo, lo cual coincide con nuestros resultados. Similar a los hallazgos de nuestro estudio fue el encontrado por Gómez y otros ¹⁷ donde predominó la forma ligera de demencia (según el CDR), con 63 % sobre el 18,5 % para la forma moderada y severa.

Cerca del 70% de nuestros casos tenía un grado ligero de demencia, se señala que los primeros cambios generalmente

pertenecen a la esfera no cognitiva, con el inicio de un comportamiento "diferente y llamativo" que es captado tanto por familiares como por amigos que "lo han conocido siempre" antes que por el profesional de la salud lo que nos permitiría hacer un diagnóstico precoz del deterioro cognitivo y adecuar a pacientes y familiares en el comportamiento futuro de la enfermedad e incorporar técnicas de manejo neurobiológico para retrasar el daño de las funciones corticales superiores.

Los pacientes diagnosticados con síndrome demencial fueron clasificados según tipo de demencia basado en la escala de Hachinski y la forma degenerativa(tipo Alzheimer) predominó sobre otras formas.El estudio 10/66 clasificó al 69.1 % de la muestra como enfermedad de Alzheimer , el 17 % como demencia vascular y 13.7 % se correspondió con otras formas clínicas^{4 - 12}.

Las prevalencias encontradas coinciden con otros autores, donde la enfermedad de Alzheimer ocupa el primer lugar, seguida de la demencia vascular ¹⁴.

En el estudio EURODEM, 53.7 % de casos correspondió a la enfermedad de Alzheimer y 15.8% a la demencia vascular ¹³.

A través de este estudio hallamos un mayor número de casos de demencia en pacientes con baja escolaridad (86,61% nivel primario), Katzman ²⁰ ha sugerido que las personas que tienen alto nivel de educación tienen un riesgo menor de presentar deterioro cognitivo, según expresa en su concepto de "reserva neuronal", donde plantea que aquellos individuos educados poseen mayores sinapsis corticales que los iletrados, y están más capacitados para hacer frente al deterioro causado por la pérdida neuronal característica de la demencia.

En el estudio 10/66, se observó un decremento de la demencia en la medida en que se elevó el nivel de escolaridad ^{4 - 12}, de manera que la mayor tasa se presentó en los analfabetos y el nivel primario de escolaridad. Otros investigadores son categóricos en este aspecto al definir el bajo nivel como un factor de riesgo de demencia conjuntamente con otros elementos como la edad avanzada, el sexo femenino, la historia familiar de enfermedad de Alzheimer o síndrome de Down, antecedentes de trauma craneal, enfermedades tiroideas, depresión, declinación de las actividades con el envejecimiento, patrón de nutrición, ser homocigótico para el alelo E4 de la apolipoproteína E, entre otros.^{2 - 4} de manera que un nivel elevado de educación protege contra la demencia

Se han propuesto varios mecanismos por los cuales una actividad neuronal alta podría influir favorablemente en la regulación de los depósitos de la proteína beta-amiloide, lo cual impide o retrasa el proceso de la demencia. ^{2 - 4}

Consideramos que nuestras cifras de demencia son significativas debido a que a diferencia de otros trabajos que han limitado su estudio a los tipos severos y moderados de demencia, nosotros incluimos todos los tipos y grados, excepto las demencias secundarias.

Predominaron los grupos de edades entre 60_64, sexo femenino, raza blanca y nivel primario de escolaridad.Un total de 112 pacientes ancianos presentaron daños en la esfera cognitiva, todos cumplieron con los criterios clínicos para demencia según el DSM IV, lo que representó una prevalencia general del 12, 28 %.Según el estadio clínico de la enfermedad demencial, predominó la forma ligera sobre la moderada y la severa.Más de la mitad de los casos con enfermedad demencial presentaron una demencia tipo Alzheimer .En todos los tipos de demencias estudiados predominaron los grupos de edades ubicados entre 75- 79 y 80-84 años, el sexo femenino, y el nivel primario de escolaridad.

Son escasos los estudios de demencia en los países en vía de desarrollo, si se tiene en cuenta el creciente problema de salud y el impacto de las demencias en estas sociedades en franca transición demográfica, al desarrollarlos, proporcionaríamos datos de inestimable valor sobre la prevalencia, la incidencia, el impacto y el costo de las demencias para estos países y con ello trazar políticas y estrategias de salud más coherentes con las realidades, dirigidas a los pacientes y los familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prince M. Care arrangements for peoples with dementia in developing countries, Int. J. Geriats Psychiatry 2004; 19 (2): 170-177.
2. Prince MN, Grahah H, Brodaty E. Alzheimer Disease International's 10/66 Dementia Research Group _ one model for action research in developing countries , Int. J. Geriats Psychiatry 2004;19 (2):178-181 .
3. Peláez O. Más allá de peinar canas. Periódico Granma. 2008, 30 mayo Nacionales, col1. p. 6.
4. Libre Rodríguez JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. La Habana: Científico Técnica; 2008.
5. Ribera Casado JM, Altimir Losada S, Cervera Alemany AM, Gil Gregorio P. Geriatria (Secc 10). En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 15.ª ed. Madrid: Elsevier España, S.A; 2004. p. 1301-34.
6. Alfonso JC, León E, Menéndez J. Sabe proyecto salud bienestar y envejecimiento de los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Centro Estudios de Población y Desarrollo. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. La Habana; 2005.

7. Rodés J, Guardia J. Asociación Siquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales , 4 Edición. Barcelona: Masson; 2004.
8. Hughes CP, Berg L. A new clinical scale for the rating of dementia. Br J. Psych 1982; 140: 566-72.
9. Hachinski V. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia, N. Engl. J. Med. 1997; 337(23):1667-1674.
10. Llibre Rodríguez JJ, Fernández García Y. The Cuban Dementia and Alzheimer's Study Playa (EDAP). Restorative Neurology and Neuroscience 2003; 21 (5): 6.
11. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de atención a las personas con discapacidad, Estudio sobre discapacidad y enfermedad de Alzheimer en Ciudad de la Habana y Villa Clara, 2002-2004. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2004.
12. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, Dirección Nacional de Estadística. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2006.
13. Ferri CP, Prince H. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005; 366 (9503): 2112-2117.
14. Lobo A, Saz P, Marcos G, Roy JF. Grupo Zarademp. El estado del proyecto eurodem: epidemiología de las demencias en Europa, Alzheimer ¿qué hay de nuevo?. Barcelona: Aula Médica; 2003. p. 13-19.
15. Gureje OA, Ogunniyi B, Baiyewu O, Price B, Unverzagt FW, Evans RM, et al. Apoe epsilon is not associated with Alzheimer's disease in elderly Nigerians. Ann. Neurol. 2006; 59 (1): 182-185.
16. Ramos Cerqueira AT, Torres AR, Crepaldi AL. Identification of dementia cases in the community: a Brazilian experience. J. Am. Geriatr. Soc. 2005; 53 (10): 1738-1742.
17. Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez De Molina Iglesias N, Yanez Fernández B, González Saldívar A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med 2003; 42 (1): 12-7.
18. Bachman D, Wolf P. Prevalence of dementia and probable Senile Dementia of the Alzheimer Type in the Framingham Study. Neurology. 2004; 42: 115-119.
19. Copeland JRM, Davison A, Dewey ME. Pseudo-dementia: prevalence, incidence and three-year outcome, in Liverpool. Br J Psych 1999; 161: 230-9.
20. Katzman R. Education and The prevalence of Dementia and Alzheimer's disease. Neurology. 2004; 43: 13-20.

SUMMARY

It was carried out a prospective, analytical study in the period between January and December 2006 in the seven Family Doctor's Office in San Antonio de Río Blanco Popular Council, located in the health area of "Noelio Capote" Teaching Polyclinic in Jaruco municipality to determine the existence of dementing illness and their behavior in the 912 older adults examined. It was applied Folstein's modified mini-mental state examination, cognitive impairment was found in 112 patients and an equal number of patients with dementia after applying the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual in its fourth edition to an overall prevalence of 12, 28%. Predominated ages between 60-74 years (27.63%) and elementary education (86.61%). The 69.64% of the affected elderly presented a slight dementia (according to the Clinical Dementia Rating) and more than half of patients (59.82%) corresponded to the clinical degenerative form (Alzheimer's) by applying the Hachinski's Scale, for a specific prevalence of 7.34%. White race predominated in the three types of dementia and 70.53% corresponded to feminine sex.

Subjects Headings: **DEMENTIA/epidemiology; AGED; ALZHEIMER DISEASE**

Dr. Pedro Antonio Alonso Oviedo

Email: palonso@infomed.sld.cu