

# Prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva 2003-2005

Maria Piedad Gooding, Efraín Amaya, Mario Parra, Angela M. Ríos

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El aumento de la población de la tercera edad en el mundo y la consecuente proliferación de enfermedades de aparición tardía en especial los diferentes tipos de demencia, crean una necesidad de atención que obliga a los investigadores a realizar estudios epidemiológicos en los diferentes contextos para proporcionar a los organismos gubernamentales y de salud las herramientas que permitan planificar los recursos y los medios de atención a quienes ya ofrecieron al país una vida de trabajo.

**OBJETIVOS.** Describir y cuantificar las características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores de 60 años de Neiva, encontrar el índice de prevalencia de las demencias en esta población y los factores asociados que pudieran considerarse como posibles factores de riesgo.

**MÉTODOS.** Se trató de un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal y diseño muestral realizado en dos fases consecutivas por un grupo multidisciplinar, aplicando en cada una de ellas los criterios y pruebas más utilizadas en el mundo para estos casos. La población total de adultos mayores en Neiva según proyección hecha para el 2005 fue de 25.142 y la muestra para el estudio fue de 643 tomados en muestreo aleatorio.

**RESULTADOS.** En una muestra significativa de adultos mayores de 60 años seleccionados al azar y proporcionalmente por estrato socioeconómico, se encontró una prevalencia global de demencia de 23.6 por ciento y varios factores de riesgo asociados siendo los principales el bajo nivel de escolaridad (más del 80 por ciento); difíciles condiciones de vida (se agruparon en los estratos más bajos: 92 por ciento); y algunas comorbilidades (*Acta Neurol Colomb 2006;22:243-248*).

**PALABRAS CLAVE:** demencia, prevalencia.

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** the increase of the senior citizen population in the world and the proportional widespread of late appearance illnesses, especially different kinds of mental-illnesses (dementia) who demands especial care required carry out epidemiological studies in multiple contexts to give health comities and governmental organizations the needed tools to planify the resources and media attention to the ones who have already served the country as full time workers.

**OBJECTIVES:** to describe and quantify the socio-demographical and clinical features of elderly people over 60 years of age in Neiva, and finding out the prevalence index of mental disorders (dementia) in this population and the related factors that might be considered as possible risk ones.

**METHODS:** it's about a descriptive quantitative transversal study carried out in two consecutive phases by a multidisciplinary group applying in evermore of them the tests and criteria worldwide used in these cases; the total population of elderly people of Neiva according to the already set projection in the year 2005 was 25.142 and the sample was 643 taken in random testing.

**RESULTS:** in a significant sample of 60 years of age and more randomly selected according to the socio-economical status we found a global dementia prevalence of 23.6 por ciento and many risk factors related to this being the low study level (more than 80 por ciento), harsh living conditions (over population of the lowest status 92 por ciento) and some illnesses the most frequents (*Acta Neurol Colomb 2006;22:243-248*).

**KEY WORDS:** dementia, prevalence.

---

**Recibido: 02/03/06. Revisado: 7/06/06. Aceptado: 28/06/06.**

*Maria Piedad Gooding Londoño, Lic. psicología, d.e.a. en psicología genética, master en neurociencias y salud mental. Profesora titular facultad de salud Universidad Surcolombiana. Efraín Amaya Vargas, médico cirujano, especialista neurología clínica. Profesor asociado facultad de salud Universidad Surcolombiana. Servicio de neurología Hospital Universitario de Neiva. Mario Parra Rodríguez, médico cirujano, especialista en neurofisiología clínica. Estudiante de doctorado en neurociencias de la conducta. Universidad de Edimburgo. Angela Magnolia Ríos Gallardo, psicóloga.*

*Correspondencia: mariapiedad@usco.edu.co*

---

Artículo original

---

## INTRODUCCIÓN

El crecimiento progresivo de la población de adultos de la tercera edad gracias a los adelantos de las ciencias médicas, a los cambios en las dietas alimenticias y en general a mejores condiciones de vida, ha traído consigo un aumento en la prevalencia de las enfermedades de aparición tardía como las demencias. Éstas, a pesar de sus diferencias, producto de su diverso origen y condiciones de evolución, tienen en común un característico déficit cognitivo en alguna función, especialmente memoria, pero también atención, pensamiento abstracto, funciones ejecutivas, funciones visoespaciales, praxias o funciones ejecutivas; suficiente como para afectar el desempeño normal de las actividades de la vida diaria. Por eso, una evaluación de las demencias obliga a tener en cuenta estos factores y escoger pruebas que los contemplen, así como a descartar la existencia de depresión mayor, la cual podría aparecer como pseudodemencia.

Los estudios de prevalencia de demencia son muy escasos en el medio latinoamericano y colombiano, además los resultados no son fácilmente extrapolables de una población a otra, ya que cada una tiene características socioeconómicas y culturales particulares (desde servicios de atención en salud y educación hasta diferencias de hábitos alimenticios, físicos, cognitivos y calidad de vida en general). De allí la importancia de la realización de este trabajo con la seguridad de que los resultados encontrados sirvan para apoyar la planeación de los recursos destinados a la salud de los adultos mayores del municipio de Neiva y la sociedad pueda devolverles con una mejor calidad de vida los años de servicio entregados a sus familias y a la comunidad en general.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para estudiar el comportamiento sociodemográfico y clínico de los adultos mayores de 60 años y encontrar la prevalencia de la demencia en el municipio de Neiva (Colombia), se adoptan los siguientes instrumentos de evaluación:

Para evaluar la función cognitiva, se aplicó el MMSE/50 (examen mínimo del estado mental) de Ashford (1) el cual contiene completamente al original de Folstein (2) más una ampliación con 20 ítems que profundizan algunos aspectos

importantes. Ésta es la prueba de tamizaje cognitivo más conocida y utilizada en el mundo para estos casos.

Para la evaluación del aspecto funcional de los individuos, se escogió la escala modificada de Lawton (3) de actividades de la vida diaria que contiene los ítems de la original de Lawton y Brody (4), es utilizada ampliamente en todo el mundo, pero permite, además, observar el estado funcional previo y la evolución del deterioro, si lo hay.

La escala de depresión geriátrica, de Yesavage (5), permite descartar a los pacientes con depresión mayor, la cual altera de manera similar a la demencia, a las pruebas cognoscitivas, pudiendo incluso confundir fácilmente al evaluador.

Se utilizó el protocolo para demencias del Grupo de Neurociencias de Antioquia (6) que contiene el conjunto del CERAD (*Bateria del Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*) y algunas otras pruebas como Wisconsin, figura compleja de Rey-Osterrieth, escala de memoria; ampliamente conocidas y validadas en muchos lugares del mundo y en Colombia por el grupo mencionado en población antioqueña, todo lo cual motiva su utilización en el presente estudio y además facilita la comunicación y entendimiento con la comunidad científica y permite comparar los resultados.

El diagnóstico final de demencia se realizó por el grupo interdisciplinario que aplicó para cada caso el algoritmo y los criterios diagnósticos convenidos (GDS, DSMIV, NINDS-ADRDA y NINDS-AIREN) (7-10), tal y como se recomienda en estos casos.

**Tipo de estudio.** Se trata de un estudio 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 más reconocidos en el mundo para estos casos.

Para su realización se diseñaron dos fases: tamizado, encuesta sociodemográfica (11), Mmse/50 (1), Lawton (4) y Yesavage (5)), estos resultados indicaron normalidad o deterioro

---

cognitivo en diversos grados pasando solo estos últimos a la siguiente fase. La segunda fase de confirmación diagnóstica por clínica (neurológica, neuropsicológica, psiquiátrica), se realizó aplicando las pruebas seleccionadas y confrontándolas luego con los criterios diagnósticos; es decir, conocidos los resultados de la primera fase por cada uno de los especialistas y realizada la valoración multidisciplinar se debieron aplicar en discusión grupal los criterios clínicos del GDS (7) para detección del nivel de deterioro o estadio de evolución de la demencia; criterios del DSM IV (8) para el diagnóstico de la demencia; criterio de la escala Hachinski (12) para diferenciar demencia vascular de Alzheimer probable y criterios NINCDS-AIREN (10) para diagnóstico de demencia vascular; criterios NINCDS - ADRDA (9) para el diagnóstico de Alzheimer probable.

**POBLACIÓN.** 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.

**Muestra. Tamaño poblacional:** 25.142; proporción esperada 50 por ciento; nivel de confianza 96 por ciento; precisión 4 por ciento; tamaño de la muestra: 643.

**Muestreo.** El tipo de muestreo fue probabilístico estratificado, y en razón a las dificultades para acceder al conteo y ubicación de la muestra poblacional real, se optó por mapear la ciudad de Neiva dividiéndola en comunas, barrios y estratos socioeconómicos característicos de cada uno de ellos. Se tomó 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 rastrearon (puerta a puerta se indagó sobre la existencia o no de adultos mayores en cada casa) cuadras y manzanas hasta obtener la proporción estratificada de la muestra.

**Criterios de inclusión:** todos los adultos mayores de 60 años de la ciudad de Neiva que habiendo entrado en la selección de la muestra aceptaran voluntariamente participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:** enfermedad física (motora, sensorial o neurológica u otra) o mental (retardo mental, enfermedad psiquiátrica,

depresión mayor) diagnosticada o evidente, que lo incapacitara para responder adecuadamente a las pruebas.

## RESULTADOS

**Primera fase:** de tamizado fue realizada por estudiantes de último año de psicología de la universidad Surcolombiana, capacitados en el tema y en el manejo de los protocolos; un profesional confirmó la veracidad de estos datos y luego fueron pasados independientemente en dos bases de datos, para control de la información.

Se calculó el punto de corte para la población objeto de estudio mediante la obtención de una ecuación de regresión múltiple en donde los coeficientes y pre-dichos que discriminarían la variable dependiente fueron obtenidos por la adición al modelo de las dos variables independientes: escolaridad y edad.

Se clasificaron así para la segunda fase 219 (34 por ciento) personas con algún nivel de deterioro cognitivo; el porcentaje restante (66 por ciento) se identificó como normal (población control).

**Segunda fase:** confirmación clínica; realizada por dos neurólogos clínicos, una psiquiatra y varios psicólogos entrenados en el uso de los respectivos protocolos. Todos conocían los resultados del tamizaje de cada paciente antes de realizar la evaluación.

En primer lugar, se aplicó el Mmse/30 (2) (con una pequeña adaptación del grupo de Antioquia). Los resultados indican que si ésta hubiese sido la prueba tamiz, 31 por ciento de nuestros pacientes que pasaron a segunda fase con algún nivel de deterioro cognitivo, hubieran sido, con esta versión, clasificados como normales. Esto significa que la versión Mmse/50 (1) al eliminar un 31 por ciento de falsos negativos, demostró mayor sensibilidad que la segunda versión y se constituyó en un buen instrumento de tamizaje.

En segundo lugar, se realizó la evaluación clínica completa (neurológica, neuropsicológica y psiquiátrica) y se aplicaron los criterios clínicos antes mencionados. De los 219 (34 por ciento) adultos mayores que pasaron a segunda fase, el 22

por ciento presentó criterios de exclusión, los 170 (77.7 por ciento) restantes quedaron clasificados así: nueve normales (falsos positivos), nueve con deterioro cognitivo leve (falsos positivos que sumados con los anteriores son 10.5 por ciento) y 152 fueron clasificados con probable demencia.

Es de notar que los pacientes clasificados con demencia se sitúan mayoritariamente en bajos niveles de escolaridad: 44 por ciento son analfabetas y 37 por ciento tienen menos de tres años de escolaridad, cifra alarmante (sumados 81 por ciento) desde cualquier tipo de análisis. Igualmente notorio son las difíciles condiciones de vida de esta población la que mayoritariamente (82.9 por ciento) se ubica en los estratos socioeconómicos bajos (Tabla 1).

Las comorbilidades más comunes en estos mismos adultos mayores con probable demencia son en su orden: hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiovascular y enfermedad cerebrovascular; estas pueden constituirse en factores de riesgo que pudieran explicar en parte la cifra de prevalencia (Tabla 1).

En cuanto a los subtipos de demencia, 59.9 por ciento clasificó en el amplio grupo de las probables demencias degenerativas (Demencias degenerativas: se entendió así, aquellas causadas por patologías degenerativas: (enfermedades de Alzheimer, Pick, Parkinson, Huntington); 23 por ciento en el grupo de las probables demencias vasculares (Demencias vasculares: se originan en enfermedades vasculares, infartos de pequeños o grandes vasos; su aparición es súbita y su evolución puede ser fluctuante); 13.8 por ciento en el de las probables mixtas (Demencias mixtas: conviven simultáneamente las dos anteriores formas de demencia) y 2.3 por ciento en el de las no especificadas. Un proyecto que continúa este, se ocupará mediante laboratorios clínicos, RM y estudios genéticos, de refinar esta clasificación en la que muy seguramente los porcentajes anteriores se redistribuirán.

Volviendo a nuestra anterior cifra de 152 adultos mayores clasificados con probable demencia y aplicada la fórmula de prevalencia, se estimó en nuestra población en 23.6 por ciento.

**TABLA 1.** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO ESTUDIADO.

<b>A: Edad</b>	<b>Hombres (%)</b>				<b>Mujeres (%)</b>		<b>Total</b>
60-69	76 (11,81)				178 (27,68)		254
70-79	81 (12,59)				173 (26,90)		254
80 y más	56 (8,7)				79 (12,28)		135
TOTAL	643						
<b>B. Estrato social</b>	1	2	3	4	5	1	
	102	325	134	54	27	1	643
<b>C. Escolaridad</b>	<b>#</b>		<b>%</b>				
Analfabeta	175		27.2				
1-3	214		33.3				
4-7	169		26.3				
8-11	68		10.6				
12 y más	17		26				
	643		100				
<b>D. Antecedentes médicos en pacientes con demencia</b>							
Hipertensión	92.1 %						
Diabetes	86.8 %						
Dislipidemia	82.8 %						
Enfermedad cardiovascular	13.5 %						
Depresión	32.9 %						
Enfermedad vascular cerebral	7.3 %						

Cifra un poco más alta que la reportada en Europa (18 por ciento, (13), en Chile (6.96 por ciento, (14), Colombia (20 por ciento, (15) y en la mayor parte del mundo (Tabla 2).

Por grupos etáreos, 6.5 por ciento de esta prevalencia esta entre los 60-69 años, 8.4 por ciento entre 70-79 y 8.7 por ciento en mayores de 80 años.

## DISCUSIÓN

Luego de tamizar al 100 por ciento de la muestra y de contactar todos los que pasaron a segunda fase y luego de aplicar los criterios de exclusión (enfermedad física o mental incapacitante, depresión mayor) y sumar a estos a quienes no quisieron colaborar más, quienes cambiaron de residencia y los fallecidos, quedaron fuera de evaluación el 17 por ciento del total. Se evaluó el 83 por ciento restante cifra esta importante teniendo en cuenta las dificultades en este tipo de población y la amplitud de los protocolos utilizados.

La escogencia por parte del grupo del Mmse/50 (1) fue definitivamente acertada. Se excluyeron así 10,5 por ciento de falsos positivos y 31 por ciento de falsos negativos lo que mejoró la sensibilidad de la prueba con respecto a la

**TABLA 2.** n = 643 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL.

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

versión Mmse/30 (2) adaptada por el grupo de neurociencias de Antioquia (6).

La prevalencia encontrada de 23.6 por ciento es alta comparada con otras cifras en el mundo y en Colombia misma. Algunos factores asociados, bien conocidos como factores de riesgo, también son característicos y notorios en esta población: bajísimo nivel de escolaridad (analfabetismo y escolaridad inferior a tres años) 61 por ciento; difíciles condiciones de vida expresadas en su ubicación mayoritaria (87.2 por ciento) en los estratos socioeconómicos más bajos; comorbilidades asociadas (en su orden: hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y enfermedad cerebrovascular).

La distribución de la prevalencia (Tablas 3 y 4) por grupos etáreos no crece, como podría esperarse de acuerdo a los reportes en el mundo;

**TABLA 3.** PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS POR GRUPO ETÁREO. n = 643

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

**TABLA 4.** PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS POR NIVEL DE ESCOLARIDAD EN AÑOS. n = 643

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

---

esto puede explicarse porque el promedio de vida de nuestra población se sitúa precisamente en el primer grupo etáreo, cercano a los 70 años.

En cuanto a la prevalencia de demencia por tipos, recordemos que este trabajo solo hizo diagnóstico clínico originando los siguientes grupos: probables degenerativas (59.9 por ciento), probables vasculares, mixtas y no especificadas (40.1 por ciento). Un diagnóstico más fino se obtendrá en fases subsiguientes mediante laboratorios clínicos, RMN, y genética.

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de demencia en el municipio de Neiva es alta (23.6 por ciento) comparada con el promedio nacional (20.4 por ciento) (15) y con otros estudios en el mundo (18-21 por ciento) (13, 14). Sin embargo consideramos que esta diferencia es explicable, al menos en parte, por los diferentes factores asociados característicos del contexto socioeconómico y cultural de esta población.

Consideramos que estos datos deben alertar a las autoridades sanitarias y deben ser considerados a la hora de planificar recursos.

Programas preventivos de atención primaria como el control de la hipertensión, el tratamiento de la diabetes y otras comorbilidades asociadas, encontradas en ésta población, están a la orden del día. Programas que promuevan la salud física y mental, deberían estar dentro de los planes inmediatos de atención en salud.

Los pacientes diagnosticados con demencia, deberán ser confirmados o descartados en otra instancia, luego de la realización de exámenes clínicos formulados y RMN, para determinar el tipo de demencia y si ella es, por ejemplo, tratable o reversible, cortical o subcortical, lo cual determinará el tratamiento y tipo de atención recomendada.

## REFERENCIAS

1. Ashford JW. Mini-mental state exam (extended version) of Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR, (1975). *Internat Psychoger* 1992.; 4: 55-74.
2. Folstein MF, Folstein SE, Mc. Hugh PR. “ Mini-mental state “:a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12: 31: 189-198.
3. Gómez JF, Cursio CL, Gómez DE. Capacidad funcional en:”Evaluación de la capacidad funcional en ancianos”, Manizales, Colombia; 1996,117-140.
4. Lawton MP, Brody J. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontogit*, 1969; 9: 3 179-186.
5. Yesavage JA. Development and validation of a geriatrics depresión scale. *J Psychiatry Res* 1983; 17: 31-49.
6. Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia. Protocolo Demencias. Universidad de Antioquia, publicación interna, Medellín 1995.
7. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The Global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *AM J Psychiatry* 1975; 12:189-198.
8. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Masson. S: A. I ed, Barcelona 1995.
9. Mc Khann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer’s disease. Report of the NINCDS-ADRDA Work Group. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
10. Roman CG, Tatenichi TK, Ekinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINCDS-AIREN, International Workshop Neurology, 1993; 43: 250-260.
11. Dneuropsy Grupo de Investigación “Desarrollo de las Neurociencias en Psicología”. Encuesta sociodemográfica para epidemiología de las demencias. Publicación interna, Universidad Surcolombiana. Neiva, 2003.
12. Hachinski, VC, Liff LD et al. Cerebral Blood Flow in Dementia. *Arch. Neurol* 1975; 32: 632-637.
13. Peña-Casanova J, Aguilar M, Bertran-Serra I, Santacruz P, et al. Normalization of cognitive and funcional assesment instruments for dementia (Normacodem) (1): objectives content and population (see coments). *Neurología* 1997; 12: 61-8.
14. Arizaga RI. Epidemiología de las Demencias, en Mangone CA, Alegri RF, Arizaga RI, Ollari JA (eds). Demencia: enfoque multidisciplinario. Ediciones sagitario, Buenos Aires, 1997: 37-60.
15. Pradilla G, Rosselli D, Bautista L, et al. Estudio nacional de prevalencia de enfermedades neurológicas. MIn de salud de Colombia y Asociación Colombiana de Neurología. Santafé de Bogotá; 1996.