



**República Bolivariana De Venezuela
Universidad De Oriente
Núcleo Bolívar – Estado Bolívar
Escuela De Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Battistini”**

**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES. SECTOR
“AGOSTO MÉNDEZ”, PARROQUIA “LA SABANITA”. CIUDAD BOLÍVAR,
ESTADO BOLÍVAR. NOVIEMBRE 2008-2009.**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de
Magister en Geriátría y Gerontología.

Autor: Siria del V. Rodríguez M.

Tutores: Milda Marcano.
Pedro Martínez.

Asesor metodológico:
Maino Bahamondes.

Ciudad Bolívar, noviembre 2009.



DEDICATORIA

- A mi papá, Pastor, a mis abuelas Damiana y Margarita, quienes desde el cielo me acompañan, su bendición siempre este conmigo.
- A mi tía-abuela Isabel, a quien extendo mi alegría. Te quiero.
- A mis padres, Félix y Carmen, quienes me educaron para ser lo que soy. Les quiero.
- A mi esposo, Tomás, por su amor, comprensión, ayuda, paciencia, apoyo y poder contar con él cada vez que le necesito. Te amo.
- A mi hijo, Tomás Ramón, fuente de energía que mueve el motor de mi vida, porque siempre ha confiado en mí, entendiendo mi ausencia involuntaria. Te quiero, hijo mío.
- A mis hermanas, Carmencita y Ñaño, y a mis cuñados, Morocho y Felito, quienes siempre me han apoyado, incondicionalmente en todas las cosas que emprendo. Les quiero mucho.
- A la familia Rondón Fernandino, en especial a mi suegra, Doña Rosita, por su apoyo, cariño y estímulo. Les quiero.
- A mis tíos, especialmente Alodia, por su cariño y apoyo. Te quiero.
- A todos mis sobrinos y primos. Les quiero.
- A mis amigas, Ana Marta y Yumaira, gracias por brindarme su amistad de siempre. Les quiero mucho.
- A todos aquellos que creyeron en mí.

De Ustedes es el triunfo...mía la satisfacción.

Siria Rodríguez.



AGRADECIMIENTOS

- A Dios Todopoderoso, por permitirme realizar este sueño tan anhelado.
- A la Virgen del Valle, Santo de mi devoción.
- A la Dra. Milda Marcano, por su asesoramiento para la realización de mi trabajo de tesis y su constante apoyo y estímulo.
- Al Dr. Pedro Martínez, por su ayuda en la realización de este trabajo y su valiosa colaboración en mi formación profesional.
- Al Dr. Maino Bahamontes, por su asesoramiento metodológico.
- Al Dr. Carlos D’Pace por su cariño, apoyo y estímulo.
- A mis compañeros, Eurídyse y Alberto.
- A todos los adultos mayores, que fueron fuente de inspiración. En especial a todos los del Sector “Agosto Méndez” y los del Club de Abuelos “Nuestra Paz”.
- Al personal docente, administrativo, empleados y obreros de la Universidad de Oriente por brindarme la oportunidad de realizar y culminar felizmente esta Maestría.
- Al personal médico-docente, paramédico y pacientes del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”.
- A todos aquellos que de una forma u otra sirvieron de guía en mi formación, les estoy eternamente agradecida.

Siria Rodríguez.



INDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE GENERAL	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 Formulación del Problema.....	3
1.2 Justificación del Problema.....	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general.	4
1.3.2 Objetivos específicos:.....	4
1.4 Propósito del problema.....	5
1.5 Delimitación del problema	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Aspectos Históricos de las Demencias	6
2.2 Consideraciones Generales.....	8
2.3 Antecedentes epidemiológicos	18
2.4 Definición de términos	21
2.4.1 Demencias.	21
2.4.2 Enfermedad de Alzheimer (EA).....	21
2.4.3 Prevalencia de demencia.	21
2.4.4 Adulto mayor.....	21



2.4.5 Mini Mental Test.....	22
2.5 Operacionalización de variables.....	22
CAPÍTULO III	24
MARCO METODOLÓGICO.....	24
3.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	24
3.2 Población y Muestra.....	25
3.2.1 Población.....	25
3.2.2 Muestra.....	25
3.3 Técnica y Procedimiento para la Recolección de los Datos.....	26
3.3.1 Técnica de recolección de datos.....	26
3.3.2 Procedimiento para la recolección de los Datos.....	26
3.4 Técnica de análisis de los datos.....	27
RESULTADOS	28
Cuadro 1.....	29
Cuadro 2.....	30
Cuadro 3.....	31
Cuadro 4.....	32
Cuadro 5.....	33
Cuadro 6.....	34
Cuadro 7.....	35
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS.....	41
APENDICE	46
ANEXOS.....	50



**Universidad De Oriente
Núcleo Bolívar – Estado Bolívar
Escuela De Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Battistini”
Maestría En Geriatría Y Gerontología**

**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES. SECTOR
“AGOSTO MÉNDEZ”, PARROQUIA “LA SABANITA”. CIUDAD BOLÍVAR,
ESTADO BOLÍVAR. NOVIEMBRE 2008-2009.**

Autor: Siria Rodríguez.
Tutores: Milda Marcano.
Pedro Martínez.
Noviembre 2009.

RESUMEN

El incremento en la expectativa de vida de la población ha originado aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, como la demencia, siendo ésta la primera causa de incapacidad en el adulto mayor, afecta su calidad de vida, y genera elevados costos para la familia y la sociedad. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, desde noviembre 2008 hasta noviembre 2009, en el cual se aplicó un instrumento a 98 personas mayores de 60 años de edad, residentes del sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, para determinar la prevalencia de demencia. Se encontró una prevalencia de demencia de 4,08%, siendo el grupo de edad mayor de 70 años el afectado (8,7%), predominó el nivel de escolaridad primario incompleto (75%). La hipertensión arterial fue el factor de riesgo mayormente detectado (50%). La demencia leve fue predominante con el 75%. Se concluyó que la prevalencia de demencia aumenta con la edad, siendo la educación deficiente el factor más relacionado con la aparición de los síntomas.

Descriptores: Adulto mayor, demencia, prevalencia, Minimental test.



INTRODUCCIÓN

Los países occidentales han experimentado un progresivo envejecimiento de la población que según las proyecciones, seguirá de forma exponencial en el futuro inmediato. Este incremento progresivo de la población de ancianos es debido al descenso de los índices de natalidad y mortalidad general (Peña, J., Tardón, A., Menéndez, I. y Blázquez, B. 2000).

En Venezuela para el año 1990, de dieciocho millones ciento cuatro mil ciento cuarenta y tres habitantes, setecientos veinticuatro mil ciento sesenta y cinco eran mayores de 65 años; en el año 2001, de veintitrés millones cincuenta y cuatro mil doscientos diez habitantes, eran adultos mayores un millón ciento veintinueve mil seis cientos cincuenta y seis (Censo, 2001). El cambio en la pirámide poblacional ha modificado la incidencia de las patologías, disminuyendo algunas enfermedades y haciendo crecer significativamente la prevalencia de trastornos degenerativos e involutivos. Entre ellos cabe destacar las demencias, elevando los costos sanitarios que representa la atención asistencial de los pacientes, familiares y/o cuidadores (Quiroga, P. y Rohde, G. 2002).

La demencia se define como un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia (Alberca, R. y López, S. 2006).

La edad avanzada se ha identificado como principal factor de riesgo. Los diferentes estudios epidemiológicos realizados en el mundo indican que la prevalencia de la demencia aumenta con la edad y que se duplica a intervalos de 5



años, desde el 0,7% al 1% en las personas entre 60 y 64 años hasta el 40 ó 50% para los mayores de 90 años (López, S., Garre, J., Monserrat, S., Boada, M., Tárraga, L., Aguilar, M., Lozano, R. y Lorenzo, J. 2006).

La prevalencia de demencia se ha incrementado de manera significativa en las últimas décadas. El estudio de las demencias se dificulta porque la mayoría de los pacientes no acuden al médico para su valoración. Por ello, es importante buscar factores de riesgo modificables y la frecuencia de esta patología; lo que ha motivado la realización de una investigación en la población de ancianos de la comunidad “Agosto Méndez”, parroquia La Sabanita, Estado Bolívar. Esta comunidad dispone de un considerable número de adultos mayores, la cual se selecciona por tener además un factor favorable que es la cercanía al departamento de Salud Pública de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente, y es esta misma población la que ha servido de base para que se desarrollen actividades asistenciales, investigativas y de promoción de la salud, las cuales establecieron nexos muy sólidos con sus habitantes.

En esta población en cuestión se determinó los ancianos existentes y se procedió a determinar la presencia de deterioro cognitivo en sus diversos grados a través del Mini Mental Test.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Formulación del Problema

Actualmente, en Venezuela la esperanza de vida es de 71,5 años para los hombres y de 77,8 años para las mujeres. Las personas de más de 65 años representan un porcentaje importante, asociándose a un registro creciente en el número de casos de demencia durante los últimos años. Lo que concuerda con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud que explica que un individuo con mayor esperanza de vida tiene más riesgo de desarrollar demencia. Esto obliga a una mayor aplicación de estrategias sociosanitarias adecuadas y exige atención por parte de familiares y/o cuidadores.

Para este estudio de investigación se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cuántos adultos mayores tienen demencia del sector “Agosto Méndez”? ¿Cuál grupo etario está más afectado? ¿Cuál es la comorbilidad? ¿Cuáles factores se relacionan con su prevalencia?

1.2 Justificación del Problema

Las demencias se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes que difieren en su etiología, edad de inicio, forma de presentación, curso clínico y trastornos psiquiátricos asociados, y en la mayoría de los casos llevan al individuo a un deterioro tal que lo incapacita y lo hace dependiente del grupo familiar para toda la vida. Se trata de un síndrome que puede ser causado por numerosas enfermedades, pero las más frecuentes se presentan a lo largo del proceso de envejecimiento.



Si se realiza un diagnóstico precoz se pueden tomar medidas preventivas, aplicar tratamiento oportuno y prevención de complicaciones a corto y largo plazo.

En Ciudad Bolívar no existen registros estadísticos que señalen la prevalencia de demencia en ancianos, razón que motiva la realización de esta investigación sobre la indagación causal que servirá de referencia para estudios posteriores, así como para la formulación de políticas de salud en la población anciana.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

Determinar la prevalencia de demencia en la población mayor de 60 años en el sector “Agosto Méndez”. La Sabanita, Ciudad Bolívar. Noviembre 2008-2009.

1.3.2 Objetivos específicos:

1. Distribuir la población estudiada según edad y sexo.
2. Distribuir la población estudiada según el nivel de educación y grupo de edad.
3. Clasificar la población estudiada según la convivencia con grupo familiar.
4. Clasificar el grado de demencia según edad y sexo.
5. Determinar la presencia de hábitos tabáquicos y alcohólicos en la población con demencia.
6. Determinar antecedentes familiares con demencia.
7. Determinar las principales causas de comorbilidad en la población estudiada con demencia.



1.4 Propósito del problema

Con esta investigación se pretende determinar la demencia su prevalencia, si incrementa con la edad y si existen factores de riesgo que contribuyen con esto. Es preocupante la situación de la demencia para Ciudad Bolívar y específicamente para la comunidad de “La Sabanita”, la cual es una población que tiene de fundada 50 años, con una población que ha envejecido en ella y que desde el punto de vista epidemiológico se desconoce la profundidad del problema de las demencias, que hoy por hoy se considera de importancia capital por el costo económico y la incapacidad que causa a individuos en etapas todavía productivas de la vida.

1.5 Delimitación del problema

En esta investigación se analiza la población estudiada tomando en cuenta todos los aspectos que se estudian en el Mini Mental Test que incluye: orientación en tiempo, espacio y persona, capacidad de cálculo, memoria, pensamiento y orientación visuoespacial. Se investigó la relación con algunos factores de riesgo, entre ellos: género, nivel educativo, hábitos, comorbilidad, convivencia familiar. Todos estos aspectos darán una idea general de los factores que influyen y caracterizan la comunidad de “Agosto Méndez”.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Aspectos Históricos de las Demencias

Demencia, palabra que corresponde al latín “dementatus”, es decir sin razón, enloquecido, aplicable a cualquier conducta anormal no usual, incomprensible o extraña, enajenación mental (Mazzei, J. 1996).

Desde las escrituras bíblicas hasta la actualidad el concepto de demencia ha hecho referencia a distintas alteraciones del comportamiento. En los papiros de Ebers y Berlín, aparecen referencias a la pérdida de memoria e inteligencia, adjudicando a los vientos malignos, vientos calientes que pudren el interior, la causa de la misma. Pitágoras, médico griego del siglo VII antes de Cristo, divide el ciclo vital en cinco estadios que comienzan respectivamente, a los 7, 21, 49, 63 y 81 años, siendo las dos últimas designadas como *senium* o *ancianidad*, periodo de regresión física y mental. Hipócrates en su “Código Hipocratum”, citaba entre las enfermedades de la vejez, las mentales. Igualmente, Platón, en su tratado “Las Leyes y La República”, consigna y mantiene su posición firme ante el trato inhumano dado a los ancianos en estado mental afectado (Álvarez, B. 2004).

Aristóteles, consideraba inseparable el envejecimiento de los fallos de la mente, sin contemplar la posibilidad de ninguna excepción. La demencia se asocia al propio envejecimiento de forma tan inevitable como el paso del tiempo, por ello, no atribuye la demencia a ningún factor ajeno al hecho de envejecer. En el siglo II antes de Cristo, el filósofo romano Cicerón, en su obra *De Senectute*, escribió que no todos los ancianos terminan con demencia, sino que eso ocurría más frecuentemente a los



ancianos que no se mantenían implicados e interesados en las actividades físicas e intelectuales, proponiendo como remedio, que los ancianos permanecieran con una actividad adecuada para preservar sus capacidades mentales (Álvarez, B. 2004).

Galeno, considerado el maestro y precursor de “Gerontocomía”, en su obra, del mismo nombre, en el cual aparte de los consejos profilácticos para una ancianidad saludable física y mental, distingue al envejecimiento como una frontera entre “la Salud y la Enfermedad”. Seneca, filósofo, hispano-latino, en su obra “Brevedad de la vida”, describe casos clínicos y sugiere normas terapéuticas y morales para las enfermedades, entre éstas, las mentales. Cornelius Celsus, al escribir sobre términos médicos, introdujo las palabras “Delirio y Demencia”. Areteus pudo ser el primero en introducir el término de demencia senil para distinguirlo de demencias secundarias (Mazzei, J. 1996).

Prácticamente tras Galeno, la iglesia considera la enfermedad como la consecuencia de un pecado, o como un castigo. En este período podemos destacar al fraile franciscano Roger Bacon (1214-1292) que en efecto tenía una tendencia irrefrenable para la investigación y el estudio que le trajo no pocas complicaciones con las autoridades eclesiásticas de la época. Él rescató la idea de que el cerebro era el órgano fundamental donde residía la inteligencia y la regulación del resto de órganos; situó la memoria en el ventrículo posterior del cerebro, el juicio y raciocinio en el ventrículo medio y la imaginación en el ventrículo anterior, situando en estas localizaciones las lesiones cuando estas facultades se deterioraban. Después de Bacon, son muy pocos los progresos en torno a la demencia hasta prácticamente el siglo XIX, donde se seguía creyendo que la demencia estaba ligada indefectiblemente al envejecimiento (Berchtold, N. 1998).

Fue San Isidoro, obispo de Sevilla, quien en el año 600 definió el término por primera vez, en el libro IV de su obra Etimologías. En el siglo XVII, Thomas Willis



describió los primeros casos de demencia vascular, diferenciándolos del retraso mental y exponiendo con notable acierto muchas de sus causas. Pero la historia moderna del concepto de demencia vascular comienza con Otto Biswanger (1852–1929), quien, en 1894, fue el primero que relacionó la encefalopatía vascular subcortical lentamente progresiva con déficits neurológicos focales y lesiones en la sustancia blanca. En 1898, Alois Alzheimer (1864–1915) documentó histopatológicamente las observaciones de Biswanger y desarrolló una clasificación de la demencia vascular que comprendía 4 tipos: la demencia postaplopejía (posteriormente denominada demencia postinfarto), la degeneración arteriosclerótica cerebral (estado lacunar), la atrofia vascular cortical y la encefalopatía subcortical (o enfermedad de Biswanger). En 1906, Alzheimer describió en una paciente de 51 años la enfermedad que lleva su nombre mediante una detallada presentación que, aunque pasó aparentemente inadvertida, fue recogida por E. Kraepelin en la octava edición de su famoso libro de psiquiatría (1910). Kraepelin diferenció la demencia de origen vascular, a la que denominó demencia senil, de la nueva enfermedad descrita por Alzheimer, que fue identificada en personas más jóvenes (Regalado, P., Azpiazu, P., Sánchez, L. y Almenar, C. 2009).

2.2 Consideraciones Generales

El envejecimiento actual de la población no tiene precedentes en la historia de la humanidad. El envejecimiento de la población tiene y tendrá consecuencias y repercusiones en todos los ámbitos de la vida diaria de hombres y mujeres. La proporción de ancianos creció en forma continua durante el siglo XX, y se prevé que la tendencia proseguirá en el siglo XXI. En 1950, la proporción de personas de 60 años y más era del 8%; en 2000, del 10%; y en 2050 se proyecta que llegará al 21% (Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002).



El envejecimiento de la población seguirá afectando a la salud y la atención médica, debido a que las consecuencias sanitarias son previsibles, con un aumento significativo de la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas, de las demencias en general y de la enfermedad de Alzheimer en particular (Pérez, J. 2004).

Diversos autores han propuesto términos diferentes para calificar el grupo de ancianos que se queja de problemas discretos de la memoria, ya sea como los que poseen un “trastorno benigno” o como aquellos que presentan “las modificaciones de la memoria ligadas a la edad”. La amnesia progresiva de los ancianos es a menudo llamada deterioro cognitivo leve (López, J., Cano, C. y Gómez, J. 2006).

Desde finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX los médicos diagnosticaban “demencia senil” a las personas mayores que iban perdiendo todo tipo de capacidad de razonamiento, memoria, lenguaje y que se iban viendo desposeídas de las manifestaciones propias de la inteligencia humana. En unos casos la enfermedad se le atribuyó al fenómeno del envejecimiento cerebral y en otros muchos, quizá la mayoría, se creyó que era debida a arterioesclerosis de los vasos cerebrales responsables de infartos y hemorragias múltiples en este órgano (Martínez, J. 1998).

En 1965, unos investigadores ingleses, tras examinar los cerebros de ancianos con demencia y personas mayores sin demencia, creyeron haber demostrado que la causa de tal demencia era en casi el 80% de los casos la misma enfermedad que Alzheimer había descrito en 1906. Esto produjo enorme y general sorpresa porque la primera paciente que Alzheimer estudió comenzó a tener sus primeros síntomas a los 51 años y falleció cinco años después. De ahí que se considerara durante décadas al Alzheimer como una enfermedad propia de edades preseniles, antes de los 65 años, y de aparición más bien rara por los pocos casos que se diagnosticaban (Casabella, A. 1999).



La definición de demencia más aceptada universalmente es la que establece el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV), según la cual se requiere que el paciente presente deterioro de la memoria a corto y largo plazo, más una alteración, como mínimo, en alguna de las siguientes áreas: pensamiento abstracto, juicio, lenguaje, praxis, reconocimiento visual, capacidad construccional o personalidad (Farreras, R. 2000).

La demencia se ha constituido en un problema de salud pública mundial y se hace extremadamente común entre los pacientes de edad avanzada (Prado, P. 2000). Según otros autores, se ha convertido en una de las mayores preocupaciones de la sociedad actual (Kukull, W. y Bowen, J. 2002).

El término demencia se utiliza para describir un síndrome adquirido que consiste en un conjunto de signos y síntomas que producen deterioro persistente de las capacidades cognitivas y alteran la capacidad funcional en personas que no presentan alteración del nivel de conciencia (Kukull, W. y Bowen, J. 2002).

La demencia se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido que determina una disminución de la capacidad intelectual, suficiente como para interferir en el desempeño social y funcional del individuo y en su calidad de vida. Este deterioro cognitivo se acompaña, frecuentemente, de alteraciones del ánimo, del comportamiento y de la personalidad (Quiroga, P. y Rohde, G. 2002).

Aunque no existe una definición consensuada de demencia, Méndez (2002), la define como un síndrome orgánico adquirido multietiológico, que implica un deterioro de la memoria y de otras funciones intelectuales, por lo general crónicas y progresivas pero no necesariamente irreversible. Implica una afectación de las capacidades funcionales del sujeto suficiente como para interferir sus actividades socio-laborales, y todo ello ocurre sin alteración del nivel de conciencia.



La demencia se puede presentar aún en edades muy tempranas de la vida. Un niño podría hacer un cuadro demencial, ya que la demencia en su fase final consiste en una pérdida global de capacidades intelectuales adquiridas. La diferencia de la demencia con el retardo mental, es que éste nace con el sujeto mientras que la demencia en su estado avanzado se podría pensar como un retardo mental adquirido (Toro, R. y Yepes, R. 2004).

Los tres pilares fundamentales del síndrome demencial son los trastornos cognitivos (memoria, orientación, y otros), conductuales (apatía, depresión, agitación y otros), y su impacto en la funcionalidad. Las personas que presentan déficit menores en varios dominios cognitivos, pero que no tienen deterioro funcional (en las actividades de la vida diaria, o en la laboral), no cumplen criterios para el diagnóstico de demencia (Marín, P. 2006).

La demencia es la causa de incapacidad más importante después de los 65 años de edad. No se deben clasificar como demencias los cuadros que solo tengan afectación de la memoria y los que no afecten a las actividades diarias del paciente. No debe ser confundida con el síndrome confusional, definido por un trastorno de la atención y la alerta, aunque en ocasiones ambos, demencia y síndrome confusional, pueden coexistir (Rodríguez, R. y Lazcano, G. 2007).

El DSM-IV clasifica las demencias de la siguiente manera:

- Demencia tipo Alzheimer.
- Demencia vascular.
- Demencia debida a enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Demencia debida a traumatismo craneal.
- Demencia debida a enfermedad de Parkinson.



- Demencia debida a enfermedad de Huntington.
- Demencia debida a enfermedad de Pick.
- Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- Demencia debida a otras enfermedades médicas.
- Demencia producida por el consumo persistente de sustancias.
- Demencia debida a múltiples causas.
- Demencia no especificada, para aquellos cuadros clínicos en que no se puede especificar una causa que explique la sintomatología.

Según Prado Pérez (2007), los estados demenciales comparten una misma manifestación clínica y se clasifican según la etiología que las origina:

A.-Clasificación clínico-anatómica:

1.- Demencias corticales: enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick y la demencia del lóbulo frontal.

2.-Demencias subcorticales: enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y demencia vascular.

B.-Clasificación clínico-evolutiva:

1.-Estados demenciales tratables y potencialmente reversibles: incluyen trastornos que diagnosticados y tratados a tiempo, pueden remitir, desapareciendo el cuadro demencial. Se incluyen enfermedades metabólicas y carenciales, intoxicaciones por drogas y metales o procesos intracraneales.



2.-Estados demenciales tratables e irreversibles: comprenden trastornos crónicos que incluyen demencia con posibilidad de tratamiento, como ejemplos la demencia multiinfarto, la postraumática y la alcohólica.

3.-Estados demenciales no tratables, irreversibles: trastornos de demencia sin tratamiento, de evolución crónica y no reversible. Enfermedad de Alzheimer, de Pick, Corea de Huntington, enfermedad de Parkinson y la de Creutzfeldt-Jacobs.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa primaria de origen desconocido, caracterizada por la pérdida de memoria de instauración gradual y continua, con afectación global del resto de las funciones superiores, que produce como consecuencia alteración en la actividad laboral o social. Se han identificado factores de riesgo asociados, como la edad avanzada, género femenino, bajo nivel educativo, historia previa de depresión, traumatismo cerebral, entre otros. El diagnóstico de presunción es clínico, estableciéndose unos criterios de probabilidad diagnóstica, obteniéndose el definitivo mediante el estudio anatómo-patológico (Gil, P. y Martín, J. 2006).

La enfermedad de Pick es una enfermedad neurodegenerativa cerebral que afecta principalmente a los lóbulos frontales y temporales (demencia frontotemporal). Los primeros síntomas están relacionados con el humor, el lenguaje y los movimientos compulsivos. En etapas más tardías el paciente puede presentar un cuadro de chupeteo constante. También pueden aparecer hábitos compulsivos, como lavarse continuamente o coleccionar objetos, y conductas relacionadas con la hipersexualidad y el exhibicionismo. Respecto al lenguaje, presenta logorrea (emisión verbal con escasa producción de lenguaje), para finalmente perder la capacidad de comprensión y padecer ecolalia y estereotipias (Millán, J. 2006).



La enfermedad de Huntington afecta al núcleo caudado, por lo que se trata de una forma de demencia subcortical. Se transmite de forma autosómica dominante. Los primeros síntomas son cambios en el humor, enlentecimiento del pensamiento, alteración de la memoria y cambios conductuales. Sin embargo el signo característico de esta enfermedad son los movimientos coreiformes, que se inician en reposo en tronco, cara y extremidades (Millán, J. 2006).

En la demencia por enfermedad de Parkinson se observan olvidos, sobretodo visoespaciales, bradipsiquia, trastornos afectivos de tipo depresivo y trastornos del lenguaje en la fase avanzada. Por otra parte se conservan la inteligencia y la gnosis (Millán, J. 2006).

La demencia vascular es la segunda, en cuanto a frecuencia, después de la enfermedad de Alzheimer. Son trastornos relacionados con daños cerebrovasculares. Los factores de riesgo cardiovascular para la aterosclerosis incluyen: edad, tabaquismo, alcoholismo, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular anterior, cardiopatía y antecedente familiar de demencia (Rodríguez, R. y Lazcano, G. 2007).

El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico. En la historia clínica se deben constatar los antecedentes personales (factores de riesgo cardiovascular, abuso de alcohol o sustancias, antecedentes de exposición a tóxicos, traumáticos, psiquiátricos, neurológicos), sociales (nivel educativo y escolarización) y familiares (demencia o síndrome de Down). Debe interrogarse sobre el consumo de los medicamentos, incluyendo dosis y fecha del inicio de los mismos. Es importante la forma de comienzo, síntoma inicial, tiempo de evolución, si existen o no trastornos conductuales asociados y repercusión sobre las actividades cotidianas (Gil, P. y Martín, J. 2006).



No existe en la actualidad un marcador biológico que diagnostique la enfermedad. El diagnóstico se realiza con la clínica, el examen neurológico, cognitivo y patológico, el diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia cerebral cuyas lesiones características son degeneración neurofibrilar, placas seniles, placas neuríticas (Rocha, G., Arévalo, M., Céspedes, M. y Aguilar, J. 2006).

La historia clínica debe ser relevante y primordial para evaluar alteraciones en la capacidad intelectual, en especial la memoria y la capacidad para el desempeño de las actividades cotidianas en el hogar, laborales y sociales, incluyendo una exploración física y neurológica completa con escalas de evaluación cognoscitiva (Alanís, G., Garza, J. y González, A. 2008).

Algunos síntomas considerados de “alarma” o sugerentes de demencia según Robles y Alom (2002) son:

1. Dificultad para aprender y retener nueva información. Se vuelve repetitivo, le cuesta recordar una conversación reciente, eventos, citas; pone los objetos en lugares incorrectos.
2. Dificultad para realizar tareas complejas. Le cuesta realizar una labor que requiere varios pasos, tal como cocinar, balancear una chequera, otros.
3. Deterioro en la capacidad de razonar. Es incapaz de responder con un plan para enfrentar problemas en la casa o en el trabajo. Han dejado de importarle las reglas de conducta social.
4. Desorientación espacial. Tiene problemas para manejar, se pierde en la calle, aún en lugares familiares.



5. Deterioro en el lenguaje. Aparece dificultad creciente para encontrar las palabras adecuadas en una conversación.

6. Alteraciones en el comportamiento. Aparece pasividad, o más irritabilidad que lo habitual; puede malinterpretar estímulos visuales o auditivos.

7. Otros: observar si ha cambiado su hábito de vestirse, puede verse desaseado, desordenado; llega tarde a la hora de la consulta.

El examen mental debe incluir una evaluación en las áreas cognitiva y afectiva. Se recomienda usar instrumentos estandarizados como el Mini-Mental Test que es ampliamente aceptado en el mundo, es fácil de usar y puede ajustarse por edad y educación. El Mini Mental es una escala de 11 ítems, que evalúa orientación, atención y concentración, registro, memoria, lenguaje escrito y oral, capacidad de realizar una orden de 3 pasos y organización visuoespacial. Para una mejor comprensión de los resultados hay tablas para ajustar el puntaje según edad y educación. Antes de realizar cualquier examen cognitivo destinado a evaluar una demencia debe evaluarse la capacidad de atención y concentración, pues si el sujeto tiene severamente afectada la atención va a fallar en el resto de las pruebas por esta causa. En el delirio o síndrome confusional agudo el principal síntoma es el déficit de atención. Además de la evaluación cognitiva, se recomienda hacer un tamizaje para depresión (un instrumento útil es la Escala de Depresión Geriátrica) ya que esta puede estar jugando un rol importante en el déficit cognitivo (Gómez, N., Matos, J., Arias, W. y González, A. 2004).

Debe realizarse el examen físico completo para descartar presentación atípica de alguna enfermedad haciéndose énfasis en el examen neurológico debiendo descartarse déficits focales debidos a infartos cerebrales previos, signos de enfermedad de Parkinson, alteraciones de la marcha y del movimiento ocular (Bermejo, F., Floriach, R. y Muñoz, D. 2003).



La evaluación de laboratorio recomendada por la Academia Americana de Neurología incluye: hemograma, perfil bioquímico (calcio, fósforo, pruebas hepáticas, glicemia), electrolitos, hormonas tiroideas, nivel plasmático de vitamina B12, y tamizaje para neurosífilis y otras enfermedades inflamatorias e infecciosas. Se recomienda hacer serología para Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) en sujetos con factores de riesgo y realizar otros exámenes como, electroencefalograma, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, investigación de tóxicos, metales (hierro, cobre, aluminio, fármacos) (Navarrete, H. y Rodríguez, I. 2003).

Las imágenes del cerebro, scanner o resonancia nuclear magnética, son útiles para descartar lesiones estructurales (tumores, hidrocefalia, infarto, otros) que puedan contribuir a la demencia. En la mayoría de los casos de deterioro cognitivo progresivo sin alteraciones en el examen neurológico, un scanner cerebral sin contraste sería suficiente. Sin embargo, si hay alteraciones motoras tales como rigidez o asimetría de los reflejos, tiene mayor sensibilidad la Resonancia Nuclear Magnética para identificar lesiones isquémicas no detectadas por el scanner. En algunos casos, el SPECT (single photon emission computed tomography) puede ser útil en el diagnóstico diferencial de las demencias. Este muestra patrones bastante típicos de hipoperfusión en la corteza temporoparietal bilateral posterior en la Enfermedad de Alzheimer; en la Enfermedad de Pick hay típicamente hipoperfusión frontal; en la demencia vascular hay un patrón multifocal asimétrico; y la perfusión es normal en la pseudodemencia depresiva (Robles A. y Alom, J. 2002).

El tratamiento es psicosocial y farmacológico; la atención psicosocial se enfoca en el cuidado y adaptación de los familiares a la patología del paciente mejorando las habilidades físicas y psíquicas del enfermo que redundarán en las condiciones de vida. El tratamiento farmacológico sintomático se refiere al control de la ansiedad, agitación, agresividad, psicosis, trastornos del sueño y depresión (Alberca, R. y López, S. 2006).



2.3 Antecedentes epidemiológicos

La psiquiatría epidemiológica y la neuroepidemiología son ambiciosas a la hora de intentar conocer los factores de riesgo de las demencias, a sabiendas de que los avances en este campo podrían facilitar una acción preventiva. Los estudios recientes tienden a confirmar que los clásicos factores vasculares de riesgo lo son también en el caso de las demencias vasculares y multiinfarto. Se han estudiado las siguientes variables como potenciales factores de riesgo en la demencia tipo Alzheimer: hipertensión arterial, edad avanzada, antecedentes familiares de demencia tipo Alzheimer, síndrome de Down, escolaridad deficiente, traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia, y el papel del tabaquismo. De manera similar, también se estudian los factores de protección de la demencia, como los medicamentos antiinflamatorios, estrógenos, antioxidantes (vitamina E), bloqueantes histaminérgicos H₂, e incluso el consumo moderado de vino (Luchsinger, J., Tan, S. y Mayeux, R. 2004).

Existen en el mundo 24.3 millones de personas con demencia. Se suman 4.6 millones de casos cada año. Se dobla el número de casos cada 20 años. Aparece un caso nuevo cada 7 segundos. Para el 2040 el mundo tendrá 81.1 millones de personas con demencia. En el 2001, 60% de los pacientes con demencia vivían en el mundo subdesarrollado. Para el 2040, 71% vivirán en el mundo en desarrollo. Desde el 2006 China tiene más personas con demencia que toda Europa (6 millones vs 4.8 millones), Norte América tiene 3.4 millones. Para el 2040 China sola tendrá mas personas con demencia que todos los países desarrollados juntos. En América Latina, actualmente hay 1.8 millones de personas con demencia, para el 2040 habrá igual número que en Norte América. Las economías de los países en desarrollo no están preparadas para enfrentar el reto ya que a nivel de salud todavía se está luchando con mortalidad materno infantil, y por supuesto la salud está enfocada hacia las enfermedades agudas y contagiosas (Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H.,



Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P., Rimmer, E. y Scazufca, M. 2008).

En América Latina, los estudios basados en población son escasos; sin embargo, han servido de base para establecer la prevalencia de demencia, la cual fluctúa entre 4,03% y 8,2%. Ketzoian, C., Rega, I. y Cáceres, R. (1997), en 2 mil 731 individuos mayores de 65 años de edad encontraron una prevalencia de 4,03%, en la población de Villa del Cerro, Montevideo, Uruguay. En Cuba, Llibre, J., Guerra, M., Pérez, H., Bayarre, H., Fernández, S., Gonzales, M., Ferri, C., Rodríguez, M. y Sosa, A. (1999), en 1 mil 139 individuos de la misma edad, hallaron una prevalencia de demencia de 8,2%, en la población de La Habana. Herrera, E., Caramelli, P., Barreiros, A. y Nitrini, R. (2002), en Catanduva, Sao Paulo, Brasil, en 1656 individuos mayores de 65 años de edad encontraron una prevalencia de demencia de 7,1%.

Desde 1999, se hizo un estudio para determinar la epidemiología de las demencias en 11 países. El proyecto recibe el nombre de 10/66 debido a que solo el 10% de todas las investigaciones sobre demencias se realizan en los países en vías de desarrollo, donde vive aproximadamente el 66% de todas las personas con demencia. El grupo de investigación de demencia 10/66 está formado por un grupo de investigadores que trabajan en países de bajos y medianos ingresos. El proyecto está liderado por el Dr. Martín Prince de Inglaterra (Boletín Grupo 10/66, 2007). Una de las naciones participantes es Venezuela, donde se reportó una prevalencia de 7,5% a 8% de demencia en personas mayores de 65 años y la mayoría de las personas que la sufren tienen solo la instrucción primaria completa. Por esta razón se afirma que a menos grado educativo, se eleva el riesgo de padecer demencia. Este estudio se aplicó en la población de Caricuao, con una duración de 28 meses, con la consulta de once mil apartamentos, donde se logró ubicar a 2020 personas mayores de 65 años (Salas, A. 2007).



Según un estudio hecho por un grupo de científicos venezolanos, la incidencia de la demencia en ancianos que habitan en la parroquia Santa Lucía de Maracaibo es inusualmente alta. Los resultados, publicados en el mes de octubre 2007 por la revista norteamericana *Neuroepidemiology*, demuestran que de los 2 mil 438 individuos evaluados, ocho por ciento sufre de la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular o algún otro tipo de demencia. De acuerdo con la investigación, más de la mitad de los sujetos fue diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer, dato que convierte a esta patología en la más común entre el número total de ancianos sometidos a evaluación, cuyas edades oscilan entre los 55 y 101 años de edad. Según Maestre (2007), investigadora de las universidades del Zulia y Columbia (EUA), quien lidera el equipo que desarrolló la investigación, la frecuencia de las demencias es más alta entre los ancianos de más años y la prevalencia del Alzheimer se triplica con cada 10 años de edad. Según la investigación desarrollada por Maestre, Molero y Pino (2007) como parte del programa *Maracaibo: Estudio del Envejecimiento*, impulsado por la Universidad del Zulia, las cifras de demencia en la población Marabina, son mucho más altas que las reportadas en Estados Unidos de América, India, China y algunos países europeos y Africanos. No obstante, la comparación con otros estudios demuestra similitudes en otros países de América Latina (Hernández, J. 2007).

Casi todos los estudios de prevalencia de la demencia se han realizado en las sociedades industrializadas, aunque en años recientes se han llevado a cabo estudios en todo el mundo. Según diferentes informes, la causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer, cuya prevalencia se sitúa entre 50% y 60%, seguida por enfermedad vascular con 8-15%, alcoholismo 6-18%, neoplasias 5%, hidrocefalia normotensiva 4-5%, enfermedad de Huntington con 2-5% y los trastornos metabólicos 2-4% (Henderson, A. 1998).

La evaluación de la demencia permite un abordaje estratégico diagnóstico, preventivo y terapéutico que puede a su vez mejorar la calidad de vida de los adultos



mayores. De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este estudio es identificar la prevalencia de demencia en pacientes geriátricos en el sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

2.4 Definición de términos

2.4.1 Demencias.

Las demencias son un grupo de enfermedades neurológicas generalmente crónicas y progresivas, que cursan con deterioro adquirido en las funciones cognitivas superiores (memoria, pensamiento, orientación, lenguaje, calculo, aprendizaje y juicio). El estado de alerta no se encuentra obnubilado. Adicionalmente, se observan alteraciones neuro-psiquiátricas, que en conjunto, marcan una disminución en las funciones sociales y de la vida cotidiana (Hesse, H. 2009).

2.4.2 Enfermedad de Alzheimer (EA).

Es un trastorno neurodegenerativo progresivo que se manifiesta por deterioro cognitivo particularmente de memoria semántica, alteración progresiva en las actividades de la vida diaria y una variedad de síntomas neuropsiquiátricos (Farlow, M. 2007).

2.4.3 Prevalencia de demencia.

Se define como el porcentaje de habitantes de una población que padece demencia en un momento determinado (Webster, G. y Bowen, J. 2002).

2.4.4 Adulto mayor.



La Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, adoptó la definición de ancianos como la población de 60 años y más. Posteriormente se nombra a este grupo de edad como el de "adulto mayor".

2.4.5 Mini Mental Test.

En cuanto a la detección de demencia el Mini Mental Test constituye un test muy sensible aunque menos específico. Se describe una sensibilidad del 100% para demencia, con una especificidad del 78% y un valor predictivo positivo del 15% (Folstein, M., Folstein, S. y McHug, P. 1975).

2.5 Operacionalización de variables.

VARIABLE	INDICADOR	ESCALAS
Edad	Toda persona mayor de 60 años de edad cumplidos al momento de la investigación, a partir de la cual se clasificaron los sujetos en cinco grupos previamente definidos.	60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años >80 años
Sexo	Según sexo biológico.	Femenino Masculino
Nivel de educación	Se considera analfabeta si el adulto refiere no cursó estudios; primaria completa si aprobó 6to grado; secundaria completa si aprobó 9no grado; técnico si aprobó una carrera técnica y universitaria si obtuvo algún título universitario.	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Técnica Universitaria
Convivencia familiar	Se considera según el paciente refiera si vive solo (sin pareja ni familiar y/o amigo) o acompañado.	Vive solo Vive acompañado



Hábitos	Se considera todo consumo de alcohol, y/o hábito de fumar.	Alcohol Tabáquicos
Antecedentes familiares de demencia	Todo familiar de primer grado con demencia.	Si No
Antecedentes personales	Hipertensión Arterial (HTA). Diabetes Mellitus (DM). Enfermedad Cerebrovascular (EVC). Infarto de Miocardio (IM). Enfermedad Renal Crónica (ERC). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Depresión. Dislipidemia. Enfermedad de Parkinson.	HTA: Si___ No__ DM: Si___ No__ EVC: Si___ No__ IM: Si___ No__ ERC: Si___ No__ EPOC: Si___ No__ D: Si___ No__ DL: Si___ No__ EP: Si___ No__



CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Esta investigación tiene carácter descriptivo, porque determina la situación de las demencias en la comunidad de “Agosto Méndez”, justificando la investigación en función de los objetivos propuestos.

La investigación es transversal, no experimental, porque no se va a provocar el fenómeno, debido a que solo se espera determinar la prevalencia de demencia, y factores condicionantes, en el sector “Agosto Méndez” en Ciudad Bolívar.

Desde esta perspectiva, el diseño de la investigación según el marco donde se desarrolle, es de campo, debido a que se realiza la observación directamente a los sujetos objetos del estudio en su ambiente, en tal sentido, su finalidad es considerada básica, debido que el fin es instaurar medidas adecuadas para la prevención de la patología en estudio, puede asumirse al respecto, según su alcance temporal, que es transversal (seccional), referido al estudio.

Este tipo de investigación se desarrolla en una comunidad donde nunca antes se había analizado el problema de las demencias, que cuenta con aproximadamente 50 años de fundada y en ella existe una unidad académica de la Universidad de Oriente que es el departamento de Salud Pública, el cual ha impulsado este tipo de investigación comunitaria.



3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Tamayo (1997), define la población como “personas o elementos cuya situación se está estudiando”.

Conviene destacar al respecto, que para Polit y Hungler (2000), el término población denota “el conjunto o totalidad de los objetos, sujetos o miembros que cumplen con un conjunto determinado de especificaciones”. La población en este estudio fue heterogénea, ya que estuvo conformada por adultos mayores habitantes del sector “Agosto Méndez”. En la cual se realizó esta investigación constituyendo un sector amplio y representativo de la ciudad, que por tener una fecha de fundación de más de 50 años, cuenta con un número importante de adultos mayores.

3.2.2 Muestra

Tamayo (1997), define la muestra como “la parte representativa de la población que se investiga” o el subconjunto de la población que se ha tomado para realizar el estudio.

Esta investigación se lleva a cabo en el sector “Agosto Méndez”, Parroquia “La Sabanita” en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Es un sector fundado el 22 de mayo de 1964, con 190 casas. Ubicado al Noreste del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Oriente. Según censo realizado por el equipo de salud del ambulatorio “La Sabanita” en el año 2004 la población mayor de 65 años era de 564 en la mencionada parroquia. En investigación realizada por Cifuentes, Landaeta y Rodríguez (2006) de un total de 840 habitantes del sector “Agosto Méndez”, reportaron 72 adultos mayores de 60 años. Actualmente, el sector cuenta con 210



casas, habitadas en casi su totalidad. Para la selección de la muestra se visitó casa por casa contactando todos los adultos mayores de 60 años de la población “Agosto Méndez”, se censaron 98 adultos mayores de 60 años, es decir se trabajó con una muestra total o población censada. Todos aceptaron participar en la investigación, a los que se les aplicó el instrumento para determinar la presencia de demencia, previo consentimiento informado y firmado por el participante y/o familiar representante, siendo considerados sólo los adultos mayores que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- No tener diagnóstico de depresión.
- 2.- Ausencia de incapacidad motora.

De esa manera la muestra objeto de esta investigación quedó constituido por 98 participantes.

3.3 Técnica y Procedimiento para la Recolección de los Datos

3.3.1 Técnica de recolección de datos

La recopilación de los datos objeto de estudio se hizo a través un protocolo diseñado por el investigador. Dicho protocolo permitió obtener los datos necesarios para determinar la prevalencia de demencia en la población de “Agosto Méndez”. Durante el período comprendido entre julio 2009 - noviembre 2009. Este protocolo fue administrado por el investigador, en lenguaje sencillo y a cualquier hora del día.

3.3.2 Procedimiento para la recolección de los Datos

Se aplicó el protocolo a todo adulto mayor contactado casa por casa de dicha población y se procedió a desglosar la información en los siguientes apartados:



Primera parte.- Datos demográficos: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil.

Segunda parte.- Factores de riesgo vascular: antecedentes personales y familiares, y hábitos psicobiológicos.

Tercera parte.- Valoración cognitiva. Se practicó para la determinación del estado mental, el Mini Mental Test de Folstein. El cual se divide en dos secciones, la primera que requiere solo respuestas verbales por parte del paciente, abarca orientación, memoria y atención; siendo el puntaje máximo 21. La segunda parte del test permite seguir comandos verbales, escribir oraciones y copiar polígonos complejos, siendo el máximo puntaje 9, para un total de 30 puntos. Para el diagnóstico de demencia se acordó la siguiente puntuación:

Demencia severa	≤ 10 puntos
Demencia moderada	11 – 20 puntos
Demencia leve	21 – 23 puntos
Normal	24 – 30 puntos.

Todos los datos recogidos en este protocolo fueron analizados y corregidos por expertos en Epidemiología, Estadística y Geriátrica, de manera de validar la información.

3.4 Técnica de análisis de los datos

La elaboración, clasificación y presentación de los datos se hizo en cuadros de dos y tres entradas en distribución de frecuencia y datos de asociación, en escala cualitativa y cuantitativa, con valores absolutos y porcentuales.



RESULTADOS

**Cuadro 1****Características sociodemográficas de los adultos mayores. Sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.**

Características	N	%
Total	98	100
Sexo		
Masculino	36	36,73
Femenino	62	63,27
Edad (años)		
60-64	23	23,47
65-69	29	29,59
70-74	26	26,53
75-79	7	7,14
≥80	13	13,27
Estado civil		
Casado	39	39,80
Soltero	21	21,43
Divorciado	4	4,08
Concubino	1	1,02
Viudo	33	33,67
Escolaridad		
Analfabeta	0	0,00
Primaria incompleta	19	19,39
Primaria completa	23	23,47
Secundaria incompleta	12	12,24
Secundaria completa	24	24,49
Técnica	8	8,17
Universitaria	12	12,24

Descripción:

- El 46,94% correspondió al grupo etario mayor de 70 años (n= 46).
- La mayoría (57,14%) cursaron estudios secundarios.

**Cuadro 2**

Distribución de la población estudiada según edad y sexo. Sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

Sexo	Edad (años)					Total
	60-64	65-69	70-74	75-79	>80	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Masculino	6(6,13)	11(11,22)	11(11,22)	2(2,04)	6(6,12)	36(36,73)
Femenino	17(17,34)	18(18,37)	15(15,31)	5(5,10)	7(7,15)	62(63,27)
Total	23 (23,47)	29(29,59)	26(26,53)	7(7,14)	13(13,27)	98(100)

Descripción:

- Se observó que el 63,27% de la población estudiada correspondió al sexo femenino; con mayor población los grupos de edad de 65-69 (18,37%), seguido con el 17,34% de mujeres entre 60 a 64 años y 15,31% de 70 a 74 años.
- En el sexo masculino los grupos de edad, con mayor población correspondió a 65-69 años y 70-74 con el 11,22%, respectivamente.



Cuadro 3

Distribución de la población estudiada según edad y escolaridad. Sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

Escolaridad	Edad (años)					Total
	60-64	65-69	70-74	75-79	≥80	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Analfabeta	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)
Primaria incompleta	1(1,02)	3(3,07)	8(8,16)	2(2,04)	5(5,10)	19(19,39)
Primaria completa	4(4,08)	6(6,12)	5(5,10)	4(4,08)	4(4,08)	23(23,47)
Secundaria incompleta	4(4,08)	5(5,10)	3(3,07)	0(0,00)	0(0,00)	12(12,24)
Secundaria completa	5(5,10)	10(10,20)	6(6,12)	1(1,02)	2(2,04)	24(24,49)
Técnica	6(6,12)	1(1,02)	0(0,00)	0(0,00)	1(1,02)	8(8,17)
Universitaria	3(3,07)	4(4,08)	4(4,08)	0(0,00)	1(1,02)	12(12,24)
Total	23(23,47)	29(29,59)	26(26,53)	7(7,14)	13(13,27)	98(100)

Descripción:

- No se encontró analfabetas.
- 19 cursaron primaria incompleta (19,39%), 23 habían completado primaria (23,47%), 24 eran bachilleres (24,49%) y 12 tenían título universitario (12,24%).

**Cuadro 4**

Distribución de la población estudiada según sexo y estado civil. Sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

Estado civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Casado	22	(22,45)	17	(17,35)	39	(39,80)
Viudo	8	(8,16)	25	(25,51)	33	(33,67)
Soltero	5	(5,10)	16	(16,33)	21	(21,43)
Divorciado	0	(0,00)	4	(4,08)	4	(4,08)
Concubino	1	(1,02)	0	(0,00)	1	(1,02)
Total	36	(36,73)	62	(63,27)	98	(100,00)

Análisis descriptivo:

- Con respecto al estado civil 39,8% (n= 39) de los adultos mayores son casados.
- 33,67% son viudos (n=33).

**Cuadro 5**

Distribución de la población estudiada según sexo y convivencia familiar. Sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
Convivencia	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Vive solo	0	(0,00)	1	(1,02)	1	(1,02)
Acompañado	36	(36,73)	61	(62,25)	97	(98,98)
Total	36	(36,73)	62	(63,27)	98	(100,00)

Descripción:

- 62,25% de la población femenina vive acompañada con respecto al 36,73% de los hombres.
- Se encontró que 1,02% (n=1) vive solo.

**Cuadro 6**

Distribución de los ancianos estudiados por edad y sexo según Minimental Test. Sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

Grupo de edad	Estado Mental			
	Normal (≥ 24 puntos)		Demencia (< 24 puntos)	
	Masculino N (%)	Femenino N (%)	Masculino N (%)	Femenino N (%)
60-64	6 (6,12)	17 (17,34)		0(0,00)
65-69	11(11,22)	18 (18,36)		0(0,00)
70-74	11(11,22)	13 (13,29)	0 (0,00)	2(2,04)
75-79	2 (2,04)	4 (4,08)	0 (0,00)	1(1,02)
≥ 80	6 (6,12)	6 (6,12)	0 (0,00)	1(1,02)
Total	36 (36,73)	58 (59,19)	0(0,00)	4(4,08)

Descripción:

- Se observó que el 4,08% de la población estudiada obtuvo un puntaje menor de 24 puntos en el Minimental Test.



Cuadro 7

Características sociodemográficas de los adultos mayores con demencia. Sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

Características	Demencia		
	Leve (21-23 puntos)	Moderada (20-11 puntos)	Severa (≤10 puntos)
Sexo			
Masculino	0	0	
Femenino	3	1	0
Edad			
70-74	2		
75-79	1		
≥80	0	1	0
Escolaridad			
PI	2	1	
PC	1		0
Estado civil			
Soltero	1		
Casado	1		
Viudo	1	1	0
Modo de vida			
Vive solo	1	0	
Acompañado	2	1	0
Hábitos			
Tabáquicos	0	0	0
Alcohol	0	0	0
Comorbilidad			
HTA	2		
DL	1		
Ninguna	1	1	0

PI= primaria incompleta. PC= primaria completa.

HTA= hipertensión arterial. DL= dislipidemia.



DISCUSIÓN

En este estudio se determinó la prevalencia de demencia en adultos mayores del sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, 2009.

La forma como se distribuyó a los adultos mayores en este estudio mostró un comportamiento universal, ya que la mayor parte se ubica en los primeros quinquenios a partir de los 60 años de edad, siendo estos grupos los que más acuden a atención médica refiriendo quejas sobre su memoria. Cabe destacar el importante número de personas de 80 años o más, reportadas en este estudio, coincidiendo esto con la literatura que refiere que este grupo de edad experimenta el crecimiento más rápido en el mundo (Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinman, A. 1997). Se encontró una diferencia importante entre el número de mujeres (62) y hombres (36), lo cual podría explicarse por la longevidad del sexo femenino, como lo describen Rocabruno y Prieto (1999) y Vaqué y Vilardell (1999).

La prevalencia obtenida de demencia (4,08%) coincide con estudios internacionales previos, como el de Ketzoian y otros (1997), que reportaron una prevalencia de 4,03% en una población de Uruguay. Pérez, Castillo, Raiteri, Roselló, Pérez, J. y Gómez (1993) en un estudio de prevalencia de demencia, realizado en el municipio Habana Vieja señalan que entre el 4,0 y el 5,0% de las personas mayores de 65 años tienen demencia y esta cifra se incrementa hasta el 10%.

Según la edad, los adultos mayores con demencia en la población estudiada se encontró en el grupo etario mayor de 70 años, observándose que la prevalencia aumenta a medida que aumenta la edad, como es referido en la literatura. Los resultados de este estudio mostraron totalidad del sexo femenino en los adultos



mayores con demencia, lo cual difiere con lo comunicado en otros estudios realizados con las mismas características de este estudio, como son el de Gómez, Bonnin, Gómez, M., Yáñez y González (2003); Arizaga, Gorgoza, Allegri, Baumann, Morales, Harris, y Pallo (2005) y Alanís y otros (2008) donde reportan una frecuencia similar en ambos sexos.

En relación a la educación, el efecto que tiene ésta sobre la aparición de demencia se evidenció que el porcentaje de adultos mayores con demencia tienen nivel de escolaridad primaria y pertenecen al grupo de 70 años de edad y más; confirmando que la edad y escolaridad son factores que generan la aparición de los síntomas de la demencia, señalado esto en la literatura internacional. Comparado este estudio con el realizado por el Grupo 10/66 en Venezuela, coincide en que la mayoría de las personas con demencia tienen solo instrucción primaria.

En este estudio no es significativo el porcentaje de adulto mayor con demencia cuyo modo de vida es vivir solo. Esto contrasta con lo mencionado en diferentes estudios donde se asocia el ser soltero, divorciado o viudo con mayor comorbilidad psiquiátrica; Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berríos (2005) consideran que esto se debe a que quienes viven sin pareja no necesariamente viven solos, y el vínculo con sus familiares podría ser un factor protector. Salas, A. (2007) señala en nota de prensa, que uno de los datos encontrados en el estudio realizado en Venezuela, es precisamente, que la mayoría de las personas con demencia son viudas, divorciadas o solteras.

Con respecto a los factores de riesgo vascular, la hipertensión arterial se observó con mayor prevalencia en estos pacientes con demencia, lo que coincide con estudios como el de Segura y Jurado (2009) donde al comparar personas mayores de 65 años diagnosticados de hipertensión arterial con personas de las mismas edades



normotensos, observaron que los hipertensos tienden a rendir peor en todas las pruebas neuropsicológicas.



CONCLUSIONES

En este estudio donde se determinó la prevalencia de demencia en 98 adultos mayores del sector “Agosto Méndez”, Parroquia La Sabanita, de cuyos resultados se puede concluir:

- La prevalencia de demencia en los adultos mayores de la comunidad en estudio fue 4,08%.
- La mayor edad y la baja escolaridad correlacionan con mayor prevalencia de demencia.
- El vivir solo o no contar con familiares condiciona la aparición de síntomas de demencia.
- No hubo antecedente familiar con demencia.
- La demencia leve prevaleció en el sector “Agosto Méndez”.



RECOMENDACIONES

Construir un espacio de reflexión ciudadana a fin de influir sobre políticas sanitarias y educativas dirigidas a contrarrestar los estigmas sobre el envejecimiento, con la participación de todos hacia la viabilidad de propuestas específicas como:

- Mejorar la calidad asistencial realizando de forma periódica un seguimiento de las capacidades cognitivas, como parte integral de la atención del adulto mayor y así identificar demencia, para brindar su diagnóstico, estudio y tratamiento precoz, a fin de no ignorar o subdiagnosticar la enfermedad.
- Es prioritario identificar los factores de riesgo de demencia en la población, para lograr una asistencia integral, así como la educación al paciente, al cuidador y a la familia.
- Que estos primeros resultados animen a continuar desarrollando estas investigaciones, intentando contactar la mayoría de los adultos mayores de otras comunidades para así realizar estudios comparativos.



REFERENCIAS

- Alanís, G., Garza, J. y González, A. (2008). *Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos*. Revista médica del Instituto Mexicano de seguro social, 46(1):27-32.
- Alberca, R. y López, S. (2006). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. España: Médica Panamericana. Tercera edición.
- Álvarez, B. (2004). *Aspectos históricos de las demencias* [Documento en línea]. Disponible: <http://www.geriatrianet.com>. [Consulta: 2009, Enero 9].
- Arizaga, R., Gorgoza, R., Allegri, R., Baumann, D., Morales, M., Harris, P. y et al. (2005). *Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina)*. Revista neurológica Argentina; 30: 83-90.
- Berchtold, N. (1998). *Evolution in the Conceptualization of Dementia and Alzheimer's Disease: Greco-Roman Period to the 1960s*. Neurobiology Aging; 19(3):173-189.
- Bermejo, F., Floriach, R. y Muñoz, D. (2003). *Enfermedad de Alzheimer. Concepto y manifestaciones clínicas*. [Libro en línea]. Ediciones Díaz de Santos. Disponible: <http://books.google.co.ve/booksdemencia/index.htm>. [Consulta: 2008, Noviembre 25].
- Boletín, Grupo 10/66. (2007, Marzo 1). *Dementia Research Group is part of Alzheimer's Disease International*. [Documento en línea]. Disponible: www.alz.co.uk/1066. [Consulta: 2009, Julio 6].
- Casabella, A. (1999). *Demencias* [Documento en línea]. En: Apuntes de neurología. Disponible: <http://www.infodoctor.org/neuro/cap8.htm>. [Consulta: 2008, Septiembre 7].
- Cifuentes, M., Landaeta, W. y Rodríguez, R. (2006). *Características epidemiológicas de Adultos Mayores del Sector "Agosto Méndez"*. Trabajo no publicado, Universidad de Oriente, Bolívar.
- De La Vega, R. y Zambrano, A. (2007). *Las demencias* [Documento en línea]. En La Circunvalación del hipocampo. Disponible: <http://www.hipocampo.org/menudemencias.asp>. [Consulta: 2008, Octubre



18].

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. y Kleinmam, A. (1997). *Salud mental en el mundo*. Organización Panamericana de la Salud.

Farlow, M. (2007). *Alzheimer's disease*. En: Miller, A., Marra, C., Williams, M., y et al. *Dementia* [Libro en línea]. Disponible: http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complette/dementia/index.htm. [Consulta: 2009, Marzo 27].

Farreras, R. (2000). *Medicina Interna*. España: Harcourt, S.A. 14ª edición.

Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M. y et al. (2008). *Prevalencia de demencia en América Latina, India y China*. En: The Lancet [Revista en línea] Disponible: <http://www.lancet.com> [Consulta: 2009, Enero 6].

Folstein, M., Folstein, S. y McHug, P. (1975). *Mini-Mental State: A practical meted for grading the cognitive state of patients for clinician*. J Psychiatr Res; 12:189-198.

Franco, J., Gómez, P., Ocampo, M., Vargas, A. y Berríos D. (2005). *Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos*. Revista médica colombiana, 36:186-193.

Gil, P. y Martín, J. (2006). *Tratado de geriatría para residentes*. España: International Marketing & Communication, S.A.

Gómez, N., Matos, J., Arias, W. y González, A. (2004). *Utilidad del Mini mental State de Folstein en el diagnóstico diferencial de la demencia de Alzheimer, demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson*. Revista Médica Cubana 43(1):1-8.

Gómez, N., Bonnin, B., Gómez, M., Yanez, B. y González, A. (2003). *Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo*. [Documento en línea]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/med02103.pdf [Consulta: 2008, Noviembre 29].

Henderson, A. (1998). *Dementia: A world mental health situation report*. Ginebra, Division of Mental Health, Organización Mundial de la Salud.



- Hernández, J. (2007). *Estudio confirma altas cifras de demencias en población venezolana*. [Nota de prensa]. Disponible: www-alzheimer-org-ve. [Consulta: 2009, Julio 9].
- Herrera, E., Caramelli, P., Barreiros, A. y Nitri, R. (2002). *Epidemiologic survey of dementia in a communitydwelling Brazilian population*. *Alzheimer Disease Association Disorden*; 16:103-8.
- Hesse, H. (2009). *Prevalencia de demencia en población general: Una revisión*. *Revista médica hondureña*; 77(1):29-34.
- Ketzoian, C., Rega, I. y Caseres, R. (1997). *Estudio de prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población del Uruguay*. *La Prensa Médica Uruguaya*; 17:9-26.
- Kukull, W. y Bowen, J. (2002). *Clínicas Médicas de Norteamérica. Demencia*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Llibre, J., Guerra, M., Pérez, H., Bayarre, H., Fernández, S., Gonzales, M. y et al. (1999). *Dementia syndrome and risk factors in adults older than 60 years old residing in Habana*. *Revista de Neurología*; 29:908-911.
- López, S., Garre, J., Monserrat, S., Boada, T., Aguilar, M., Terraga, L. y et al. (2006). *Propuesta para un registro clínico de demencias*. *Revista de neurología*; 43(1):32-38.
- López, J., Cano, C. y Gómez, J. (2006). *Geriatría*. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Luchsinger, J., Tan, S. y Mayeux, R. (2004). *Alcohol intake and risk of dementia*. *Journal of the American Geriatrics Society* 52: 540-546.
- Marín, P. (2006). *Geriatría y Gerontología*. Chile: Universidad Católica.
- Martínez, J. (1998). *Demencia: historia y concepto*. España: Panamericana.
- Mazzei, J. (1996). *Demencias. Aspectos básicos*. Caracas: Italgráfica S.A.



- Méndez, C. (2002, Mayo). *Demencias* [Documento en línea]. En: Manual Terapéutico del Anciano. Disponible: <http://clientes.spainconsulting.com/sefh/manuales/manualterapeutico/demencia/demencia.html>. [Consulta: 2008, Noviembre 29].
- Millán, J. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. España: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Navarrete, H. y Rodríguez, I. (2003). *La demencia, ¿subdiagnosticada o ignorada?* Revista Mexicana de Neurocirugía 4(1):11-12.
- Peña, J., Tardón, A., Menéndez, I. y Blázquez, B. (2000). *Prevalencia de demencia en población mayor de 80 años en el municipio de Oviedo*. Psicothema; 12(2):431-437.
- Pérez, J. (2004). *Diagnóstico diferencial y tratamiento de las demencias (síndrome de deterioro intelectual)*. En: Memorias del XXVII Congreso Nacional de Medicina Interna, 15 al 20 de noviembre de 2004, Center, Veracruz, México.
- Pérez, O., Castillo, V., Raiteri, J., Roselló, H., Pérez, J. y Gómez, N. (1993). *Prevalencia de demencia en la población geriátrica de la Habana Vieja*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.geriatrianet.com>. [Consulta: 2009, Diciembre 1].
- Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (1982, Julio 26). *Esferas de preocupación* [Datos en línea]. En Naciones Unidas. Disponible: <http://www.mtas.es/es/publica/revista/numeros/42/Docu2.pdf> [Consulta: 2009, Septiembre 29].
- Quiroga, P. y Rohde, G. (2002). *Psicogeriatría*. Chile: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Regalado, P., Azpiazu, P., Sánchez, L., y Almenar, C. (2009). *Factores de riesgo vascular y enfermedad de Alzheimer*. Revista Española de Geriatría y Gerontología [Revista en línea]. Disponible: <http://www.elsevier.es/regg>. [Consulta: 2009, Mayo 7].
- Robles A. y Alom, J. (2002). Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. *Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer*. Neurología; 17(1):17-32.



- Rocabruno, M. y Prieto, R. (1992). *Envejecimiento de la población mundial, un nuevo desafío*. En: Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Rocha, G., Arévalo, M., Céspedes, M. y Aguilar, J. (2006). *Demencia*. Revista papeña de medicina familiar; 3(4):58-61.
- Rodríguez, R. y Lazcano, G. (2007). *Práctica de la geriatría*. México: McGrw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Salas, A. (2007). *Bajo nivel educativo aumenta riesgo de sufrir demencia*. El Universal. [Periódico en línea]. Disponible: <http://el-universal.com> [Consulta: 2009, Junio 29].
- Salas, A. (2007). *No contar con pareja o familia acelera el deterioro de personas con demencias*. El Nacional. [Periódico en línea]. Disponible: <http://elnacional.com> [Consulta: 2009, Julio 9].
- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (2002, Abril 8). *Una sociedad para todas las edades* [Datos en línea]. En Naciones Unidas. Disponible: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>. [Consulta: 2008, Septiembre 9].
- Segura, B. y Jurado, M. (2009). *Síndrome metabólico y envejecimiento: déficit cognitivo y alteraciones estructurales del sistema nervioso central*. Revista de neurología [Revista en línea]. Disponible: <http://www.elsevier.es/regg>. [Consulta: 2009, Julio 7].
- Selgado, A. (2001). *El Estado Mental del Anciano: Pruebas de valoración cognitiva*. España: Valle de Hebron.
- Toro, R. y Yepes, R. (2004). *Psiquiatría*. Colombia: Fundamentos de medicina.
- Vaqué, J. y Vilardell, T. *Promoción de salud y estrategias preventivas en las personas mayores*. Revista médica. [Revista en línea]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi01106.htm. [Consulta: 2009, Julio 9].
- Webster, G. y Bowen, J. (2002). *Clínicas médicas de Norteamérica. Epidemiología de la demencia*. México: McGrw-Hill Interamericana Editores, S.A.



APENDICE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Gracias por participar en este estudio de investigación. Todas sus respuestas son anónimas. A través de su consentimiento, Usted acepta que:

- Su participación es totalmente voluntaria, pudiendo aceptar o rechazar el presente documento.
- El uso de los datos para fines científicos no le significara ningún tipo de retribución económica.
- Se resguardará su identidad y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos personales.
- Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato de los participantes.

PARTICIPAR

NO QUIERO PARTICIPAR

INSTRUMENTO

Nombres y apellidos _____ Sexo ____ Edad _____

Nivel de educación: Analfabeta _____
 Primaria incompleta _____
 Primaria completa _____
 Secundaria incompleta _____
 Secundaria completa _____
 Técnica _____
 Universitaria _____

Estado Civil: Soltero _____
 Casado _____
 Concubino _____
 Divorciado _____
 Viudo _____

Hábitos: Alcoholicos _____
 Tabaquicos _____

Modo de vida: Vive solo _____ Acompañado _____

Antecedentes familiares de demencia: Si _____ No _____

Antecedentes personales: HTA _____ ERC _____ Depresión _____
 DM _____ EPOC _____ Dislipidemia _____
 EVC _____ TCE _____ Enfermedad tiroidea _____
 IM _____ Ca _____ Enf. de Parkinson _____

Puntuación del MMSE: Orientación temporal _____
 Orientación Espacial _____
 Fijación _____
 Atención/cálculo _____
 Recuerdo diferido _____
 Lenguaje _____

Total _____



ANEXOS

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	PREVALENCIA DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES. SECTOR “AGOSTO MÉNDEZ”, PARROQUIA “LA SABANITA”. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. NOVIEMBRE 2008-2009.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Rodríguez Maita, Siria del Valle	CVLAC: 9429134 E MAIL: srparaguachi

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Adulto mayor

Demencia

Prevalencia

Minimental test.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Geriatría	

RESUMEN (ABSTRACT):

El incremento en la expectativa de vida de la población ha originado aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, como la demencia, siendo ésta la primera causa de incapacidad en el adulto mayor, afecta su calidad de vida, y genera elevados costos para la familia y la sociedad. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, desde noviembre 2008 hasta noviembre 2009, en el cual se aplicó un instrumento a 98 personas mayores de 60 años de edad, residentes del sector “Agosto Méndez”, Ciudad Bolívar, para determinar la prevalencia de demencia. Se encontró una prevalencia de demencia de 4,08%, siendo el grupo de edad mayor de 70 años el afectado (8,7%), predominó el nivel de escolaridad primario incompleto (75%). La hipertensión arterial fue el factor de riesgo mayormente detectado (50%). La demencia leve fue predominante con el 75%. Se concluyó que la prevalencia de demencia aumenta con la edad, siendo la educación deficiente el factor más relacionado con la aparición de los síntomas.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Marcano, Milda	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC:	4.510.478			
	E_MAIL	Mirna_marcano@hotmail.com			
	E_MAIL				
Martínez, Pedro	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC:	8.919.097			
	E_MAIL	pedromartinez@hotmail.com			
	E_MAIL				
Marín, Abigail	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	1.325.797			
	E_MAIL	abigailmarinmd@hotmail.com			
	E_MAIL				
Galindo, Miriam	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	10.049.130			
	E_MAIL	miriamgeriatric@hotmail.cpm			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	12	17
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesisprevalenciadedemencia	.doc/word

ALCANCE

ESPACIAL: Urb. Agosto Méndez – Municipio Heres – Ciudad Bolívar

TEMPORAL: 10 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Especialista en Geriátría y Gerontología

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Postgrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Geriátría

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado “Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario.


DRA. SIRIA RODRIGUEZ

AUTOR


DRA. MILDA MARCANO

TUTORA


DR. PEDRO MARTINEZ

TUTOR


DRA. MIRIAM GALINDO

JURADO


DR. MARIN VELASQUEZ

JURADO



POR LA COORDINACION DE POSTGRADO

