

Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(3-4)

Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial

[César Martínez Querol,¹ Víctor T. Pérez Martínez,² Mariola Carballo Pérez³ y Gelsis Varona Herrera⁴](#)

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con la población geriátrica del policlínico “Ana Betancourt”, del municipio Playa, de la cual se seleccionan los 2 139 adultos mayores de 65 años y más. Se utilizaron encuestas que recogen sus datos generales, y se les aplicaron 2 instrumentos para medir su capacidad cognitiva: el *Mini- Mental Status Examination* o *Test de Folstein* y la escala de clasificación clínica de las demencias (*Scale Rating Dementia*). En una segunda fase de la investigación aplicamos una encuesta socio demográfica a los casos que en la primera fase se concluyeron como *posibles demencias*, utilizándose los criterios diagnósticos del DSM-IV para la demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, y los criterios resumidos del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (NINCDS-ADRDA). Se encontró una cantidad ascendente a 116 ancianos con síndrome demencial, lo que constituye una prevalencia de un 5,42 %, y fue la enfermedad de Alzheimer la causa más frecuente con 81 pacientes (70 %). Prevalció la forma clínica ligera, y el grupo de edades más afectado fue el de 80 a 84 años. Predominó en los ancianos con menor nivel intelectual y de la raza blanca.

Palabras clave: Capacidad, cognitiva, demencia, Alzheimer, prevalencia, criterios.

Pocos temas en la literatura médica han sufrido cambios conceptuales, etiológicos, patológicos y de pronóstico tan importantes en las últimas décadas como el síndrome demencial.¹

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas, la memoria, la orientación, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el juicio, etc. Se acompaña de deterioro en el control emocional, en el comportamiento social o de la motivación, y ese deterioro debe ser suficiente como para interferir en las actividades cotidianas del enfermo, y en su funcionamiento social y ocupacional. La conciencia permanece clara.²

La demencia senil es reconocida actualmente como una entidad mayor en el orden geriátrico, psiquiátrico, epidemiológico, sociológico y económico, particularmente en los países desarrollados, en los cuales las personas mayores de 60 años representan no menos del 10 % de la población total.³

La demencia de Alzheimer afecta a más de 6 millones de personas en Norteamérica, 5 millones en Europa, entre 8 y 10 millones en Asia y 1,5 millones en América del Sur, con una prevalencia media del 3 al 15 % en mayores de 65 años y una incidencia del 0,3 al 0,7 % anual.⁴ En EE.UU. de los 30 millones de personas que superan los 60 años, 6 millones padecen esta enfermedad, estimándose que aumentará hasta 14 millones en un plazo de 40 años.⁵

Consideramos que existe un grado no despreciable de subregistro para el diagnóstico de demencia, y teniendo en cuenta que la prevención primaria tiene perspectivas reales de contribuir a la promoción de una excelente calidad de vida y al mantenimiento del funcionamiento de la llamada tercera edad, nos sentimos motivados por conocer la prevalencia de los trastornos cognitivos en este grupo de edades, y por ello nos decidimos a realizar la presente investigación.⁶

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con los ancianos de 65 años y más del policlínico “Ana Betancourt” del municipio Playa. El universo de la investigación estuvo constituido por la totalidad de los adultos mayores que tuvieran 60 años y más, que son los que conforman la población geriátrica de este centro asistencial (3 140 pacientes). La muestra finalmente estuvo conformada por un total de 2 139, pues resultaron excluidos del estudio 1 001 basándonos en los criterios siguientes:

- La edad: se excluyeron 900 gerontes entre 60 y 64 años, ya que por consenso en los estudios de prevalencia del síndrome demencial no se tiene en cuenta este grupo de edades, porque la gran mayoría de los pacientes que se diagnostican se hallan en el grupo de 65 años y más.
- Adultos mayores con déficit de los órganos de los sentidos (sordos e hipoacúsicos, ciegos y débiles visuales) que interfiriera con la comprensión y ejecución adecuada de los instrumentos aplicados (se excluyeron por estas causas 27 ancianos).
- Ancianos con nivel de funcionamiento psicótico, retraso mental, etc. (17 ancianos).
- Aquellos que se negaron a cooperar con la investigación (no voluntariedad), que fueron en total 21.
- Los que en el momento de aplicar los instrumentos se hallaban fuera del municipio, la provincia o el país (36 ancianos).

A los restantes 2 139 ancianos de 65 años y más (la muestra), se les llenó una planilla-formulario o entrevista estructurada que recogía los datos generales del paciente, aplicándose 2 instrumentos: *Mini-Mental Status Examination* (MMSE) o *Test de Folstein* (MMSE de Folstein),⁷ que puntea las actividades cognitivas con un máximo de 30 puntos, y se estableció como cifra normal, para las personas que poseen enseñanza primaria o mayor que esta, 24 puntos o más, y para las que tienen menor nivel escolar, es decir, sin instrucción (SI) o enseñanza primaria sin terminar (PST), 17 puntos o más.

Asimismo, se les aplicó la escala de clasificación clínica de las demencias o *Scale Rating Demencia* (CDR),⁸ que clasifica los trastornos cognitivos en 5 grupos:

- senescentes normales o saludables (CDR 0).
- demencia cuestionable (CDR 0,5).
- demencia ligera (CDR 1).
- demencia moderada (CDR 2).
- demencia severa (CDR 3).

En la segunda etapa de la investigación se realizó una entrevista socio demográfica a los casos concluidos por los Médicos de Familia como posibles portadores de síndrome demencial, aplicándoseles los criterios diagnósticos del DSM-IV⁹ para la demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, y los criterios resumidos del NINCDS-ADRDA¹⁰ de la enfermedad de Alzheimer, así como los criterios diagnósticos para la demencia vascular y la escala isquémica de Hachinski (anexo), que permite diferenciar clínicamente la demencia en la enfermedad de Alzheimer de la vascular.

Instrumentos aplicados:

1. *Mini – Mental Status Examination* (MMSE) o *Test de Folstein*:⁷ prueba validada internacionalmente para el diagnóstico del deterioro cognoscitivo en cualquier persona. Asigna al paciente una puntuación en una escala cuantitativa ascendente. A menor puntuación, mayor será el deterioro cognoscitivo y viceversa. El total máximo de puntos es 30. Puntuaciones inferiores a 24 sugieren deterioro cognoscitivo.

2. *Scale Rating Demencia* (CDR),⁸ o escala de clasificación clínica de las demencias: explora la memoria, la orientación, el juicio, la solución de problemas, la función en la comunidad, el hogar, y los pasatiempos y cuidados personales.
3. *Escala isquémica de Hachinski*: prueba cuantitativa que explora las características de presentación del cuadro demencial. Se utilizó para diferenciar clínicamente la demencia en la enfermedad de Alzheimer de la vascular. Por encima de 7 puntos sugiere esta última demencia (anexo).

Delimitación y categorización de variables

Demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia alcohólica y demencia postraumática: todas fueron categorizadas utilizando los criterios para su diagnóstico reflejados en el DSM-IV⁹ y los criterios resumidos del NINCDS-ADRDA.¹⁰

Edad: se tomó en años cumplidos, creándose 8 categorías formadas por 7 grupos cerrados y 1 final abierto de la forma siguiente:

- De 65 a 69 años.
- De 70 a 74 años.
- De 75 a 79 años.
- De 80 a 84 años.
- De 85 a 89 años.
- De 90 a 94 años.
- De 95 a 99 años.
- De 100 y más años.

Sexo: se clasificó por el fenotipo del paciente (masculino o femenino).

Nivel o grado de escolaridad: fue establecido siguiendo la clasificación internacional estándar de educación (UNESCO, París de 1976), aunque en nuestro caso solo contemplamos 6 de los 7 niveles que establece esta, de la manera siguiente:

1. Sin instrucción (SI): constituidos por los iletrados.
2. Primaria sin terminar (PST).
3. Primaria terminada (PT).
4. Secundaria básica terminada (SBT).
5. Preuniversitario terminado (PUT).
6. Universitario terminado (UT).

Estado civil: lo contemplamos solo en 2 aspectos (con vínculo o sin vínculo conyugal).

Nivel ocupacional: fue contemplado solo en 2 aspectos (ocupado o desocupado).

Factores de riesgo individual: se consideran aquellos estados o condiciones que pudieran favorecer la presencia del síndrome

demencial (fundamentalmente de etiología vascular), utilizándose los criterios médicos habituales:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Hipertensión arterial.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Enfermedades del corazón (cardiopatía isquémica).
- Diabetes mellitus.
- Antecedentes familiares de demencia.

La información obtenida fue procesada de forma manual, y se volcó en tablas de trabajo. Se utilizó la estadística descriptiva, calculándose medidas de frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis de la información, en caso que se buscara asociación entre variables, se crearon tablas de contingencias de $R \times C$, en las cuales fue posible aplicar el estadígrafo de independencia χ^2 de *Pearson*. Se trabajó en un nivel de error tipo 1 ($\alpha = 0,05$), por lo que los resultados χ^2 se interpretaron como estadísticamente significativos, o sea, no dependientes del azar, cuando la probabilidad asociada a ese valor fuese menor que 0,05 ($p < 0,05$). En los casos que se consideró necesario se obtuvo un estimador de razón para esclarecer mejor los resultados.

La información se presenta en tablas de resultados que se analizaron según los objetivos propuestos, y se aplicó el método deductivo que nos permitió llegar a conclusiones.

Resultados

En el estudio realizado por nosotros detectamos un total de 116 ancianos con síndrome demencial, lo que representó el 5,42 % de la población de 65 y más años. El grupo de edades más afectado fue el de 80 a 84 años con 33 en total (28,4 %), seguido de los grupos de 70 a 74 y 75 a 79 años con 20 pacientes respectivamente (17,2 %). La prevalencia en el grupo de 65 a 79 años fue de un 3,18 % ($n = 1\ 696$), mientras que en el grupo de ancianos de 80 años y más ascendió al 14 % ($n = 443$). Con relación al sexo, nuestra casuística estuvo conformada por 89 mujeres (77 %) y 27 hombres (23 %) (tabla 1).

TABLA 1. Distribución de los ancianos con síndrome demencial por grupos de edades y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo femenino	Sexo masculino	Total	%
65-69	10	4	14	12,1 %
70-74	13	7	20	17,2 %
75-79	14	6	20	17,2 %
80-84	28	5	33	28,4 %
85-89	10	3	13	11,2 %
90-94	10	1	11	9,5 %

95-99	3	1	4	3,4 %
100 y más.	1	0	1	1,0 %
Total	89	27	116	100 %

Fuente: Investigación realizada.
(n= 116).

La demencia en la enfermedad de Alzheimer se presentó en 81 adultos mayores (69,8 %), seguida de la demencia vascular en 25 (21,6 %), la demencia en la enfermedad de Parkinson en 7 (6 %), la demencia alcohólica en 2 ancianos (1,7 %), y finalmente la demencia postraumática con 1 solo caso (0,9 %) (tabla 2).

TABLA 2. Causas del síndrome demencial

Causas	Sexo femenino	Sexo masculino	Total	%
Demencia por Alzheimer	64	17	81	69,8 %
Demencia vascular	21	4	25	21,6 %
Demencia por Parkinson	4	3	7	6,0 %
Demencia alcohólica	0	2	2	1,7 %
Demencia postraumática	0	1	1	0,9 %
Total	89	27	116	100 %

Fuente: Investigación realizada.
(n= 116)

Se detectaron 87 pacientes con demencia ligera (75 %), 13 con demencia moderada (11 %) y 16 con demencia severa (14 %). La prevalencia calculada con relación a la muestra (n= 2 139) fue de 4,1 % para la forma demencial ligera, y de aproximadamente 0,7 % para las formas moderada y severa. En cuanto al nivel de escolaridad lo más significativo fue que 33 casos (28,4 %) mostraron PST o SI, comprobándose que 27 de ellos (33,3 %) sufrían la enfermedad de Alzheimer (tabla 3).

TABLA 3. Relación entre grado de escolaridad alcanzado y tipo de demencia

Escolaridad	Demencia por Alzheimer	Demencia vascular	Demencia por Parkinson	Otras	Total

SI	4	2	0	0	6
PST	23	3	1	0	27
PT	30	12	2	1	45
SBT	7	2	1	1	11
PUT	12	1	1	1	15
UT	5	5	2	0	12
Total	81	25	7	3	116

Fuente: Investigación realizada.

En nuestro estudio constatamos que 75 ancianos (65 %) eran de la raza blanca, 23 (20 %) de la raza negra y solo 18 ancianos (15,5 %) eran mestizos, todos con un síndrome demencial. Del total de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer (n= 81), se apreció que 58 (72 %) eran blancos, 9 (11 %) de la raza negra y 14 (17 %) mestizos.

En los 116 pacientes diagnosticados con síndrome demencial, encontramos, entre los factores de riesgo más significativos que favorecen la aparición de dicho síndrome, el tabaquismo en 42 de ellos (36 %), la HTA en 30 (26 %), los accidentes vasculares cerebrales en 25 (22 %), las enfermedades del corazón en 19 (16 %), la diabetes mellitus en 11 (9,5 %) y el alcoholismo en solo 2 casos (1,7 %).

Acerca de los antecedentes familiares de demencia en el total de pacientes diagnosticados como tales (n= 116) se comprobó que en aquellos que presentaron demencia por la enfermedad de Alzheimer (n= 81), en 19 de ellos (24 %) hubo antecedentes familiares de una demencia similar en el padre, la madre, los abuelos o los hermanos; asimismo, entre los adultos mayores con demencia vascular (n= 25), en 4 de ellos (16 %) había antecedente familiar de demencia, y en los que padecían demencia por la enfermedad de Parkinson (n= 7), solo 4 de ellos (57 %) exhibían antecedentes familiares positivos de demencia (tabla 4).

TABLA 4. Comportamiento de los antecedentes familiares de demencia

Tipo de demencia	Padre	Madre	Abuelos	Hermanos	Total	No.	%
Demencia por Alzheimer	3	7	4	5	19	81	24 %
Demencia vascular	1	3	0	0	4	25	16 %
Demencia por Parkinson	1	1	1	1	4	7	57 %
Total	5	11	5	6	27		

Fuente: Investigación realizada.

En relación con el nivel ocupacional, solamente 4 pacientes (3,4 %) satisfacen la categoría de *ocupados*, mientras que 112 (96,6 %) son *desocupados*. El estado civil en 38 ancianos se caracterizó por la presencia del vínculo conyugal (33 %), mientras que 78 no lo

tenían (67 %).

Discusión

La prevalencia general del síndrome demencial fluctúa, de acuerdo con las estadísticas, entre el 4 y 6 % de los adultos de 65 años y más con marcada incapacidad (forma grave o severa), y entre un 10 y un 15 % si se incluyen las formas leve y moderada. Se registra un aumento exponencial de la incidencia en relación con la edad. El envejecimiento es un factor de riesgo establecido.¹¹

Publicaciones españolas^{12,13} destacan una prevalencia general que oscila entre 4,3 y 18,5 % de formas moderadas y graves relacionadas directamente con la edad (los menores de 65 años tienen entre 1 y 2 % de prevalencia, mientras que en los mayores de 80 es superior al 30 %). En una investigación realizada en la población de Baltimore se encontró una prevalencia de 4,5 % en personas de 65 años y más.¹⁴

El profesor *Llibre*, en estudios realizados en municipios seleccionados de las provincias Ciudad de La Habana y La Habana, halló una prevalencia del síndrome demencial y de la enfermedad de Alzheimer similar a la reportada por los países desarrollados.¹⁵

En Cuba, la prevalencia estimada de deterioro cognitivo y demencia en estudios realizados en la población mayor de 65 años, oscila entre el 7 y el 10 % (Guerra Hernández M, Llibre Rodríguez J. Prevalencia de la demencia en la población mayor de 65 años. Estudio realizado en el policlínico “Carlos J. Finlay”. Tesis de Grado. Ciudad de La Habana, 1990), (Martín Guerrero X, Rodríguez Rivera I. Síndrome demencial. Estudio en un área de salud de Santiago de las Vegas. Tesis de Grado. Hospital Militar “Carlos J. Finlay”, Ciudad de La Habana, 1990).

Por comunicación personal del doctor *Llibre* hemos podido saber que en reciente investigación realizada en nuestro municipio, aún no publicada, y en la que el equipo que realizó la presente tuvo participación directa, se encontró una prevalencia de un 9,2 % en el municipio Playa.

Diversas publicaciones señalan también que el síndrome demencial es más frecuente en el sexo femenino con una relación 2:1, y otros atribuyen estos resultados a la mayor expectativa de vida de las féminas. Se ha argumentado el papel de los estrógenos en mujeres posmenopáusicas.^{11,13,16}

La prevalencia encontrada en nuestra investigación es coherente con los reportes analizados, aunque nuestra área exhibe una prevalencia en el rango inferior de la media municipal ya señalada, e inclusive, de la nacional.

Inobjetablemente, la enfermedad de Alzheimer, predomina como causa del síndrome demencial en todos los estudios realizados, además de que se señala como el trastorno más frecuente de desorden mental en el mundo occidental. En general, las estadísticas revisadas oscilan entre el 40 y el 75 % para esta causa, y se ubica la demencia vascular en segundo lugar de frecuencia, con una prevalencia de entre el 20 y el 30 %, ¹¹⁻¹³ datos muy similares a los de nuestra investigación.

Estas frecuencias son las reportadas en el hemisferio occidental; en cambio, en un estudio realizado en Japón se encontró una frecuencia igual para la demencia tipo Alzheimer que para la demencia vascular en 200 pacientes a los que se le practicó necropsia.¹⁶ El grado de severidad encontrado en los estudios revisados^{11,13,16} reportan la forma ligera de demencia como predominante, igual a lo encontrado por nosotros.

Un estudio realizado en Róterdam, Holanda, en 1995, con 7 528 senescentes, reportó que la tercera parte de los ancianos con síndrome demencial eran severos.¹⁷ Prácticamente todos los estudios de prevalencia encuentran asociación significativa entre el bajo nivel educacional y la enfermedad de Alzheimer. El ya mencionado estudio en Róterdam, Holanda, corroboró esta asociación.¹³⁻¹⁷ También en nuestra investigación, en el grupo de ancianos con enfermedad de Alzheimer, se observó este fenómeno con igual comportamiento.

En relación con los factores étnicos, actualmente hay referencias que consideran a la raza negra como un posible factor protector contra la enfermedad de Alzheimer, basados en lo infrecuente de este trastorno en negros africanos.^{13,16,17} Nuestra casuística

exhibió un predominio de la raza blanca, tanto en el síndrome demencial en general, como en la demencia en la enfermedad de Alzheimer en particular.

La presencia de factores de riesgo vascular ha sido señalada, no solo en el síndrome demencial de probable origen vascular, sino que al parecer, dichos factores actúan como mecanismo aditivo en la enfermedad de Alzheimer, o facilitan el desarrollo de las lesiones patológicas mediante otro mecanismo de daño neuronal.¹⁵ En nuestro estudio, este hecho cobró significación discreta, aunque algunos de estos (tabaquismo y HTA) estuvieron presentes en un grupo de nuestros pacientes con síndrome demencial.

Hay publicaciones que señalan el hábito de fumar como un posible factor protector contra la enfermedad de Alzheimer.¹⁵ De acuerdo con un metaanálisis europeo aparece como un factor protector contra la demencia de forma estadísticamente significativa,¹⁶ siendo contradictoriamente relevante que este hábito tóxico fuera el que con más frecuencia practicaran nuestros pacientes con síndrome demencial.

La literatura especializada establece la incidencia familiar de la enfermedad de Alzheimer, y de hecho, la consideran como un factor de riesgo establecido, reportándose entre un 40 y un 50 %, y se constata un sensible aumento del riesgo (2 a 7 veces) de padecer enfermedad de Alzheimer entre los familiares de los pacientes con dicha enfermedad, sobre todo, en los casos que comienzan antes de los 70 años.^{16,18} Nosotros encontramos antecedentes familiares de demencia en 19 de los ancianos (24 %) con enfermedad de Alzheimer.

Conclusiones

Esta investigación corroboró que la prevalencia de síndrome demencial, y en particular de enfermedad de Alzheimer se incrementa con la edad, siendo significativamente más elevada en el sexo femenino y en la raza blanca. El predominio de la forma ligera también se puso ostensiblemente de manifiesto en nuestra casuística.

Nuestra realidad (la de esta área de salud) evidenció en este estudio cifras de prevalencia por debajo de la media municipal, e incluso de la nacional. Este estudio corroboró, además, que los síndromes demenciales, y en forma relevante, la enfermedad de Alzheimer, parecen tener relación inversa con el estatus educacional de los pacientes. Asimismo, pudimos constatar la frecuencia más elevada de síndromes demenciales en ancianos desocupados y sin vínculo conyugal.

El tabaquismo, señalado como un factor protector para la enfermedad de Alzheimer, fue contradictoriamente elevado en nuestros casos con síndrome demencial, por lo que deberá ser estudiado en futuras investigaciones. Igualmente, pudimos observar antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer (rango de factor de riesgo establecido) en una parte importante de nuestros pacientes.

Anexo

Escala isquémica de Hachinski

Características	Puntos
• Inicio abrupto	2
• Deterioro gradual	1
• Evolución fluctuante	2
• Confusión nocturna	1
• Conservación relativa de la personalidad	1

Depresión	1
• Quejas somáticas	1
• Incontinencia emocional (llanto incontenible)	1
• Antecedentes o presencia de hipertensión	1
• Antecedentes de AVE	2
• Datos de arteriosclerosis	1
• Signos neurológicos focales	2
• Síntomas neurológicos focales	2

Calificación:

4 puntos o más son indicativos de enfermedad de Alzheimer.

7 puntos o más sugieren demencia arteriosclerótica.

Total en el paciente: _____.

Tiempo aproximado de comienzo del síndrome demencial: _____.

Medicamentos que recibe al momento de la encuesta: _____.

Especificar antecedentes de interés (enfermedad cardiovascular, neurológica, renal, endocrina, digestiva, hematológica, respiratoria, psiquiátrica u otras):

_____.

Summary

Epidemiological and clinical study of demential syndrome

A descriptive cross sectional study was undertaken with the geriatric population of “Ana Betancourt” Polyclinic of Playa municipality. 2 139 older adults aged 65 and over were selected. Surveys were done to collect their general data and 2 tools were applied to measure their cognitive capacity: the Mini-Mental Status Examination or Folstein’s Test and the Scale Rating Dementia. In a second phase of the research, a sociodemographic survey was applied to the cases that during the first stage were concluded as possible dementias by using the diagnostic criteria of DSM-IV for Alzheimer primary degenerative dementia and the criteria summarized by the National Institute of Neurological Disorders of Communication and Cerebrovascular Accidents and by the Association for Alzheimer’s Disease and Related Disorders (NINCDS-ADRDA). The number of patients with demential syndrome amounted to 116 aged persons, accounting for a prevalence of 5.42 %. Alzheimer’s disease was the most frequent cause with 81 patients (70 %). There was a predominance of the mild clinical form and the age group 80-84 was the most affected. It prevailed among the white elderly with lower intellectual level.

Key words: Cognitive capacity, dementia, Alzheimer, prevalence, criteria.

Referencias bibliográficas

1. Ortín A. Conducta a seguir ante una demencia. Med Pract Clin Madrid, España, 1997;2:151-9.
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Atención primaria (DSM-IV-AP). Barcelona: Masson; 1997.
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Sem F y C). Demencias. Recomendaciones. Barcelona:

- Casanova; 1999.
4. Azcano A. Demencia senil tipo Alzheimer: conceptos actuales. Prensa Méd Argent, 1998;73:338.
 5. Selmes J, Antonie M. Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Meditor; 1996.
 6. Harris J. Ethical issues in geriatric medicine. En: Allis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC, eds. Brocklehurst textbook of geriatric medicine and gerontology 5ª. ed. Londres: Churchill. Livingstone; 1998. 1611-22.
 7. Folstein MF. Mini-mental status examination de Folstein (MMSE), 1975.
 8. First MB, Frances A, Alan H. Manual de diagnóstico diferencial del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1996.
 9. Hughes C. Scale rating demencia (CDR) o escala de clasificación internacional de las demencias; 1982.
 10. Mc Khan. Criterios resumidos del NINCDS-ADRDA; 1984. En: Tratado de Medicina Interna. (Farrera Rozman), Sección D Capítulo 195, 14ª Ed. Harcourt, España, 2000. CD.
 11. Roca GR, Smith SV, Paz PE, Losada GJ, Serret RB, Llamas SN et al. Temas de Medicina Interna. "Síndromes demenciales", T I, 4ª ed. Ciudad de La Habana, 2002.
 12. Altamir LR, Cervera AA, Cristofol AR, Gil GP, Ribera CJM. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico: En: Tratado de Medicina Interna. 14ª. ed. Barcelona: Harcourt; 2000.
 13. Bermejo FP. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas. En: Tratado de Medicina Interna. 14ª ed. Barcelona: Harcourt; 2000.
 14. Barry PP. Medical evaluation of demented patient. Med Clin North Am 1995;78:779-93.
 15. Llibre RJJ, Laucerique PT, Samper NJ, Guerra HM, Ballarré VH, Mustelier VY. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome demencial y enfermedad de Alzheimer en municipios seleccionados de las provincias Ciudad de La Habana y La Habana. Rev. Resúmenes Congreso Gerontovida 2002. 79-82.
 16. Issellbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En: Harrison . Principios de Medicina Interna. 13ª. ed. Interamericana; Mc Graw Hill. Washington. (Ed. en español) 1996, 865-9.
 17. Alewijn O, Monique MB, Fan VH, Jules FC, Tischa JM, Diederick EG, Hoffman A. Prevalencia de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular: asociación con la educación. El estudio Róterdam. Rev. British Medical Journal, Latinoamérica (Ed. en español). Vol III. Centroamérica y el Caribe III (1). 15-18; Jul-agosto 1995.
 18. López de MA. Epidemiología de las demencias. Rev Neurol. 25: Sociedad Catalana de Neurología. 1997:44-7.

Recibido: 7 de octubre de 2004. Aprobado: 1ro. de mayo de 2005.

Dr. César Martínez Querol. Calle 5ta.C No. 9011 entre 90 A y 92, Miramar, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ [Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Diplomado en Geriátría y Gerontología.-](#)

² [Especialista de I Grado en Psiquiatría y Medicina General Integral. Profesor Instructor.-](#)

³ [Licenciada en Psicología. Diplomada en Geriátría y Gerontología.-](#)

⁴ [Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Tutora en Medicina General Integral.](#)