

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán

COMPORTAMIENTO DEL SINDROME DEMENCIAL Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

* Dr. Juan Carlos Llibre Guerra. Calle 114 núm. 3305 entre 33 y 35. Marianao. Ciudad de La Habana.

**Dra. Milagros A. Guerra Hernández. Ave. 57 núm. 10024 entre 100 y 102. Marianao. Ciudad de La Habana. Teléfono: 2621738. mguerra@infomed.sld.cu

***Dra Elianne Perera Miniet. Calle 34 núm. 316 entre 3ra. y 5ta. Playa. Ciudad de La Habana.

*Residente MGI. *Master* en Longevidad Satisfactoria.

**Especialista Segundo Grado Psiquiatría y MGI. *Master* en Longevidad Satisfactoria,

***Residente MGI.

RESUMEN

Las demencias y la enfermedad de Alzheimer constituyen un serio y creciente problema de salud en países con una alta expectativa de vida como el nuestro. Con el objetivo de identificar el comportamiento del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en pacientes de 65 años y más en el Policlínico 27 de Noviembre del municipio Marianao, se presenta un estudio descriptivo de corte transversal. El diagnóstico de los pacientes se basó en los criterios internacionalmente establecidos del DSM- IV y del NINCDS- ARDRA. Se estudiaron 300 adultos mayores y se obtuvieron los porcentajes del síndrome demencial global y por tipo de demencia. El 12 % de los adultos mayores presentaron un síndrome demencial, correspondiendo a la demencia tipo Alzheimer 63.89% del total de casos y a la demencia vascular 22.22%. Encontramos un incremento de la presencia del síndrome demencial con la edad, en el sexo femenino, y en pacientes con primaria

inconclusa. Las enfermedades asociadas más importantes resultaron la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro vascular. Se recomienda la realización de proyectos de intervención, dirigidos a la población en riesgo y su familia.

Palabras clave: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Prevalencia.

INTRODUCCION

De forma sencilla podría definirse el término Demencia como un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales (memoria, orientación, razonamiento, juicio), producido por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro, con suficiente gravedad para que afecte el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia.¹⁻⁴

Los trabajos más recientes registran más de 60 afecciones capaces de causar un síndrome demencial. La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la más frecuente, ya que causa de 50 a 60% de los casos; le siguen en frecuencia las demencias vasculares, con 10 a 20%; los tumores cerebrales, especialmente de la línea media, y de los lóbulos frontales y temporales, alcanzan alrededor de 5%.^{5,6}

La Enfermedad de Alzheimer, se encuentra entre las seis afecciones incluidas por la Organización Mundial de la Salud, como un serio y creciente problema en el orden médico, económico, social y fundamentalmente humano en relación con la Salud Mental. En la actualidad se estima que existen en el mundo 22 millones de personas con demencia, con una prevalencia media de 3 a 15 % en mayores de 65 años y una incidencia de 0.3 a 0.7%⁷⁻¹⁰

En los próximos 20 años, asistiremos a un incremento dramático del número de personas con demencia; se calcula que para el 2025, la cifra ascenderá a 42,2 millones.⁹ El 71 % de los pacientes se van a concentrar en países en vías de desarrollo; India, China y América Latina. Cuba con 14.6 % de su población mayor de 60 años, constituye el segundo país más envejecido de América Latina, y se estima una cifra de 100 000 personas con demencia.⁷ Por lo que decidimos realizar el siguiente estudio sobre la prevalencia del Síndrome Demencial y la EA, en el Policlínico 27 de Noviembre, del municipio Marianao.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el período comprendido entre el primero de marzo del 2004 y el primero de marzo del 2005. Para dar salida a los objetivos, se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, vínculo conyugal, síndrome demencial, tipos de demencia, enfermedades asociadas, y antecedentes de demencia. El universo de estudio estuvo conformado por 2 946 ancianos que constituyen la población de adultos mayores, estimada en el Policlínico 27 Noviembre en el 2003. De estos, se escogió una muestra de 300 adultos mayores, mediante un diseño de selección aleatorio por conglomerados bietápicas, para lo cual se consideró como unidades de primera etapa a los grupos básicos de trabajo y como unidades de segunda etapa a los consultorios localizados a menos de 500 metros del Policlínico seleccionado; se estudió la población total mayor de 65 años.

Para la recogida de la información se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Mini– Examen del Estado Mental del Anciano (MMSE) (para detectar deterioro de la esfera mental cognoscitiva).¹¹
- Escala Isquémica de Hachinski (EIH), para diferenciar la demencia tipo Alzheimer de la vascular.¹²
- Escala de Deterioro Global (GDS) para evaluar la alteración cognoscitiva Edad –Dependiente y la Enfermedad de Alzheimer, así como datos generales y otros relacionados con los cambios de los hábitos de los ancianos.¹³
- Criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*) para el diagnóstico de los casos de Demencia o Síndrome Demencial y de Demencia Vascular.¹⁴
- Criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA), para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer Probable.¹⁵
- Guía de entrevista sobre datos sociodemográficos y factores de riesgo.¹⁶

Los casos de Demencia o Síndrome Demencial se diagnosticaron de acuerdo con los criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (*Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders, 4th edition).¹⁴ El diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer Probable se basó en criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA).¹⁵ Para el diagnóstico de Demencia Vascular, se utilizó la definición DSM-IV de Demencia Multinfarto, así como la Escala Isquémica de Hachinski para diferenciar la demencia tipo Alzheimer de la Vascular.

El tratamiento de los datos se realizó mediante la utilización de un sistema de bases de datos (EPINFO-6.0). Los intervalos de confianza se calcularon con 95 % de confiabilidad, y se empleó para ello la aplicación del sistema EPINFO (CSAMPLE).

RESULTADOS

La estimación del porcentaje de pacientes con Síndrome Demencial en adultos mayores del Policlínico 27 de Noviembre del municipio Marianao, se muestra en la Tabla 1. Se observa 12 % (8.29 – 14.14) de individuos con Síndrome Demencial.

En relación con la presencia del Síndrome Demencial según edad (Tabla 2), encontramos un incremento con la edad. El porcentaje de pacientes dementes estimado para el grupo de 65–69 años, fue de 3.95 % (2.17–4.52), en tanto que, para el de 80 años y más fue de 23.64 % (16.68–26.87).

La presencia del Síndrome Demencial según sexo mostró que las ancianas exhiben un porcentaje superior, con cifras de 14.14 % (11.60 – 17.02) de efectivos femeninos en esta categoría, en tanto que para el masculino se observa 7.84 % (4.32–9.20).

En relación con la presencia del Síndrome Demencial según escolaridad, se observó en general un decremento de la presencia de demencia en la medida que se elevó esta, de manera que el mayor porcentaje se presentó en los iletrados con 50.0 % (41.97 – 62.26); en segundo lugar clasifica la categoría primaria no concluida con 15.0 % (8.74 – 18.41); en tercer lugar la primaria con 11.65 % (6.07 – 14.62); en cuarto lugar la secundaria con 10.26 % (8.00 – 13.78), y en quinto lugar el preuniversitario con 10.0 % (5.79 – 14.20), mientras que los universitarios con 2.94 %

(0.14 – 7.86) constituyen el grupo con menor porcentaje de pacientes dementes. Los resultados presentados evidencian sustanciales diferencias entre los grupos en relación con el nivel de escolaridad.

Teniendo en cuenta el vínculo conyugal, encontramos una mayor presencia en los ancianos sin vínculo conyugal (solteros o viudos) con 13.77 % (8.47–15.19), mientras que los casados o unión consensual (con vínculo conyugal) mostraron 6.17 % (3.07 –7.30). Como se observa, los resultados muestran una marcada diferencia entre los ancianos en cuanto a la aparición del Síndrome Demencial, según presenten o no pareja.

De manera general, podemos decir que dentro del Síndrome Demencial, 63.89 % de las demencias eran tipo Alzheimer Probable, mostrando una mayor prevalencia, seguida por la demencia vascular con 22.22 %, y la demencia mixta con 8.33 % (Tabla 3).

Según los antecedentes patológicos familiares de demencia, observamos que en 69.44 % de los pacientes demenciados no tuvieron antecedentes, y 30.56 % presentaron antecedentes familiares de demencia en primer grado.

En relación con la distribución de los ancianos según tipos de demencia y enfermedades asociadas, encontramos que de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, 65.21 % presentaban hipertensión arterial; 43.47 % padecían de Cardiopatía isquémica, y 30.43 % padecían de *Diabetes Mellitus*. De los sujetos que pertenecían al grupo de demencia vascular, 100 % presentó hipertensión arterial y accidentes vasculares encefálicos, lo que se corresponde con la etiología del tipo de demencia. En los pacientes con Demencia mixta, predominó la enfermedad hipertensiva y cerebro vascular con 100 % respectivamente.

DISCUSION

En general, los autores foráneos que han utilizado el MMSE para la obtención de la información reportan prevalencias similares a las encontradas en esta investigación, entre ellos se destacan: Yamada y colaboradores,¹⁷ Losonczy y colaboradores¹⁸ y Shiba.¹⁹

Otro estudio donde se obtuvo resultados similares fue el realizado por Hendric,²⁰ en 1998, quien reportó que la prevalencia de demencia en ancianos de 65 años y más en Norte América se encontraba aproximadamente entre 6 y 10 %.

El análisis global de los resultados de diversos estudios realizados en la población de 65 años y más, revela una prevalencia del síndrome demencial en Europa de 9.4% y 7.1 % en América del Norte. Los resultados de los estudios europeos fueron los siguientes: Holanda 6.4 %, Dinamarca 7.1 %, Bélgica 9% y en España fluctúa entre 5.5 y 13.9 %.²¹ En Norteamérica, el estudio canadiense sobre envejecimiento y enfermedad de Alzheimer CSHA(1994), que analizó 10 263 personas mayores de 65 años, encontró una prevalencia global de 8%. En los Estados Unidos, la prevalencia varía en diferentes estudios de 4.8 a 9.6%. En Japón, la prevalencia media fue de 6.5%.^{21,22}

En los estudios sobre discapacidad y Alzheimer, los dos estudios transversales más extensos realizados sobre la prevalencia de la demencia y Enfermedad de Alzheimer en Cuba, estudios puerta a puerta, realizado en los municipios Playa y Santa Clara, en el que se estudiaron 18 351 y 20 866 personas mayores de 65 años, se encontró una prevalencia de 9.3 y 7.2 % respectivamente.^{23,24}

Guerra Hernández,⁽²⁵⁾ en un estudio realizado en la población del Policlínico Carlos J. Finlay de Marianao reporta una prevalencia de 7.76 %.

Estudios poblacionales recientes sobre la prevalencia de demencia, realizados de acuerdo con criterios diagnósticos tipificados, muestran un incremento exponencial con la edad.²⁶⁻²⁹

Con respecto a la prevalencia de demencia por sexo, la mayoría de los estudios reportan que las féminas son las más afectadas.³⁰⁻³²

La prevalencia de demencia según la escolaridad coincide con la de otros estudios, ello hace suponer que en la medida que el anciano tiene un menor nivel escolar se ven limitadas sus motivaciones e intereses, lo cual puede interferir en la calidad de los procesos intelectuales y en su capacidad mental en general. Una atractiva hipótesis alternativa, sin embargo, es que la educación condiciona en cierta forma al cerebro para resistir procesos fisiológicos conducentes a la demencia, y produce en él cambios bioquímicos o redes neuroanatómicas modificadas, potencialmente protectoras directas frente a posteriores disfunciones.^{26,28,30,32-34}

En la bibliografía consultada, encontramos pocas investigaciones en que se tuvo en cuenta el vínculo conyugal en el análisis del Síndrome Demencial, cuyos resultados concuerdan con los de este estudio.^{7,23,25,26}

Las prevalencias encontradas coinciden con otros autores, en los que la Enfermedad de Alzheimer probable ocupa el primer lugar, seguida de la Demencia vascular.^{10,12,16-23-26} Solo en países con una alta incidencia de hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular, como es el caso de China, Japón y Finlandia, la prevalencia de la Demencia vascular excede a la Enfermedad de Alzheimer.³⁵⁻³⁷ Sin lugar a dudas la Enfermedad de Alzheimer constituye un problema de salud creciente, y dado las tendencias demográficas actuales, ha sido llamada la epidemia del siglo.^{23,26,38}

Estudios internacionales, señalan que entre 10 y 15% de los individuos con demencia presentan antecedentes familiares de síndrome demencial,^{25,26} lo cual muestra cierta correspondencia de nuestros resultados con los reportes de la literatura.

En relación con las enfermedades encontradas en los pacientes con demencia, es reconocido que la hipertensión arterial es un factor de riesgo del síndrome demencial; no solo de la demencia vascular, sino también de la tipo Alzheimer. En un estudio longitudinal realizado en la universidad de Kuopio se encontró que la Tensión Arterial elevada fue un factor de riesgo independiente en la EA.³⁹ Otro estudio realizado en el Hospital de Broca en París encontró 67% de pacientes hipertensos con EA y 78% en pacientes con Demencia Mixta comparados con 56% de pacientes sin demencia.^{39,40} La enfermedad cerebro-vascular por su parte incrementa 7 veces el riesgo de demencia en relación con la población de la misma edad no afectada.^{39,40}

Que un porcentaje elevado de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en nuestro estudio, presentara antecedentes de diabetes guarda relación con lo encontrado por Edland y colaboradores⁴¹ de la Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, que examinaron la relación entre diabetes y enfermedad de Alzheimer; se concluyó que la historia previa de diabetes incrementa el riesgo de desarrollar Enfermedad de Alzheimer. La diabetes aumentaba el riesgo de demencia 1,5 veces, y de demencia vascular 2,6 veces.

CONCLUSIONES

--El síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer, constituyen un importante problema de salud en la población estudiada.

--Se observó un incremento de la presencia del síndrome demencial con la edad y en el sexo femenino, y predominó la demencia tipo Alzheimer, seguida por la vascular; lo cual coincide con otros estudios nacionales e internacionales.

--Se asociaron al síndrome demencial la ausencia de estado marital, el bajo nivel educacional, los antecedentes familiares de demencia y la presencia de enfermedades crónicas.

ABSTRACT: The prevalence of the demential syndrome and Alzheimer disease

Dementia and Alzheimer disease are a serious and increased health problem in countries with high expectancy of life as our. A descriptive cross seccional study was conducted. The objective of the study was to determine the prevalence of the demential syndrome and Alzheimer disease in patients with 65 years old or more in a health area from "27 de Noviembre" policlinic. The diagnosis of the patients was based in the international diagnostic criteria of DSM-IV and NICSDS-ARDRA. Three-hundred old people was studied and we determinated prevalence rate of global demential syndrome and subtypes of dementia. A prevalence rate of 12% was found regarding demential syndrome: 63,89% regarding Alzheimer disease, and 22,22% corresponding to vascular dementia. We found an increase of prevalence in relation with the age, female sex, and primary school without to finish. The most important illness associates were hypertension, ischemic heart disease and stroke.

Key words: demential syndrome, Alzheimer disease, prevalence.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Frank J y colaboradores. La Transición Epidemiológica en América Latina. Bol. Of. Sanit. Panamericana III. (6): dic, 1991.

2 Bayarre H, Fernández A, Trujillo O, Castañeda I, Menéndez J. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos del municipio Playa. [Trabajo para optar por el premio anual del MINSAP]. La Habana: 1997.

3 Alzheimer A. Über einer eigenartige erkrankung der hirnrinde. Allg. Z. Psychiat. 64: 146-148;1907.

4 Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer. Concepto nosológico, epidemiología y aspectos sociosanitarios. Barcelona: Prous Editores; 1991, p.1-33.

5 Magone CA, Allegri R, Arizaga R, Famulari A. Enfermedad de Alzheimer. Enfoque Actual. Argentum Editora; 1995.

6 Richards M, Folstein M, Albert M. Multicenter study of predictors of disease course in Alzheimer's disease. (The "Predictor Study") Alz. Dis. and Assoc. Disorders. 7: 22 – 32; 1993.

7 Llibre JJ. The Cuban population based study in dementia and Alzheimer's disease. In: International Psychogeriatrics (Vol 17. Supplement 2 2005). Cambridge University press. Proceedings of the 12th Congreso of the Internacional Psychogeriatric Association. Stockholm; Sweeden: 20-24 September 2005, p. 1591-5.

8 Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer. Epidemiología y etiopatogenia FOMECO. 3(4): 212 – 220; 1995.

9 Gelmacher D, Whitehouse P. Evaluation of Dementia. The New England Journal of Medicine; 335 (s): 331 – 33;1996.

10 Hofman A, Rocca WA, Brayne C. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1994 findings. Int J Epidemiol. 2^a:736-748; 1994.

11 Folstein M, Mc Hugh PR. Minimental State. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatry Res.* 12: 189 – 198; 1975.

12 Hachinski JC. Differential diagnosis of Alzheimer's dementia: multi – infarct dementia. In: *Alzheimer's Disease*. Edited by Reisberg B; New York: Free Press; 1983, p.188–192.

13 Reisberg B, Ferris SH, de León MJ. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry.* 139: 1136 –1139; 1982.

14 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington, DC: Am. Psych. Ass. 1989.

15 Mc Khann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, et. al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS – ADRDA work group under the auspices of department of health and Human Service Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology.* 34: 939 – 944; 1984.

16 Llibre J, Guerra MA, Pérez H, Bayarre H, Samper J. Prevalencia y factores de riesgo de síndrome demencial en adultos mayores del municipio Marianao. *Rev Neurol Esp.* 29(10):912-917;1999.

17 Yamada M, Sasaki H, Mimori Y, Kasagi F, Sudoh S, Ikeda J, et al. Prevalence and risks of dementia in the Japanese population: RERF's adult health study Hiroshima subjects. *J Am Geriatr Soc.* 47(2):189-95; 1999.

18 Losonczy KG, White LR, Brock DB. Prevalence and correlates of dementia: survey of the last days of life. *Epidemiology, Demography and Biometry Program. Public Health Rep.* 113(3):273-80; 1998.

- 19 Shiba M, Shimogaito J, Kose A, Fujiuchi S, Nishiyama H, Yoshimasu F, et al. Prevalence of dementia in the rural village of Hanazono-mura, Japan. *Neuroepidemiology*. 18(1):32-36; 1999.
- 20 Hendrie HC. Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 6(2 Suppl 1):S3-18; 1998.
- 21 Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 366 (9503):2112-2117; 2005 Dec 17.
- 22 Lopes MA, Bottino C. Prevalence of dementia in several regions of the world: analysis of epidemiologic studies from 1994 to 2000. *Arq. Neuro Psiquiatr*. 60(1):34-38; 2002 Mar.
- 23 LLibre J, Fernández Y; López AM, Otero M, Marcheco B, Contreras N, Alvarez J. The Cuban Dementia and Alzheimer's Study Playa (EDAP). *Restorative Neurology and Neuroscience*. 21(5,6): 345-348; 2003.
- 24 Marcheco B, López AM, Otero M, LLibre J. Enfermedad de Alzheimer. Manual para el Médico de la Familia. Ciudad de La Habana: Editorial Abril; 2006.
- 25 Guerra M. Prevalencia de la demencia en la población mayor de 60 años en el área de salud del policlínico Carlos J. Finlay. [Trabajo de terminación de la especialidad]. La Habana: 1990.
- 26 Llibre J. Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. *Annals Int. Psychiatry*, 19(9): 117-121; 1997.
- 27 Heber LE, Scherr PA, Beckett LA, Pilgrim M; et. al. Age specific incidence of Alzheimer's disease in a community population. *JAMA*. 273 (17):1354-1359; 1995.

28 Duara R, Barker W, López Alberola R, Loewenstein DA. Alzheimer's disease: interaction of apolipoprotein E genotype, family history of dementia, education, ethnicity and age of onset. *Neurology*. 46(6): 1575 – 1579; 1996.

29 Barrett-Connor E, Kritz-Silverstein D. Gender differences in cognitive function with age: the Rancho Bernardo study. *J Am Geriatr Soc*. 47(2):159-164; 1999.

30 Bachman DL, Wolf PA, Linn LT, Knoefel JE. Incidence of dementia and dementia probable Alzheimer's disease in a general population. The Framingham study. *Neurology*. 43(3): 515 – 519; 1993.

31 Lerner AJ. Women and Alzheimer's disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 84(6):1830-1834; 1999.

32 Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 66(2):177-183; 1999.

33 Ott A, van Rossum CT, van Harskamp F, van de Mheen H, Hofman A, Breteler MM. Education and the incidence of dementia in a large population-based study: the Rotterdam Study. *Neurology*. 52(3):663-6; 1999.

34 De Ronchi D, Fratiglioni L, Rucci P, Paternico A, Graziani S, Dalmonte E. The effect of education on dementia occurrence in an Italian population with middle to high socioeconomic status. *Neurology*. 50(5):1231-8; 1998.

35 Liu HC, Fuh JL, Wang SJ, Liu CY, Larson EB, Lin KN, Wang HC, et al. Prevalence and subtypes of dementia in a rural Chinese population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 12(3):127-134; 1998.

36 Nakajima K, Ueda Y, Kono I, Tanaka N, Mizuno T, Makino M, et al. Prevalence of dementia and its subtypes in a rural area in Japan. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*. 35(7):530-534; 1998 Jul.

37 Rossa G. The prevalence of Alzheimer's type dementia and vascular dementia in the district of Swiebodzin. *Psychiatr Pol*.31(1):121-134; 1997.

38 Llibre J Guerra M: Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. *Rev. Cubana Med*. 38 (2): 134 – 42; 1999.

39 Skoog I, Gustafson D. Hypertension and related factors in the etiology of Alzheimer's disease. *Ann NY Acad Sci*. 977: 29–36; 2000.

40 Breteler MM, Vascular involvement in cognitive decline and dementia: epidemiologic evidence from the Rotterdam Study and the Rotterdam Scan Study. *Ann NY Acad Sci*. 903: 457–65; 2000.

41 Edland SD, Rocca WA, Cha R, Petersen RC, Kokmen E. Diabetes and risk of Alzheimer's disease: Evidence from the Rochester Epidemiology Project. *Neurology*. 58:A80; 2002.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de ancianos según presencia de Síndrome Demencial.

Presencia de Síndrome Demencial	Número	%	Intervalo de confianza
Presente	36	12	8.29 – 14.14
Ausente	264	-	-

n= 300

Tabla 2. Presencia del Síndrome Demencial en ancianos según grupos de edad.

Grupos de edad	Número	%	Intervalo de confianza
65 – 69 (n=76)	3	3.95	2.17 – 4.52
70 – 74 (n=81)	9	11.11	9.76 – 14.68
75 – 79 (n=88)	11	12.5	8.47 – 14.09
80 y más (n=55)	13	23.64	16.68 – 26.87
Total (n=300)	36	12	8.29 – 14.14

Tabla 3. Presencia del Síndrome Demencial según tipos de demencia.

Tipos de demencia	Número	%	Intervalo de confianza
Alzheimer probable	23	63.89	58.57 – 67.68
Vascular	8	22.22	19.96 – 25.89
Mixta	3	8.33	6.01 – 10.02
Otra etiología	2	5.56	3.08 – 7.20

n=36