



Epidemiología de las demencias

Epidemiology of dementias

Beatriz Corona Miranda¹ <https://orcid.org/0000-0003-1190-8463>

Ramón Prado Rodríguez^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-2565-1734>

Annia Duany Navarro³ <https://orcid.org/0000-0003-1978-5234>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y Microbiología, Centro de Epidemiología y Salud Ambiental. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García", Servicio de Salud mental. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Salvador Allende", Servicio de Salud mental. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: bettycoro@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En 2015, se estimaron cerca de 46,8 millones de personas con demencia en el mundo, y se multiplicará a 65 millones para 2030. En América Latina y el Caribe de 3,4 millones se incrementará a 4,1 millones

Cómo citar este artículo

Corona Miranda B, Prado Rodríguez R, Duany Navarro A. Epidemiología de las demencias. Arch Univ "Gen Calixto García". 2020;8(2):133-147. Acceso: 00/mes/2020. Disponible en: http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/a_hcg/article/view/514

para el 2020. En Cuba, las demencias forman parte de las principales causas de muerte y es la que requiere de mayor atención y cuidado en adultos(as) mayores.

Objetivo: Exponer aspectos epidemiológicos relacionados con esta enfermedad y describir algunas de sus características.

Prevalencia e incidencia de las demencias: La prevalencia en América Latina y el Caribe ocurre entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos(as) de 60 años y más. En Cuba ocurre entre el 6 y el 10 %. La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada es de 21 por 1 000.

Clasificación: El Alzheimer y las demencias vasculares son las más frecuentes, seguidas de los cuerpos de Lewy y las frontotemporales, entre otras.

Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Causalidad múltiple. Se invocan factores de riesgo como: tipo de dieta, actividad física, alcoholismo, tabaquismo y enfermedades como diabetes, hipertensión y depresión.

Intervenciones: En el área psicosocial, mediante la terapia de estimulación y remediación cognitiva. Sus resultados demuestran mejorías en la memoria, en las aptitudes de razonamiento de las personas con demencia de leve a moderada y en su calidad de vida. La estrategia nacional de intervención, plantea la necesidad de la participación intersectorial y de reducción del estigma, defender los derechos de estas personas y diagnosticarlos precozmente.

Conclusiones: La incidencia, prevalencia y el costo de las demencias se incrementan. Las estrategias de prevención primaria sobre los factores de riesgo pudieran disminuir la carga de esta enfermedad sobre la salud pública

Palabras clave: Demencias; Alzheimer; epidemiología; clasificación; intervención.

ABSTRACT

Introduction: In 2015, an estimated 46.8 million people with dementia were estimated worldwide, multiplying to 65 million by 2030. In Latin America and the Caribbean, 3.4 million will increase to 4.1 million by 2020. In Cuba, dementia is one of the main causes of death and is the largest contributor of care in older adults.

Objective: Describe epidemiological aspects related to dementia.

Prevalence and incidence: In Latin America and the Caribbean are between 6.0 and 6.5 for every 100 adults aged 60 and over. In Cuba, it is between 6-10 %. The standardized annual incidence rate is 21 per 1 000.

Classification: Alzheimer and vascular dementias are the most frequent, followed by Lewy bodies, and frontotemporal, among others.

Epidemiology Alzheimer dementia and others: Its causes are multiple; risk factors are invoked such as: diet, physical activity, alcoholism, smoking and diseases such as diabetes, hypertension and depression.

Interventions: In the psychosocial area, in cognitive stimulation therapy and cognitive remediation, reporting improvements in memory, in the reasoning skills of people with mild to moderate dementia and in quality of life. The national intervention strategy raises the need for intersectoral participation, reducing stigma, defending the rights of these people and diagnosing them early.



Conclusions: The incidence, prevalence and cost of dementias are increasing. Primary prevention strategies on risk factors could decrease the burden of this disease on public health.

Keywords: Dementias; Alzheimer; epidemiology; classification; intervention.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁽¹⁾ la demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro, usualmente de naturaleza crónica o progresiva, en la cual existe una alteración de múltiples funciones corticales superiores. Estas incluyen la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender, de realizar cálculos y la toma de decisiones.⁽²⁾

Las deficiencias de las habilidades cognitivas están acompañadas, y ocasionalmente precedidas, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación.^(1,2)

En 2015, se estimó que existían cerca de 46,8 millones de personas con demencia en el mundo, con una proyección de incremento duplicado en 20 años a 65 millones para 2030, y 115,4 millones en 2050, dos tercios de los cuales vivirán en los países en desarrollo.^(3,4) Estas proyecciones son el resultado del crecimiento poblacional y del envejecimiento demográfico.^(2,5)

Las regiones del mundo que reportan mayor número de personas con demencia son Asia Oriental (con 9,8 millones), seguida de Europa Occidental (7,4 millones), el Sur de Asia (5,1 millones) y Norteamérica (4,8 millones).⁽³⁾

La demencia es el padecimiento que genera mayor dependencia, necesidad de cuidado, sobrecarga económica y estrés psicológico en cuidadoras(es). Este tipo de atención a familiares, con mucha frecuencia condiciona el abandono laboral para sus cuidadoras(es).^(3,7)

La OMS declaró en el año 2012, a la demencia como una prioridad para la salud pública mundial, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la considera una prioridad en la salud mental.^(8,9,10)

Cuba presenta un rápido envejecimiento de su población, es el cuarto país más envejecido de Latinoamérica y debe convertirse en el segundo país para el 2025, debido a que el 14,3 % de su población supera los 60 años de edad lo que representa 1 500 000 personas. Esto aumentará en 25 % en el 2020 y uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años o más y que 400 000 personas superarán los 80 años.^(7,11)

La demencia es hoy uno de los principales problemas de salud que afecta a todos los países, con un enorme costo social y económico. Los países en desarrollo enfrentan una transición demográfica acelerada que conlleva el aumento de la incidencia y prevalencia de la demencia, al constituir la segunda causa de discapacidad y la mayor contribuyente a necesidades de cuidados en adultos(as) mayores en Cuba y el resto del mundo.^(12,13)



Se realizó una revisión bibliográfica del tema. Se localizaron 92 artículos, en inglés y español, de ellos se seleccionaron 47, de estos el 42 % de los últimos cinco años, que incluyeron trabajos originales, artículos de revisiones que abordaran los temas de prevalencia, incidencia y otros aspectos relacionados sobre las demencias. Estos se localizaron en la Biblioteca Virtual y en las bases de datos Pubmed, Ebsco, Medline, y Scielo. Se consultaron anuarios estadísticos de salud e informes de salud de la OMS, OPS y del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Se escogieron aquellos que estaban relacionados con el tema abordado y que incluyeran además la epidemiología, clasificaciones e intervenciones sobre las demencias. Se utilizaron palabras claves tales como demencias, Alzheimer, incidencia y prevalencia.

El objetivo principal de este trabajo de revisión fue exponer aspectos epidemiológicos relacionados con esta enfermedad y describir algunas de sus características.

PREVALENCIA DE LAS DEMENCIAS EN EL MUNDO

Las estimaciones regionales de la prevalencia de la demencia en personas de más de 60 años oscilan entre el 4,7 % en el Centro de Europa y el 8,7 % en el norte de África/Oriente Medio, aunque todas las estimaciones regionales restantes se sitúan en una banda relativamente más estrecha de entre el 5,6 y el 7,6 %.^(2,3)

La prevalencia de esta enfermedad aumenta exponencialmente con la edad en todas las regiones del mundo. Se duplica cada 5,5 años de edad en Norteamérica; 5,7 años en Asia-Pacífico; 5,9 años en América Latina; 6,3 años en Asia Oriental; 6,5 años en Centroeuroa y Europa Occidental; 6,6 años en el Sur de Asia; 7,2 años en el Caribe y África Subsahariana, y 10,6 años en el Sureste asiático.^(2,3)

En América Latina y el Caribe la prevalencia es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos(as) de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77 % en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 % a 146 % de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo.⁽³⁾

En América Latina y el Caribe de 3,4 millones de personas con demencia, se espera un incremento en 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir, será similar al de Norteamérica.⁽⁴⁾ Según estimaciones, entre 2 % y 10 % de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años.^(2,5,6)

El coste actual de la enfermedad es de aproximadamente 1 billón de dólares estadounidenses al año, y se prevé que se duplique para 2030. Esta cifra incluye el costo estimado de cuidadores(as) "informales", esas personas que de repente se ven precisadas a actuar en casa como enfermeras de sus padres, maridos o esposas las 24 horas del día.⁽¹⁴⁾

Un metaanálisis de 157 estudios epidemiológicos realizados entre 1980 y 2009 en el mundo, mostró que la prevalencia de demencia se eleva, en dependencia de la zona geográfica. Entre el 5 - 8 % de los mayores de 60 años, se duplica cada cinco años aproximadamente, y predomina en el sexo



femenino.⁽¹⁶⁾ Otro estudio mostró resultados similares, con una prevalencia puntual del 4,8 % y una prevalencia del 6,9 % en la población comunitaria de 60 años y más.^(15,16,17)

En España, estudios poblacionales puerta a puerta indican prevalencias que oscilan entre el 5,5 % y 5,8 % en los mayores de 65 años y entre 8,5 % y 9,4 % en los mayores de 70 años.^(18,21) Otro estudio, no detectó cambios estadísticamente significativos en la prevalencia de demencia (5,2 % en 1988 y 3,9 % en 1994), aunque sí una ligera disminución en los hombres españoles (5,2 % frente a 2,3 %).⁽²²⁾

En el Reino Unido, los datos provenientes del *Cognitive Function and Aging Study* entre 1994 y 2008 muestran prevalencias del 8,3 % y 6,3 %. Durante los años 2000 y 2012, los datos para EE.UU. -provenientes del *Health and Retirement Study*- indican una disminución del 25 % de la prevalencia de demencia, al pasar del 11,6 % al 8,8 % en mayores de 65 años.⁽²³⁾

En Latinoamérica, un estudio colaborativo a partir de estudios poblacionales realizados en áreas urbanas de seis países (Brasil, Chile, Cuba, Perú, Uruguay y Venezuela) entre los años 1997 y 2007 indica una prevalencia global de demencia del 7,1 % en los mayores de 65 años. Sin embargo, hay una importante variabilidad en las estimaciones, porque entre los tres investigaciones realizadas en Brasil, la prevalencia fue del 2,0 %, 7,1 % y 8,8 %, respectivamente, mientras que en Uruguay fue del 3,1 %, y en Venezuela del 13,1 %.⁽²⁴⁾

Otro estudio, basado en el protocolo 10/66 *Dementia Research Group*, obtuvo estimaciones de prevalencia de demencia en la población de 65 años y más en distintos países de Latinoamérica más homogéneas, con valores que oscilaron entre el 6,2 % y 7,3 % para una zona urbana de Venezuela y una zona rural de México, respectivamente, y entre el 9,8 % y 12,6 % para zonas urbanas de la República Dominicana y Cuba.⁽²⁵⁾

Con relación a los subtipos de demencia, y en específico para la enfermedad de Alzheimer (EA), un metaanálisis de ocho estudios poblacionales europeos mostró una prevalencia del 5,1 %, más frecuente en mujeres (7,1 % frente a 3,3 %), y un incremento exponencial con la edad (0,97 % para 65 - 74 años, 7,7 % para 75 - 84 años y 22,5 % para ≥ 85 años).^(15,26) Otro metaanálisis de 20 estudios -en distintas partes del mundo- mostró una prevalencia puntual del 4 % y el período de la enfermedad de Alzheimer del 3 %.^(15,27)

La demencia vascular es el segundo subtipo de demencia más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer y, en Europa -de acuerdo con los resultados del consorcio EURODEM,- su prevalencia se sitúa en el 1,4 % en mayores de 64 años.^(15,28)

INCIDENCIA DE LAS DEMENCIAS

La incidencia acumulada de demencia estimada para mayores de 60 años de acuerdo con un metaanálisis es de 52,8 por 1 000, y la tasa de incidencia, de 17,1 por 1 000 personas/año.⁽²⁹⁾

En China, un extenso estudio poblacional que partió de una muestra representativa de 16 921 habitantes de 55 años y más de cuatro regiones seguidos durante 4,5 años obtuvo una incidencia de EA de 4,9 por 1 000



personas/año, con diferencias entre hombres y mujeres (3,6 frente a 6 por 1 000 personas/año), y de 8,2 por 1 000 personas/año para edades iguales o superiores a 65 años.^(15,30)

El reciente estudio en China indica una incidencia de demencia vascular de 2,2 por 1 000 personas/año para 55 años y más y de 3,1 a partir de los 65 años.^(15,30)

En Europa y América, el número máximo de casos nuevos se encuentra en personas de entre 80 y 89 años, en Asia entre personas de 75 y 84 años, y en África en personas de entre 65 y 74 años.⁽³⁾

La distribución regional de nuevos casos de demencia es de 4,9 millones (49 % del total) en Asia, 2,5 millones (25 %) en Europa, 1,7 millones (18 %) en América, y 0,8 millones (8 %) en África. La incidencia global de la demencia en países con rentas bajas y medias es solo un 10 % inferior (RR 0,90, IC del 95 %: 0,70-1,15) que en países con rentas altas.⁽³⁾

Latinoamérica es una de las regiones que se verá más afectada por la transición demográfica; los casos de demencia aumentarán desde más de 7,8 millones de personas en la actualidad, hasta más de 27 millones en 2050.⁽⁷⁾

En América Latina, el *Maracaibo Aging Study*, un estudio poblacional venezolano en personas de 55 años y más seleccionadas entre 1998 y 2000, de las cuales 1 693 fueron reevaluadas entre 2001 y 2009, indica una incidencia de EA similar entre hombres y mujeres (5,2 frente a 5,1 por 1 000 personas/año) y de 9,2 por 1 000 personas/año a partir de los 65 años. En este estudio, la demencia vascular presentó una incidencia de 5,7 por 1 000 personas/año a partir de los 65 años.⁽³¹⁾

Las consecuencias de la demencia pueden entenderse a tres niveles interrelacionados: la persona con demencia, sus familiares y amigos, y la sociedad en su conjunto.⁽¹⁴⁾

Su mayor impacto lo ejerce sobre la calidad de vida, tanto de los enfermos como de sus familiares y cuidadoras(es). La demencia suele asociarse con necesidades de atención particularmente intensas, que superan las demandas asociadas a otras enfermedades.⁽³⁾ En EE.UU., las y los cuidadores de personas con demencia son más proclives que quienes realizan esta labor hacia otras enfermedades, pues comparativamente deben prestar ayuda en mayor medida para levantar y acostar al enfermo (54 % Vs. 42 %), vestirlo (40 % Vs. 31 %), asearlo (32 % Vs. 26 %), bañarlo (31 Vs. 23 %), manejar la incontinencia (31 % Vs. 16 %) y alimentarlo (31 % Vs. 14 %).⁽³⁾

Un método para evaluar la repercusión de la demencia y compararla con la de otras enfermedades es utilizar las estimaciones de la carga mundial de morbilidad (CMM). Esta proporciona información sobre el efecto relativo de distintas enfermedades en todo el mundo, y han influido sobre la elaboración priorizada de políticas al respecto, así como en la planificación a escala nacional, regional e internacional.

Las estimaciones de la carga mundial de morbilidad expresan la "carga", en términos de discapacidad y mortalidad asociadas. El indicador clave, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), se calcula como la suma de años vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida perdidos (AVP), lo cual refleja de esa forma el efecto de la enfermedad sobre la calidad y la cantidad de vida. El efecto de la demencia procede principalmente de los años vividos con discapacidad, en lugar de los años de vida perdidos por mortalidad prematura.⁽³⁾



En Cuba, en 2015 se estimó 160 mil personas afectadas de demencia, cifra que pudiera ascender a 421 mil para 2050. La prevalencia para adultos(as) mayores de 60 años el país fue de 6 a 10 %. La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es de 21 por 1 000, con 28 750 casos nuevos de demencia por año.⁽³²⁾

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

En el mundo se produce un nuevo caso cada tres segundos. En un informe del 2018 se indicó que alrededor de un tercio de los casos de Alzheimer estaba relacionado con el estilo de vida, con factores como la dieta, el ejercicio físico, el tabaquismo, el alcohol, la educación e incluso con golpes en la cabeza.⁽¹⁴⁾

Existen estudios que sugieren la posibilidad de reducir el riesgo de demencia para generaciones futuras según su exposición a factores de riesgo y estilos de vida durante su ciclo vital. En algunos países, las cohortes actuales de personas de 65 años y más son cognitivamente más sanas que sus predecesoras, debido a la reducción en la exposición a factores de riesgo de demencia o mayor exposición a factores protectores.^(15,21)

Se han propuesto distintas hipótesis plausibles para explicar una disminución de la incidencia de demencia, como la mejoría en el control de los factores de riesgo cardiovasculares, un mayor nivel educativo de las nuevas generaciones, cambios en los estilos de vida, caracterizados por un mayor nivel de actividad física, adopción de dietas más saludables y abandono de hábitos tóxicos como el tabaquismo.⁽³³⁾ Hay diversos factores de riesgo potencialmente modificables y sobre los cuales se han empezado a diseñar estudios para determinar la eficacia que puedan tener distintas estrategias de prevención primaria y secundaria.⁽³⁴⁾

Las tasas de mortalidad y supervivencia globales y específicas son indicadores epidemiológicos muy relevantes desde una perspectiva de salud pública para monitorizar la salud de las poblaciones y describir las consecuencias negativas de las enfermedades a lo largo del tiempo, y contribuyen en la planificación de los recursos sanitarios.⁽¹⁵⁾

De acuerdo con los resultados del *Global Burden Disease Study*, la enfermedad de Alzheimer y las otras demencias son un grupo de enfermedades que durante el período 1990 - 2013 escalaron un mayor número de posiciones entre las 50 principales causas de mortalidad.^(15,35)

Para los países de Europa occidental, América del Norte y los países desarrollados de Asia y el Pacífico, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias aparecen entre las primeras 15 causas de años perdidos.⁽³⁶⁾

La determinación de la supervivencia y el riesgo de mortalidad tras el diagnóstico de demencia es una cuestión importante, tanto para los médicos como para los pacientes, sus familiares, y para los responsables sanitarios, porque los recursos disponibles van a depender de la esperanza de vida de los pacientes.⁽³⁷⁾



Actualmente no hay dudas sobre el hecho de que la demencia incrementa el riesgo de mortalidad. Sin embargo, la supervivencia tras el diagnóstico es muy variable, oscila de media entre 1,1 y 8,5 años, y no se dispone de instrumentos clínicos que contribuyan a realizar estimaciones precisas para cada caso en particular.⁽³⁷⁾

La presencia de importantes interacciones con otras variables, como el sexo, la edad, la comorbilidad concomitante, la gravedad de la demencia en el momento del diagnóstico o el subtipo de demencia, contribuyen a la debilidad de las predicciones clínicas.⁽³⁸⁾

A pesar de todo, los estudios que han examinado la supervivencia en relación con la demencia coinciden en señalar que se trata de una enfermedad que incrementa el riesgo de mortalidad en comparación con individuos sanos.⁽³⁹⁾

En la última década los estudios epidemiológicos poblacionales han permitido cuantificar la contribución de la demencia a la mortalidad. El riesgo atribuible poblacional de mortalidad, esto es, la proporción de muertes en la población general mayor de 64 años evitables si se eliminara la demencia, es superior al 10 %.⁽¹⁵⁾

Existe un estudio sueco basado en el registro de demencias que ha llevado a cabo la mayor comparación sobre la mortalidad asociada a ocho subtipos de demencia distintos a partir de una muestra de 15 209 casos registrados entre los años 2007 y 2012.⁽⁴⁰⁾

De acuerdo con los datos obtenidos, las demencias frontotemporales y las demencias con cuerpos de Lewy fueron los subtipos con mayor riesgo de mortalidad.

Además del subtipo de demencia, existen otros factores demográficos y clínicos que se han asociado con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con demencia. Entre los factores demográficos, la edad avanzada y el sexo masculino disminuyen la supervivencia, y entre los factores clínicos, la mayor gravedad de la demencia y la comorbilidad, así como el bajo rendimiento cognitivo, también incrementan el riesgo de mortalidad. Algunos autores han propuesto que la asociación de estas variables con el riesgo de mortalidad podría ser distinta según el subtipo de demencia.⁽¹⁵⁾

En Cuba, las demencias junto a la enfermedad de Alzheimer ocuparon en el año 2018 la sexta causa de muerte, con un total de 5 477 fallecidos y una tasa bruta de 48,7 por cada 100 000 habitantes y de 18,3 por 100 000 habitantes (tasa ajustada).⁽⁴¹⁾

CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS MÁS FRECUENTES

- La enfermedad de Alzheimer: es la más frecuente de las demencias y contribuye en un 60 - 70 % de los casos. Se destaca por un trastorno progresivo de la memoria reciente, con déficit de otras funciones cognitivas.
- Demencia vascular: es la demencia secundaria a muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos. Su evolución es escalonada a medida que se presenten ataques isquémicos transitorios o los infartos cerebrales.⁽⁴³⁾



- Demencia de cuerpos de Lewy: la memoria no es lo primero que se afecta. Es habitual encontrar alteración de la marcha, rigidez, bradicinesia. Se destacan en ella deterioro cognitivo progresivo asociado a cognición y alerta fluctuante, alucinaciones visuales, y parkinsonismo, con mayor frecuencia de episodios de pérdida transitoria de conciencia, sincope y caídas repetidas. Es infrecuente el temblor de reposo. Los signos motores anteceden frecuentemente la afectación del estado mental.⁽⁴³⁾
- Otras demencias como: las frontotemporales, las demencias por déficit de vitamina B12 y ácido fólico, entre otras.

CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS SEGÚN LOS SÍNTOMAS

Demencia leve: la persona ha notado un deterioro de su memoria, sobre todo para acontecimientos recientes. Por ejemplo, puede que olviden que su hija les ha visitado el día anterior, o si se tomaron la última dosis de medicación. También les puede resultar difícil concentrarse, pensar con fluidez, planificar y tomar decisiones. Se pueden sentir desconcertados, inquietos y tristes. Pueden enfadarse y ponerse a la defensiva cuando les señalan sus errores.⁽³⁾

Demencia moderada: la persona sufre problemas de memoria graves. Solo conservan los recuerdos antiguos. No recuerdan acontecimientos recientes o los olvidan rápidamente. Puede que no sepan qué día o qué hora es. No suelen saber dónde están. No pueden comunicarse con claridad, tienen problemas para encontrar las palabras adecuadas y emplean palabras inadecuadas. Pueden oír voces o ver cosas que no existen. Pueden estar inquietos, tristes, desconcertados y volverse agresivos.⁽³⁾

Demencia grave: la persona sufre una pérdida completa de la memoria. No pueden reconocer a sus familiares más cercanos. Tienen dificultades graves para hablar y no se pueden comunicar. Pueden mostrarse apáticos y totalmente inactivos, pero a veces están nerviosos y verbal o físicamente agresivos. No pueden coordinar sus movimientos físicos; pueden haber perdido la capacidad de caminar y comer, y tienen dificultades para tragar. Pueden sufrir de incontinencia.⁽³⁾

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se pueden utilizar los criterios diagnósticos del *Diagnostic Statistical Manual DSM-5*. Deben cumplir los criterios 1 + 2 + al menos uno, de los que aparecen en el 3:^(12,43)

1. Deterioro de memoria.
2. Deterioro significativo de la actividad laboral o social que presenta una merma del nivel previo de actividad.
3. Y que cumpla una o más de los siguientes trastornos o alteraciones:
 - Afasia (trastorno del lenguaje).
 - Apraxia (incapacidad para realizar actividades motrices, a pesar de funciones motrices y comprensión intactas).



- Agnosia (incapacidad para reconocer o identificar objetos, a pesar de funciones sensoriales intactas).
- Alteración de la ejecución de planificar, ordenar, organizar.
- Curso gradual y deterioro cognoscitivo continuo. Déficit cognoscitivo que no se debe a ningún otro factor.

CONDUCTA

Ante un paciente con demencia se deben seguir los siguientes pasos:⁽⁴³⁾

1. Informar a la familia las características de la enfermedad.
2. Identificar al cuidador(a) principal y prepararlo(a).
3. Si no tiene familia, infórmele del paciente a la trabajadora social.
4. Trazar plan de manejo integral con participación de familiares para enlentecer la enfermedad, prevenir complicaciones, maltratos, y utilizar las capacidades existentes en el paciente.
5. Controlar los factores de riesgo como la hipertensión arterial, cardiopatías, embolígenas, hábito de fumar, diabetes mellitus.
6. Orientar la eliminación de barreras arquitectónicas para prevenir las caídas.
7. Prestar atención al cuidador(a) principal y evaluarle periódicamente, por su posible sobrecarga.

INTERVENCIONES

En torno a la terapia de estimulación cognitiva y la remediación cognitiva, existen intervenciones en proceso de elaboración para el área psicosocial. En general, parece que funcionan con personas en las etapas de leve a moderada de la demencia, en términos de la simple preservación de esa capacidad cognitiva durante algún tiempo más. La terapia de estimulación cognitiva, es un programa de actividades temáticas que normalmente se realizan durante varias semanas.⁽¹⁴⁾

Las intervenciones realizadas reportan mejoras en la memoria, en las aptitudes de razonamiento de las personas con demencia de leve a moderada y en la calidad de vida.⁽¹⁴⁾ Estas sesiones incluyen a cuidadores y cuidadoras, pues se les brindan información sobre lo que es la demencia, cómo controlar el estrés, cómo abordar las conductas difíciles y cómo conseguir ayuda. Este programa reduce la ansiedad y la depresión de cuidadores(as), tanto a corto como a largo plazo.⁽¹⁴⁾

En Cuba, se trabaja en la implementación de una estrategia nacional de intervención para la enfermedad de Alzheimer y los síndromes demenciales, en la cual se plantea la necesidad de participación de todos los sectores de la sociedad. Se enfatiza en reducir el estigma hacia la demencia, el diagnóstico precoz desde el área de atención primaria de salud y la defensa de los derechos de los ancianos con deterioro cognitivo.^(44,45)



Las cuidadoras(es) de personas con demencia renuncian a sus intereses personales para dedicarse al cuidado sin límites de tiempo, son en su mayoría mujeres (esposas e hijas) que muchas veces tienen que abandonar su trabajo y sufrir grandes afectaciones en su vida personal, familiar y de pareja.^(44,45)

En Cuba, más del 80 % de las y los cuidadores de pacientes con Alzheimer son mujeres, lo cual provoca el aumento de la sobrecarga sobre estas cuidadoras, además de la tendencia a otros trastornos mentales como la depresión.^(44,45) Al tener más sobrecarga, las mujeres son las que sufren el mayor estigma asociado a la demencia.^(44,45,47)

El programa cubano concibe la promoción de salud y la prevención de la demencia, elevar la calidad de la atención médica a los pacientes, mediante la capacitación del personal, el desarrollo de la investigación y la capacitación a cuidadoras(es).^(7,13,45)

En conclusión, la incidencia, prevalencia y el costo de las demencias se incrementan cada día. Las estrategias de prevención primaria sobre los factores de riesgo pudieran disminuir la carga de esta enfermedad sobre la salud pública.

Se recomienda realizar estudios que permitan identificar de forma precoz los pacientes con demencia leve, a fin de poder realizar intervenciones oportunas, que permitan mejorar la calidad de vida de ellos y de sus cuidadoras(es).

Agradecimientos

A la Dra. Caridad del Pilar Medina Entrialgo. Especialista Principal del Programa Adulto Mayor del MINSAP, por sus valiosas recomendaciones incluidas en el artículo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Demencia una prioridad de salud pública. Washington, D.C.: OMS; 2013. Acceso: 28/06/2019. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016-Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2016. Access: 20/09/2019. Available from: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>
3. Alzheimer's Disease International. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias. Access: 10/03/2020. Available from: <http://www.alzheimer-report-2015-reveals-global-cost-of-dementia-set-to-reach-usd-1-trillion-by-2018>
4. Llibre-Rodríguez JJ. Demencias: mitos y realidades para el internista. Rev Cubana Medicina. 2013. Acceso: 6/05/2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000200001



5. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2015. Access: 20/09/2019. Available from: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
6. Faure-Delage A, Maxime Mouanga A, M'belesso P. Socio-Cultural Perceptions and Representations of Dementia in Brazzaville, Republic of Congo: The EDAC Survey. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2012 Jan-Dec;2(1):84-96. Access: 6/05/2019. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-22619665>
7. Bosch Bayard R, Llibre Rodríguez JJ, Zayas Llerena T, Hernández Ulloa E. Superar el estigma hacia la demencia, un reto para la sociedad cubana. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2017;16(1):137-48. Acceso: 23/4/2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000100013
8. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2013. Access: 23/4/2019. Available from: <http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report>
9. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS; 2010. Acceso: 23/4/2019. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44498>
10. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. 66a. Asamblea mundial de la salud. Ginebra: OMS; 2013. Acceso: 23/5/2020. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151028/1/A66_R8-sp.pdf
11. Llibre Rodríguez JJ, Gutiérrez Herrera RF. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2014 Sep;40(3):378-87. Acceso: 13/5/2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662014000300008&script=sci_arttext&lng=pt
12. Llibre Rodríguez JJ. Atención a personas con demencias y enfermedad de Alzheimer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
13. Bosch Bayard R, Zayas Llerena T, Hernández Ulloa E. Algunos determinantes sociales y su impacto en las demencias. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;43(3):[aprox. 26 p.]. Acceso: 19/7/2020. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/771/887>
14. Alzheimer's Disease International. Informe mundial sobre el Alzheimer 2018: La investigación de vanguardia sobre la demencia: nuevas fronteras. Acceso: 10/03/2019. Disponible en: www.alz.co.uk/research/world-report-2018
15. Garre Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*. 2018;66(11):377-86. Acceso: 19/7/2020. Disponible en: <http://www.svnps.org/documentos/enfermedad-de-alzheimer.pdf>



16. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*. 2013;9:63-75. Access: 23/4/2019. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1552526012025319>
17. Fiest KM, Jetté N, Roberts JI, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE, et al. The prevalence and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Can J Neurol Sci*. 2016;43 (Suppl 1):S3-50.
18. Gascón-Bayarri J, Reñé R, Del Barrio JL, De Pedro-Cuesta J, Ramón JM, Manubens JM, et al. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the Praticon Study. *Neuroepidemiology*. 2007;28:224-34.
19. Tola-Arribas MA, Yugueros MI, Garea MJ, Ortea-Valín F, Cerón-Fernández A, Fernández-Malvido B, et al. Prevalence of dementia and subtypes in Valladolid, Northwestern Spain: the Deminvall Study. *PLoS One*. 2013;8:e77688.
20. Gavrilá D, Antúnez C, Tormo MJ, Carles R, García-Santos JM, Parrilla G, et al. Prevalence of dementia and cognitive impairment in Southeastern Spain: the Ariadna study. *Acta Neurol Scand*. 2009;120:300-7.
21. De Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol*. 2009;9:55:11-27.
22. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C, Ventura T, et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:299-307.
23. Langa KM, Larson EB, Crimmins EM, Faul JD, Levine DA, Kabeto M, et al. A comparison of the prevalence of dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Intern Med*. 2017;177:51-8.
24. Nitrini R, Bottino CMC, Albala C, Custodio-Capuñay NS, Ketzoian C, Maestre GE, et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr*. 2009;21:622.
25. Rodríguez JLL, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008;372:464-74.
26. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*. 2017;32:523-32.
27. Fiest KM, Roberts JI, Maxwell CJ, Hogan DB, Smith EE, Frolkis A, et al. The prevalence and incidence of dementia due to Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Can J Neurol Sci*. 2016;43(Suppl 1):S51-82.
28. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group*. *Neurology*. 2000;54(Suppl 5):S4-9.



29. Fiest KM, Jetté N, Roberts JI, Maxwell CJ, Smith EE, Black SE, et al. The prevalence and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Can J Neurol Sci.* 2016;43(Suppl 1):S3-50.
30. Yuan J, Zhang Z, Wen H, Hong X, Hong Z, Qu Q, et al. Incidence of dementia and subtypes: a cohort study in four regions in China. *Alzheimers Dement.* 2016;12:262-71.
31. Maestre GE, Mena LJ, Melgarejo JD, Aguirre-Acevedo DC, Pino-Ramírez G, Urribarri M, et al. Incidence of dementia in elderly Latin Americans: results of the Maracaibo Aging Study. *Alzheimers Dement.* 2018;14:140-7.
32. Consejo Nacional de Sociedades Científicas. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de síndrome demencial en adultos mayores de La Habana y Matanzas. En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Premio Anual de la Salud, 2011. 36a. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 54-65. Acceso: 12/03/2013. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/premio_anual2011/emplane%20premio%202011_completo.pdf
33. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet.* 2017;390:2673-734.
34. Crous-Bou M, Minguillón C, Gramunt N, Molinuevo JL. Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimers Res Ther.* 2017;9:71-8.
35. Christopher P, Murray JL. Global, regional, and national age & sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015;385:117-71.
36. Gao S, Ogunniyi A, Hall KS, Unverzagt FW, Lane KA, Murrell JR, et al. Dementia incidence declined in African Americans, but not in Yoruba. *Alzheimers Dement.* 2016;12:244-51.
37. Newcomer RJ, Clay TH, Yaffe K, Covinsky KE. Mortality risk and prospective medicare expenditures for persons with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:2001-6.
38. Brodaty H, Seeher K, Gibson L. Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2012;24:1034-45.
39. Guehne U, Riedel-Heller S, Angermeyer MC. Mortality in dementia. *Neuroepidemiology.* 2005;25:153-62.
40. García-Ptacek S, Farahmand B, Kåreholt I, Religa D, Cuadrado ML, Eriksson M. Mortality risk after dementia diagnosis by dementia type and underlying factors: a cohort of 15,209 patients based on the Swedish Dementia Registry. *J Alzheimers Dis.* 2014;41:467-77. Access: 20/09/2019. Available from: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad131856>
41. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2018. La Habana: ONEI; 2019. Acceso 25/06/2020. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>



42. Mimeza Alvarado AI, Aguilar Navarro SG. Factores de riesgo y detección temprana de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Capítulo 3. En: La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud. Gutiérrez Robledo LM, García Peña M, Roa Alvarado PA, Martínez Ruíz A. México D.F.: Intersistemas, S.A.; 2017. p. 37-47.
43. Ministerio de Salud Pública de Cuba. El paciente mayor en la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP; 2017.
44. Bosch-Bayard R, Llibre-Rodríguez JJ, Fernández-Seco A, Borrego-Calzadilla C, Carrasco-García M, Zayas-Llerena T, Moreno-Carbonell C, Reymond-Vasconcelos A. Cuba's Strategy for Alzheimer Disease and Dementia Syndromes MEDICC Rev. 2016, Dec. Acces: 2019/12/30. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=41&id=560&a=va>
45. Bosch-Bayard R, Llibre-Rodríguez JJ, Fernández-Seco A, Borrego-Calzadilla C, Carrasco-García M, Zayas-Llerena T. La estrategia cubana para enfrentar la enfermedad de Alzheimer y los síntomas demenciales. La Habana: MINSAP; 2013 [Internet]. Acceso: 19/07/2020. Disponible en: <https://files.sld.cu/alzheimer/files/2015/06/estrategia-9-dic.pdf>
46. Bamford S-M, Walker T. Women and dementia-not forgotten. Maturitas. 2012 oct;73(2):121-6. Acceso: 23/4/2019. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512212002344>
47. Kahn PV, Wishart HA, Randolph JS, Santulli RB. Caregiver Stigma and Burden in Memory Disorders: An Evaluation of the Effects of Caregiver Type and Gender. Curr Gerontol Geriatr Res. 2016;2016:8316045. doi: 10.1155/2016/8316045. Access: 10/03/2019. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749763/>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

Beatriz Corona Miranda: Realizó la búsqueda de las referencias, el análisis y la interpretación de los resultados.

Ramón Prado Rodríguez: Realizó el análisis e interpretación de los resultados, así como la búsqueda de referencias bibliográficas.

Annia Duany Navarro: Realizó el análisis e interpretación del artículo.

Recibido: 03/07/2020.

Aprobado: 08/08/2020.

