



**EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEMENCIA
Y EL ENVEJECIMIENTO EN LA
POBLACIÓN MAYOR DE MURCIA**

SÉRIE INFORMES 54



Estudio
Ariadna

Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Salud Pública



**EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEMENCIA Y
EL ENVEJECIMIENTO EN LA POBLACIÓN
MAYOR DE MURCIA**



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Salud Pública



Región de Murcia
Consejería de Política Social, Mujer
e Inmigración



ciberesp Centro de Investigación
Biomédica en Red de
Epidemiología y Salud Pública



Fundación para la Formación
e Investigación Sanitarias
de la Región de Murcia

Autores

Diana Gavrilà

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

Mª José Tormo

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

Carmen Antúnez

Médico especialista en Neurología.
Unidad de Demencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Diego Salmerón

Matemático.
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

José María García Santos

Médico especialista en Radiodiagnóstico.
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Morales Meseguer.

Guillermo Parrilla

Médico especialista en Neurología.
Unidad de Demencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Lorenza Fortuna

Médico especialista en Neurología.
Unidad de Demencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Rafael Carles

Neuropsicólogo.
Unidad de Demencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Judit Jiménez

Neuropsicólogo.
Unidad de Demencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Carmen Navarro

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

Apoyo estadístico

Ana María Lledó Alvarez

Matemático.
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

Corrección de estilo

Cristina Pérez Andrés

Médica especialista en Medicina Familia y Comunitaria.
Coordinadora de Redacción. Revista Española de Salud Pública,
Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.

Coordinación administrativa

Mariola Navarro Balibrea

Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

Cita recomendada

Gavrilà D, Tormo MJ, Antúnez C, Salmerón D, García-Santos JM, Parrilla G, Fortuna L, Carles R, Jiménez J y Navarro C. Epidemiología de la demencia y el envejecimiento en la población mayor de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Serie Informes nº 54, 2009.

Edita

Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Salud Pública
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia
968 362039 – Fax: 968 366656

Diseño gráfico

Arterisco Comunicación

Imprime

Pictografía S.L.

ISBN: 978-84-96994-32-4

Depósito legal:

Impreso en papel 100% reciclado libre de cloro

Índice



Index

· Acknowledgements	13
· Funding	13
· Information to readers	13
· Index of tables	15
· Index of graphs	19
· Abbreviations	23
· Abstract	27
· Abstract (English translation)	33
· Introduction	39
· Aims	49
· Persons and methods	53
· Study design and calculation of sample size	55
· Questionnaire used in the population study	57
· Neuropsychological scales	58
· Physical and neurological explanation	59
· Laboratory analysis	61
· Genetic examination	61
· Neuroimaging tests	61
· Criteria for diagnosing dementia	61
· Analysis of information	62
· Ethical aspects	62
· Results	63
· Description of the sample, response rates and comparison with the general population of the city of Murcia and with that of the Region of Murcia	65
· Normative values of the Mini-Mental State Examination (MMSE)	67
· Dementia and subtypes	70
· Extrapolation of the main findings of the Ariadna study to the whole elderly population of the city and Region of Murcia, adjusted for education	72
· Sociodemographic characteristics and social network of the elderly	73
· Lifestyles	74
· Depression	85
· Self-perceived health	86
· Degree of dependence	88
· Discussion	95
· Recommendations	103
· Bibliography	107
· Tables of results	113
· Annex	145

Índice

· Agradecimientos	13
· Financiación	13
· Aviso a los lectores	13
· Índice de tablas	15
· Índice de gráficos	19
· Abreviaturas	23
· Resumen	27
· Abstract (Traducción al Inglés del Resumen)	33
· Introducción	39
· Objetivos	49
· Personas y métodos	53
· Diseño del estudio y cálculo del tamaño de la muestra	55
· Cuestionario del estudio poblacional	57
· Escalas neuropsicológicas utilizadas durante el estudio clínico	58
· Exploración física y neurológica	59
· Análisis de laboratorio	61
· Examen genético	61
· Pruebas de neuroimagen	61
· Criterios diagnósticos de demencia	61
· Análisis de la información	62
· Aspectos éticos	62
· Resultados	63
· Descripción de la muestra, tasas de respuesta y comparación con la población general del municipio y de la Región de Murcia	65
· Valores normativos del <i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	67
· Demencia y tipos	70
· Extrapolación de los resultados de la prevalencia de demencia y de Enfermedad de Alzheimer del estudio Ariadna a la población del municipio y de la Región de Murcia ajustando por nivel educativo	72
· Características sociodemográficas y red social	73
· Estilos de vida	74
· Depresión	85
· Autopercepción del estado de salud	86
· Necesidades de ayuda, grado y tipo de cobertura	88
· Discusión	95
· Recomendaciones	103
· Bibliografía	107
· Tablas de resultados	113
· Anexo	145
· Cuestionario de la Fase I Estudio poblacional	



Agradecimientos
Financiación
Aviso a los lectores

Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias al respaldo del Servicio Murciano de Salud a través de la Subdirección General de Asistencia Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias y las siguientes unidades y centros:

- Unidad de Demencias del Hospital Virgen de la Arrixaca
- Unidad de Radiodiagnóstico Hospital Morales Meseguer
- Unidad de Genética del Hospital Virgen de la Arrixaca
- Centros de Salud El Carmen, Espinardo, Murcia Centro, San Andrés, Santa María de Gracia, Vista Alegre, Vistabella, Murcia Infante, Consultorio de Sucina
- Área de servicios sociales del Ayuntamiento de Murcia

Agradecemos su colaboración a todo el personal de estos centros, ya que desde la coordinación médica hasta el personal administrativo participaron para que este estudio se pudiera llevar a cabo.

Reconocemos sinceramente las facilidades prestadas por el gerente de Atención Primaria del área de Murcia y el Prof. Domingo Pérez Flores de la Unidad de Bioestadística de la Facultad de Medicina de Murcia.

Financiación

El estudio ha recibido financiación a través de la Consejería de Sanidad y Consumo, la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración y el Instituto de Salud Carlos III a través de los Centros de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (C03/09) y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain.

La impresión en papel de esta publicación ha sido subvencionada por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS09/AE/PUBL2-01).

Aviso a los lectores

Con la intención de hacer la lectura más ágil hablaremos de personas mayores para referirnos a las mayores de 64 años y de Murcia para indicar el municipio de Murcia. Ambos límites acotaron, por viabilidad del estudio, la población objeto de nuestro estudio. No obstante, indica-

mos claramente en el texto las escasas pero necesarias extrapolaciones que hacemos de los principales resultados del estudio Ariadna a la población total mayor de 64 años de la Región de Murcia.

Índice de Tablas



Índice de Tablas

Introducción	
1 Estudios de prevalencia de demencia en dos fases (fase de screening y de confirmación). Artículos publicados durante el periodo 1999-2009.	43
Personas y método	
2 Escalas neuropsicológicas utilizadas.	59
3 Variables del estudio Ariadna: categorías y criterios empleados.	60
Resultados	
4 Tasas de respuesta	
4.1 Estudio poblacional	115
4.1.1 Tasas de respuesta por sexo y grupos de edad: muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados.	115
4.1.2 Tasas de respuesta por sexo y tipo de residencia: muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados.	115
4.2 Fase clínica de confirmación	116
4.2.1 Tasas de respuesta por sexo y grupos de edad: muestra elegible, evaluación clínica, neuroimagen y estudio genético.	116
4.2.2 Tasas de respuesta por sexo y tipo de residencia: muestra elegible, evaluación clínica, neuroimagen y estudio genético.	116
4.2.3 Tasas de respuesta por sexo y nivel de estudios: muestra elegible, evaluación clínica, neuroimagen y estudio genético.	117
5 Resultados del MMSE en la fase poblacional y datos normativos	
5.1 Puntuaciones del MMSE (media y DE) según sexo, edad y nivel de estudios en todas las personas, en las personas sin demencia y en las dementes.	118
5.2 Puntuaciones de los componentes del MMSE (orientación, fijación, atención y cálculo, memoria, lenguaje) según sexo, edad y nivel de estudios en todas las personas, en las personas sin demencia y en las dementes.	119
5.3 Datos normativos en Murcia para la función cognitiva en personas mayores sin demencia según edad y nivel educativo.	120
6 Demencia	
6.1 Prevalencia de la demencia y de los subtipos según sexo, edad, tipo de residencia y nivel de estudios	121
6.2 Factores asociados (OR e IC 95%) con la demencia	121
6.3 Prevalencia de demencia y de Enfermedad de Alzheimer en el estudio Ariadna y estimada para el municipio y la región ajustando por nivel educativo	72
7 Características sociodemográficas, médicas y estilos de vida de las personas mayores	
7.1 Características demográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia) según diagnóstico de demencia.	122
7.2 Características de las condiciones de vida y de la red social según diagnóstico de demencia (estado civil, ingresos, numero de hijos, relaciones con los hijos, relaciones con los amigos, convivencia).	123
7.3 Antecedentes familiares según diagnóstico de demencia.	124
7.4 Antecedentes médicos personales y tratamientos según diagnóstico de demencia. Estilos de vida de las personas mayores según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, nivel de ingresos) y diagnóstico de demencia.	125

7.5.1	Consumo de tabaco de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	125
7.5.2	Consumo de cerveza de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	126
7.5.3	Consumo de vino de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	127
7.5.4	Consumo de licor de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	128
7.5.5	Actividad física de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	129
7.5.6	Número de horas al día que duermen las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	130
7.5.7	Número de horas al día que las personas mayores ven la televisión según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	131
7.5.8	Frecuencia con la que las personas mayores realizan actividades de leer libros/prensa, escribir, estudiar, hacer crucigramas, pintar o dibujar según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	132
7.5.9	Frecuencia con la que las personas mayores realizan actividades culturales y de ocio: conciertos, teatro, exposiciones de arte, viajar, jugar a las cartas o a otros juegos con más gente, participar en grupos sociales o de personas jubiladas según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	133
7.5.10	Frecuencia con la que las personas mayores realizan actividades de jardinería, cultivar la huerta, tareas domésticas, cocinar, trabajar pese a estar jubilado, trabajo voluntario, coser, hacer punto o ganchillo, según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	134
8	Depresión	
8.1	Prevalencia de la depresión según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, nivel de ingresos) y diagnóstico de demencia.	135
8.2	Factores asociados (OR e IC 95%) con la depresión en las personas mayores.	135
9	Autopercepción del estado de salud por las personas mayores	
9.1	Estado de salud percibido según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, nivel de ingresos) y comorbilidad.	136
9.2	Prevalencia del estado de salud autopercibido malo o muy malo según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, nivel de ingresos) y comorbilidad.	137
9.3	Factores asociados (OR e IC 95%) con una mala percepción del estado de salud.	138
10	Necesidades de ayuda en las actividades de la vida diaria, grado de cobertura de estas necesidades y tipo de ayuda recibida.	
10.1	Necesidades de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria según sexo y edad.	139
10.2	Grado de cobertura de la necesidad de ayuda para cada tipo de actividad de la vida diaria según sexo y edad: a. Necesidades cubiertas; b. Necesidades no cubiertas.	140
10.3	Tipo de ayuda recibida para cada tipo de actividad de la vida diaria según sexo y edad.	124
11	Comparación entre el consumo de tabaco de las personas mayores en Murcia y a nivel nacional.	100
12	Comparación entre el consumo de vino de las personas mayores en Murcia y a nivel nacional.	100

Índice de Gráficos



Índice de Gráficos

Gráfico 1	Diagrama de flujos del diseño del estudio.	55
Gráfico 2	Comparación por grupos de edad y sexo de la estructura de la población del municipio de Murcia (censo 2001) con la fracción de la muestra del estudio Ariadna que contestó al cuestionario. Valores expresados en porcentajes correspondientes a cada grupo de edad y sexo.	65
Gráfico 3	Comparación de la estructura de la población del municipio de Murcia (censo 2001) con la fracción de la muestra del estudio Ariadna que contestó al cuestionario por nivel de estudios y sexo. Valores expresados en porcentajes correspondientes a cada categoría.	66
Gráfico 4	Distribución de las puntuaciones de MMSE entre las personas mayores con y sin demencia en el municipio de Murcia.	67
Gráfico 5	Percentiles de los valores de MMSE según edad en las personas mayores no dementes del municipio de Murcia.	68
Gráfico 6	Distribución de los tipos de demencia en hombres, mujeres y ambos sexos.	70
Gráfico 7	Prevalencia de demencia y sus tipos según variables sociodemográficas.	71
Gráfico 8	Características sociodemográficas y red social de las personas mayores según diagnóstico de demencia.	72
Gráfico 9	Antecedentes médicos personales y tratamientos según diagnóstico de demencia.	74
Gráfico 10	Consumo de tabaco de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	75
Gráfico 11	Consumo de cerveza de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	76
Gráfico 12	Consumo de vino de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	77
Gráfico 13	Consumo de licor de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	78
Gráfico 14	Actividad física de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de la demencia.	79

Gráfico 15	Número de horas que duermen al día las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	80
Gráfico 16	Número de horas que ven la televisión al día las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	81
Gráfico 17	Frecuencia de actividades: leer libros/prensa, escribir, estudiar, hacer crucigramas, pintar o dibujar de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	82
Gráfico 18	Frecuencia de actividades culturales y de ocio (ir a conciertos, teatro, exposiciones de arte, viajar, jugar a las cartas o a otros juegos con más gente, participar en grupos sociales o de jubilados) según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	83
Gráfico 19	Frecuencia de actividades de jardinería, cultivar la huerta, hacer tareas domésticas, cocinar, trabajar pese a estar jubilado, hacer trabajo voluntario, coser, hacer punto o ganchillo de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.	84
Gráfico 20	Prevalencia de depresión según diagnóstico de demencia y variables sociodemográficas.	85
Gráfico 21	Autopercepción del estado de salud según edad.	86
Gráfico 22	Autopercepción del estado de salud según sexo.	87
Gráfico 23	Prevalencia del estado de salud autopercibido malo o muy malo según nivel de estudios por sexos.	87
Gráfico 24	Grado de cobertura de las necesidades de ayuda para cada tipo de actividad de la vida diaria según sexo.	89
Gráfico 25	Grado de cobertura de las necesidades de ayuda para cada tipo de actividad de la vida diaria según edad.	90
Gráfico 26	Tipo de ayuda recibida para cada tipo de actividad de la vida diaria según sexo.	91
Gráfico 27	Tipo de ayuda recibida para cada tipo de actividad de la vida diaria según edad.	92
Gráfico 28	Preferencias para recibir ayuda según sexo	93
Gráfico 29	Comparación entre las dificultades para algunas actividades cotidianas de las personas mayores de Murcia con las de España.	101



Abreviaturas

Abreviaturas

AMCI	<i>Amnestic mild cognitive impairment</i>
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AVD	Actividades de la vida diaria
CAMCOG	<i>Cambridge Cognitive Examination</i>
CAMDEX	<i>Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination</i>
CDR	<i>Clinical Dementia Rating</i>
CIND	<i>Cognitive impairment, no dementia</i>
DCL	Demencia con cuerpos de Lewy
DFT	Demencia frontotemporal
DSM IV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM</i>) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (<i>American Psychiatric Association</i>)
DV	Demencia vascular
E	Especificidad
EA	Enfermedad de Alzheimer
EAECV	Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada
ECV	Enfermedad cerebrovascular
GDS	<i>Global Deterioration Scale</i>
H	Hombres
IC	Intervalo de confianza
IMC	Índice de masa corporal
M	Mujeres
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MMSEA	<i>Mini-Mental State Examination</i> ajustado según edad y nivel educativo
NINCDS-ADRDA	<i>National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association</i>
NINCDS-AIREN	<i>National Institute of Neurological Disorders and Stroke and The Association Internationale pour la Recherche et L' Enseignement en Neurosciences</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
OTD	Otros tipos de demencia
S	Sensibilidad



Resumen

Resumen

En las últimas décadas, se han producido importantes cambios en la estructura por edades de la población mundial, sobre todo en los países desarrollados. La disminución de la mortalidad, el control de la natalidad y la creciente esperanza de vida han hecho posible que una gran parte de la población alcance la vejez. Esta situación ha ido paralela a la aparición de enfermedades ligadas a la edad, sobre todo las que producen trastornos físicos y mentales. Dentro de este grupo de enfermedades las demencias despiertan interés y preocupación por causar gastos muy elevados y difíciles de asumir por los sistemas sanitarios.

La demencia es un síndrome clínico plurietiológico que provoca un deterioro persistente de las funciones mentales superiores respecto a un nivel previo y conlleva una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como en el laboral en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia. Su diagnóstico se basa en el cumplimiento de una serie de criterios. La enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo más común de demencia, seguida por la demencia vascular (DV) causada por enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica.

El objetivo principal de este trabajo es determinar la prevalencia de la demencia y de sus subtipos

(Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada, demencia vascular y otros tipos de demencia) en la población mayor de 64 años del Municipio de Murcia. Como objetivos secundarios se han propuesto: analizar los factores asociados con la presencia de los diferentes tipos de demencia, investigar la distribución de las variables socio-sanitarias (grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, salud autopercebida, depresión, redes sociales, estilos de vida), determinar las necesidades de ayuda percibidas y satisfechas y extrapolar, en la medida de lo posible, los principales resultados de este estudio a la totalidad de la población mayor de la Región de Murcia.

Se realizó un estudio de prevalencia a través de un trabajo diseñado en 2 etapas. La primera fase consistió en un estudio puerta a puerta para identificar a los individuos con posible demencia. En la segunda fase se realizó su estudio completo para confirmar el diagnóstico. Se seleccionó una muestra de 1.500 personas mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, eligiendo del municipio de Murcia dos núcleos de población (conglomerados): Murcia capital como hábitat urbano (≥ 2.000 habitantes) y Sucina como rural (< 2.000 habitantes). La muestra se estratificó por edades (65-69, 70-74, 75-79, 80-

Resumen

84 años, 85 años y más) y por sexos, y se diseñó para obtener un número proporcional de sujetos en cada subgrupo de edad y sexo. Se incluyó a las personas institucionalizadas. Las personas con incapacidad psíquica por causa distinta a la demencia fueron excluidas. Entrevisitadores previamente entrenados utilizaron la versión española validada del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) para encuestar a las personas seleccionadas en el muestreo. Además se incluyó un cuestionario con datos sociodemográficos, de estilos de vida, estado de salud y morbilidad percibida junto a preguntas para identificar necesidades sociosanitarias (grado de dependencia para las actividades de la vida diaria) y las necesidades de ayuda percibidas y satisfechas. En la fase de confirmación del diagnóstico se derivaron a la Unidad de Demencias a las personas que tenían una puntuación menor de 25 del MMSE ajustado (MMSEa) según edad y nivel de estudios, donde se les realizó una evaluación clínica y neuropsicológica, con exploración física general, neurológica y examen cognitivo. Adicionalmente, a los participantes que consintieron en esta segunda fase, se les realizó una serie de pruebas de neuroimagen (estudio morfológico convencional, especial y metabólico), bioquímicas y un análisis genético para la determinación del tipo de la apolipoproteína E. Finalmente, en caso de situación de dependencia, se evaluó la sobrecarga recibida por la persona responsable del cuidado mediante la escala de Zarit. Todas las historias clínicas de los participantes en la segunda fase fueron revisadas por dos neurólogos. En los casos en los que al principio hubo discordancia entre los diagnósticos de los dos neurólogos, estos se

reunieron para llegar a un consenso. El diagnóstico de demencia se basó en los criterios DSM IV. Los criterios NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) y NINCDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and The Association Internationale pour la Recherche et L'Enseignement en Neurosciences) se utilizaron para el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia vascular (DV), respectivamente. Se diagnosticaron como Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada (EAECV) las personas que cumplían los criterios NINCDS-ADRDA para EA y además tenían una puntuación ≥ 4 en la escala de Hachinski.

El análisis de la información es fundamentalmente descriptivo. Se calcularon datos normativos de la puntuación del MMSE (media, DE, percentil 10, 25, 50, 75 y 90) en población no demente según grupo de edad y nivel de estudios. Se calculó la prevalencia y el IC al 95% de demencia total, EA, EAECV y DV según las variables de diseño (edad, sexo, tipo de residencia, nivel de estudios). Se ajustaron modelos de regresión logística para estimar los Odds Ratios (OR) de prevalencia para los diferentes factores de riesgo considerados (edad, sexo, nivel de estudios y tipo de residencia). Se estimó la prevalencia de demencia a nivel del municipio y la Región de Murcia.

El estudio recibió la aprobación del comité ético del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Se obtuvo un consentimiento informado genérico

de todos los participantes y otro específico para aquellas personas que participaron en la fase II o estudio de confirmación. Para los participantes con deterioro cognitivo incapacitante, el consentimiento informado fue firmado por un familiar.

Del total de las 1.500 personas elegibles, 1.074 (71,6%) contestaron el cuestionario. Para la fase clínica de confirmación del deterioro cognitivo, el 74% completó la evaluación clínica y el 66% el estudio genético, mientras que sólo el 38% aceptó el estudio por neuroimagen. Durante la fase clínica se diagnosticó a 56 personas con demencia: 30 con EA, 16 con EAECV, 8 con DV y 2 con otros tipos de demencia. Se estima que la prevalencia de demencia en personas mayores de 64 años en el municipio de Murcia es del 5,5% (IC95%: 4,3-7,1). Por tipos de demencias, la prevalencia fue del 3,0% (IC95%: 2,1-4,2) para la EA, 1,6% (IC95%: 1,0-2,6) para la EAECV y 0,8% (IC95%: 0,4-1,6) para la DV.

Las puntuaciones medias del MMSE fueron de $26,9 \pm 3,1$ entre las personas sin demencia y $12,8 \pm 7,7$ en los casos de demencia. Excluyendo los casos de demencia, las mujeres tuvieron de media menores puntuaciones de MMSE ($26,4 \pm 3,5$) que los hombres ($27,5 \pm 2,5$) y esta diferencia fue mayor en el grupo de personas que no saben leer ni escribir y con edad de 85 años y más. Entre las personas sin demencia, destaca el grupo que no sabe leer ni escribir por presentar menor puntuación que el resto en atención y cálculo, lenguaje y orientación. En cuanto a la edad, se observa una disminución progresiva de la puntuación en casi todas las áreas de la función cognitiva cuando va aumentando, con la excepción de la fijación (repetición y retención mental

inmediata de palabras) que se mantiene constante, aunque el descenso de la puntuación global es más lento a mayor nivel educativo.

Tras extraer los principales resultados del estudio Ariadna al conjunto de la población mayor de la Región de Murcia, teniendo en cuenta el diferente nivel educativo (la proporción de nivel educativo mayor es superior en el municipio que en la Región), la prevalencia de demencia sufre un ligero incremento pasando del 5,5% al 6,6% para toda la población mayor de 64 años de la Región. La enfermedad de Alzheimer pasa, asimismo, del 4,5% al 5,1%.

Según el tipo de actividad de la vida diaria, entre el 3% y el 20% de los mayores declara necesitar ayuda para realizarla, llegando a valores entre el 6% y el 32% entre las personas mayores de 75 años. Para las mujeres la actividad en la que más necesitan ayuda es la de hacer las tareas de la casa (27%), mientras que los hombres necesitan ayuda en mayor proporción para preparar la comida (14%). En ambos sexos la actividad en la que menos necesitan ayuda es la de comer. Con la excepción de preparar la comida, para todas las demás actividades la proporción de mujeres que declaran necesitar ayuda es mayor que la de hombres.

Aunque más del 70% de las personas que necesitan ayuda en la mayoría de las actividades de la vida diaria declaran que la reciben, destaca que para las actividades “salir a caminar” y “subir y bajar escaleras” no están cubiertas en el 16% y el 20% respectivamente.

La realización de estudios poblacionales en

Resumen

personas mayores presenta una dificultad adicional por los problemas de desplazamiento de estas personas. Si es factible realizar la primera fase del estudio epidemiológico puerta a puerta para el cribado se puede obtener una buena respuesta. Sin embargo, cuando es necesaria una segunda fase de confirmación la respuesta total suele bajar drásticamente, pudiendo sesgar en parte los resultados. Además, aunque el MMSE es el instrumento de medida de la función cognitiva más utilizado internacionalmente, se conoce que presenta limitaciones a la hora de discriminar en poblaciones poco educadas haciendo más necesaria si cabe la confirmación. En la fase puerta a puerta la representatividad de nuestro estudio se mantuvo con una tasa de respuesta del 72% y en la fase de confirmación clínica tres de cada 4 personas (73,5%) pudo ser evaluada, no detectándose diferencias importantes, con las variables disponibles, con los no participantes.

Las prevalencias de demencia y EA en la Región son similares a las encontradas en estudios recientes europeos y españoles e inferiores a las de estudios previos llevados a cabo en España en la década de los años 90. Diferencias en los grupos de edad estudiados, inclusión o no de la población mayor institucionalizada, aumento relativo del nivel educativo en las cohortes de mayores más recientes y diferencias en los criterios diagnósticos pueden explicar las diferencias y hacen en este campo, si cabe, más crítico el hacer comparaciones muy precisas con estudios realmente similares.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se estima que el número de personas afectadas por demencia podría ser aproximadamente de 3.000 en el municipio de Murcia y de 11.100 en toda la Región de Murcia. De estas personas, 2.300 en el municipio y 8.600 en la Región de Murcia padecerían EA o EAECV.

A la luz de los resultados obtenidos se pueden formular las siguientes recomendaciones generales:

- Dado el imparable envejecimiento de la población se hace necesaria una provisión de servicios a las personas afectadas y a sus cuidadores. Hay que vigilar para que la Ley de Dependencia se aplique sin crear desigualdades y con un presupuesto ajustado a las necesidades reales.
- Se necesitan estudios longitudinales para detectar mejor a las personas que pueden desarrollar una demencia y así poder orientar las intervenciones preventivas y desarrollar modelos adecuados de asistencia. Los estudios longitudinales permitirían también establecer el riesgo de mortalidad según las diferentes categorías de alteración cognitiva completando el cuadro en base a la evaluación de carga de enfermedad, los años potenciales de vida perdidos y los años de vida ajustados por discapacidad.



Abstract

Abstract

There have been important changes in the age structure of the world population in developed countries in recent decades. The decrease in death rate, birth control and growing life expectancy have meant that a large part of the population now reaches old age. At the same time age related illnesses have appeared, especially those which produce physical and mental disorders. Within this group dementias arouse health concerns and interest as they suppose high costs which health systems have difficulty in assuming.

Dementia is a plurietiological clinical syndrome which causes persistent deterioration of the higher mental functions with respect to previous levels, bringing with it functional incapacity in the social and work sphere for people who suffer no alterations in awareness levels. Its diagnosis is based on the fulfilment of a series of criteria. Alzheimer's Disease (AD) is the commonest form of dementia, followed by vascular dementia (VD) caused by ischemic or haemorrhage cerebrovascular disease.

The main aim of this study is to determine the prevalence of dementia and its subtypes (Alzheimer's disease, Alzheimer's Disease with associated cerebrovascular disease, vascular

dementia and other types of dementia in the over 64 years population in Murcia. Secondary aims included the analysis of the factors associated with the presence of the different types of dementia, the investigation of the distribution of the sociosanitary variables (degree of dependence in daily activities, self-perceived health, depression, social networks, lifestyles), determining the perceived and satisfied needs for help and extrapolation, as far as possible, of the main findings of this study to the whole elderly population of the Region of Murcia.

A two-stage study was designed to measure prevalence. The first stage comprised a door to door study aimed at identifying individuals with possible dementia. The second involved a complete study to confirm the diagnoses. A sample of 1,500 people was chosen by stratified cluster random sampling. Two population nuclei (clusters) were chosen for the municipal area of Murcia: the city itself as an urban habitat (≥ 2.000 inhabitants) and Sucina, as a rural habitat (< 2.000 inhabitants). The sample was stratified by age (65-69, 70-74, 75-79, 80-84 years, 85 years and over) and by gender. It was also designed so as to give a proportional number of subjects for each age and gender subgroup. Institutionalized persons were included. Persons with psychic

Abstract

incapacities other than dementia were excluded. Trained interviewers used the validated Spanish version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) to interview the people selected for the sample. A questionnaire was also conducted which included socio-demographic data, lifestyles, health status and perceived morbidity along with questions aimed at identifying their socio-sanitary needs (degree of dependence for daily activities) and their perceived and satisfied help requirements. During the diagnosis confirmation stage, subjects scoring under 25 on the adjusted MMSE (MMSEa) according to age and level of education were remitted to the Dementia Unit, where they were clinically and neuropsychologically assessed, a process which included a general physical exploration, a neurological one and a cognitive assessment. Participants who consented also underwent a series of neuroimaging tests (a conventional morphological one, a special one and a metabolic one), other biochemical tests and a genetic analysis to determine apolipoprotein E type. Finally, in the case of dependence, the overload borne by the person in charge of their care was evaluated using the Zarit scale. All medical records of the second stage subjects were reviewed by two neurologists. In the cases of initial discrepancy in their diagnoses, the neurologists discussed the situation to reach an agreement. Diagnosis of dementia was based on the DSM IV criteria. The NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) and NINCDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and The Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neu-

rosciences) criteria were used for diagnosing Alzheimer's Disease (AD) and Vascular Dementia (DV), respectively. Alzheimer's Disease with associated cerebrovascular disease (AD with CVD) was diagnosed for those subjects who met the NINCDS-ADRDA criteria for AD and who also scored ≥ 4 on the Hachinski scale.

The analysis of the information is basically descriptive. Normative data were calculated from the MMSE score (mean, DE, percentile 10, 25, 50, 75 and 90) in non demential population according to age and level of education groups. Prevalence and IC 95% were calculated of total dementia, Alzheimer's disease, Alzheimer's disease with associated cerebrovascular disease and vascular dementia according to the design variables (age, gender, type of residence, level of education). Logistic regression models were adjusted to estimate the Odds Ratios (OR) of prevalence for the various risk factors considered (age, gender, level of education and type of residence). Prevalence of dementia was estimated at Murcia city level and Region of Murcia level.

The study was approved by the ethics committee of the Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. All participants gave a general informed consent and those who participated in the second stage or confirmation of the study gave further specific consent. For participants suffering disabling cognitive deterioration, informed consent was given by next of kin.

Of the 1,500 eligible candidates, 1,074 (71.6%) answered the questionnaire. In the cognitive deterioration confirmation stage, 74% completed

the clinical assessment and 66% the genetic study, while only 38% accepted the neuroimaging study. Dementia was diagnosed for 56 people during the clinical stage: 30 with EA, 16 with AD with CVD, 8 with DV and 2 with other types of dementia. It is estimated that prevalence of dementia in persons over 64 in the city of Murcia stands at 5.5% (IC95%: 4.3-7.1). The breakdown by type of dementia was 3.0% (IC95%: 2.1-4.2) for AD, 1.6% (IC95%: 1.0-2.6) for AD with CVD and 0.8% (IC95%: 0.4-1.6) for DV.

Mean scores for the MMSE were 26.9 ± 3.1 among subjects with no dementia and 12.8 ± 7.7 for those with. Excluding the cases of dementia, females had lower mean scores for the MMSE (26.4 ± 3.5) than males (27.5 ± 2.5) and this difference was greater amongst those who cannot read or write and 85 years old or over. Among those without dementia it is noteworthy that those who cannot read or write scored lower in attention, calculation, language and orientation. As regards age, a progressive decrease was observed in the score in almost all areas of cognitive function as age increases, with the exception of fixing (repetition and immediate mental retention of words), which remains constant. However, the decrease in score is slower amongst those with higher levels of education.

Following extrapolation of the main findings of the Ariadna study to the whole elderly population of the Region of Murcia, and taking into consideration the different level of education (the proportion of higher education is higher in the city than in the Region), the prevalence of dementia undergoes a slight increase, going from 5.5% to

6.6% for all the 64 years and over population in the Region. Alzheimer's disease likewise rose from 4.5% to 5.1%.

This study has determined the prevalence of dementia and its types in the over 64 year old population of Murcia. Information about the population has also been obtained in terms of socio-sanitary aspects for the 65 years and over population of Murcia and special emphasis was placed on determining the perceived and satisfied needs of those with reduced autonomy.

As regards type of daily activity, between 3% and 20% of the participants stated they needed help in this with the figure rising to between 6% and 32% among those over 75. Females required most help in performing household chores (27%), while males needed most in meal preparation (14%). For both genders the activity requiring least help was eating. With the exception of preparing meals, the proportion of females stating their need for help was higher than that of males.

Although over 70% of persons needing help for the majority of their daily activities stated that they received it, it is noteworthy that "going out for a walk" and "climbing and descending stairs" were not covered in 16% and 20% of the cases, respectively.

Carrying out population studies amongst the elderly entails a further difficulty because of the difficulties they have in getting about. If it is feasible to carry out an initial epidemiological door to door study for screening then a good response can be obtained. However, when a

Abstract

second confirmation stage is necessary the total response tends to fall drastically and may lead to some bias in the results. Moreover, although the MMSE is internationally the most used tool for measuring cognitive function, it is well known that it has its limitations in discriminating among lesser educated populations, so making confirmation necessary. In the door to door stage our study proved to be representative with a response rate of 72%, and in the clinical confirmation stage three out of four people (73,5%) were assessed and no important differences were detected with non participants, from the available variables.

The prevalences of AD in the Region are similar to those found in recent European and Spanish studies and lower than those found in earlier studies conducted in Spain during the 1990s. Differences in the age groups studied, the inclusion or exclusion of the institutionalized elderly population, the relative rise in levels of education in the cohorts of the more recent elderly and differences in diagnosis criteria may explain these differences while making it even more critical, if possible, to make highly exact comparisons with recent similar studies.

From the results it is estimated that the number of people affected by dementia could be around 3,000 in the city of Murcia and about 11,100 in the whole Region. Of these, 2,300 in the city and 8,600 in the Region would suffer from AD or AD with CVD.

In the light of the findings the following general recommendations are proposed:

- Given the unstoppable ageing of the population, it is necessary to provide services for those affected and for their carers. The Dependence Law must be followed to ensure that inequalities do not arise from its application and that its budget is in line with real needs.
- Longitudinal studies are required to better detect persons who may be developing a dementia and so direct preventive actions and develop suitable models of assistance. Longitudinal studies also serve to establish risk of death depending on the different categories of cognitive alteration, so completing the record in terms of assessment of disease's burden, the potential number of life years lost and the life years adjusted by incapacity.



Introducción

Introducción

En las últimas décadas, se han producido importantes cambios en la estructura por edad de la población mundial, sobre todo en los países desarrollados. La disminución de la mortalidad, el control de la natalidad y la creciente esperanza de vida han hecho posible que una gran parte de la población alcance la vejez. Este incremento de la población envejecida ha ido paralelo a la aparición de enfermedades ligadas a la edad, sobre todo las que afectan a pérdidas físicas y mentales. Dentro de este grupo de enfermedades las demencias despiertan especial interés y preocupación sociosanitaria, ya que además de ser una de las primeras causas de incapacidad para este colectivo, provocan unos elevados gastos sanitarios difíciles de asumir por los sistemas sanitarios y un enorme desgaste por parte de los cuidadores y las familias.

La demencia es un síndrome clínico plurietiológico que provoca un deterioro persistente de las funciones mentales superiores, respecto a un nivel previo, que conlleva a una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como en el laboral en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia. Su diagnóstico se basa en el cumplimiento de una serie de criterios. La enfermedad de Alzheimer (EA), descrita por

primera vez hace poco más de 100 años, es el tipo más común de demencia. La EA es una afección neurodegenerativa caracterizada por deterioro progresivo de la función cognitiva, de la memoria y de la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. El segundo tipo más común es la demencia vascular (DV) causada por enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica.

La etiología de la demencia es multifactorial como resultado de la interacción entre la susceptibilidad genética y los factores ambientales. Tanto su prevalencia como la incidencia aumentan con la edad. Hasta la fecha la apolipoproteína E ε4 (ApoE ε4) es el único factor de riesgo de importancia confirmado para la población general.¹⁻³ Un nivel alto de educación⁴⁻⁶, la práctica de actividad física regular⁷⁻⁹, un estilo de vida activo e integrado socialmente¹⁰⁻¹¹, las actividades de ocio que implican las funciones cognitivas y sociales¹¹⁻¹² y la presencia de una red social¹³ se han asociado con un menor riesgo de demencia.

La prevalencia de demencia varía entre 4% y 23%. En la Tabla 1 se presenta un resumen de estudios de prevalencia de demencia en dos fases (fase de screening y de confirmación)

Introducción

realizados en España^{14,16-20} y el resto del mundo^{15,21-24}, publicados durante el periodo 1999-2009. Es necesario, sin embargo, advertir que, siendo el diagnóstico de demencia una aproximación basada en a) deterioro cognitivo relativo a una situación previa, b) una batería de pruebas neuropsicológicas y c) una completa anamnesis y exploración neurológica, y siendo por ahora la confirmación exclusivamente post mortem, los resultados de las encuestas poblacionales sobre demencias son muy sensibles a los diferentes criterios diagnósticos utilizados durante el estudio. Estos criterios han evolucionado a medida que se conoce mejor la enfermedad. Y, hay que añadir, que las encuestas publicadas difieren en el diseño por lo que sus resultados son muy sensibles a pequeñas variaciones de factores que afectan a las comparaciones, como son los grupos de edad incluidos, las tasas de respuesta obtenidas (a menudo no publicadas o difíciles de interpretar), a la inclusión o no de población institucionalizada, al aumento en el nivel educativo de las cohortes más recientes de personas mayores, entre otros.

En la Región de Murcia el 14% de la población tiene 65 años o más y en este grupo el 59% no ha tenido educación formal. Entre 1990 y 1999 la tasa bruta de mortalidad por EA se multiplicó por 3,5 en ambos sexos, aumento muy superior al que explicaría el envejecimiento de la población²⁵, haciendo pensar que otras explicaciones deben estar tras el aumento, bien la mejora diagnóstica de la enfermedad bien un verdadero incremento en su incidencia o bien ambas.

Obtener datos fiables de prevalencia específica por edad y sexo es útil tanto para la investigación etiológica como para la planificación sanitaria. En el análisis de situación del Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007²⁶ se considera que el conocimiento sobre la magnitud de estas enfermedades en la Región de Murcia resulta insuficiente, ya que los únicos datos disponibles proceden de las estadísticas de mortalidad y de morbilidad hospitalaria, y concluye que es importante conocer la prevalencia de estas enfermedades en la Región, así como llevar a cabo una evaluación de las necesidades sanitarias y sociales que generan. Por eso, en las líneas de actuación del Plan de Salud en el Área de Personas Mayores se incluye la realización de un estudio epidemiológico y puesta en marcha de otras herramientas que permitan conocer la prevalencia de las principales enfermedades neurodegenerativas y enfermedades que cursan con deterioro cognitivo importante. También se aprovecha la realización de este estudio para obtener datos sobre dependencia y necesidades de ayuda de la población mayor. Aunque nos hubiera gustado poder realizarlo en una muestra de toda la Región, no ha sido posible por problemas de factibilidad, ya que el estudio implicaba el desplazamiento de personas mayores a la Unidad de Demencia, ubicada en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, para la realización de la evaluación neurológica y al Hospital Morales Meseguer para la realización de las pruebas de neuroimagen. Por estas razones se decidió realizar el estudio en una muestra representativa del municipio de Murcia aún teniendo en cuenta el hecho de que la población es urbana y con un nivel de educación superior a la media de la Región.

Tabla 1. Estudios de prevalencia de demencia en dos fases (fase de screening y de confirmación).
Artículos publicados durante el periodo 1999-2009.
ESTUDIOS ESPAÑOLES.

Referencia	Lugar y año	Población	Diseño del estudio	Tipo de deterioro cognitivo	Test utilizado	Criterios diagnósticos	Variables estudiadas	Prevalencia
Vilafranca J, ¹⁸ 2000	Gerona, 1990	1.460 ≥ 70 años No institucionalizados	2 fases: 1. MMSE administrado por médicos de cabecera y diplomados en enfermedad 2. evaluación clínica de todos los sujetos con MMSE < punto de corte y número similar y representativo de sujetos con MMSE > punto de corte por neurólogo y psicólogo (CAMDEX)	Demencia y subtipos	MMSE punto de corte: <24 S 92,5% E 70,9%	CAMDEX	Sexo Edad	Demencia 16,3% (10,8% H, 19,9% M) EA 6,6% DV 6,2% DM 1,9% Estiman 4,7% casos de demencia entre los sujetos con MMSE > punto de corte Asociación con sexo y edad, análisis univariado
García FJ, ¹⁴ 2001	Toledo 1994/1995	3.214 ≥ 65 años Institucionalizados y no institucionalizados	2 fases: 1. MMSE administrado por psicólogos 2. evaluación clínica de sujetos seleccionados aleatoriamente (40% con MMSE < punto de corte y 8% con MMSE > punto de corte) por médico (geriatra o psiquiatra) y psicólogo (CAMCOG)	Demencia y subtipos	MMSE puntos de corte: <18 para analfabetos <21 para sin estudios primarios completos <24 para estudios primarios o más CAMCOG	DSM III NINCDS-ADRDA NINCDS-AREN	Sexo Edad Educación Ámbito de residencia Ocupación	Demencia 7,6% (8% corregido; solo falso negativo en la muestra de sujetos con MMSE > punto de corte) EA 4,6% DV 1,8% EA más prevalente en mujeres, analfabetos y en aquellos sujetos con ocupaciones menores cualificadas. DV más prevalente en el grupo con nivel educativo más alto. En análisis multivariante: sólo la edad asociada a la demencia y sus principales subtipos

AND Actividades instrumentales de la vida diaria CDR Clinical Dementia Rating DCL Demencia con cuerpitos de Lewy DFT Demencia frontotemporal DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos DV Demencia vascular EA Enfermedad de Alzheimer GDS Global Deterioration Scale H Hombres ICD-10 International Classification of Diseases IMC Índice de masa corporal MMSE MiniMental State Examination



Introducción

Referencia	Lugar y año	Población	Diseño del estudio	Tipo de deterioro cognitivo	Test utilizado	Criterios diagnósticos	Variables estudiadas	Prevalencia
Zunzunegui MV, ¹¹ 2003	Leganés, 1999/2000	527 >70 años	Evaluados todos los participantes por neurólogo y neuropsicólogo	Demencia y subtipos	MMSE Short Portable Mental State Questionnaire Test del informador Test de los 7 minutos Test de la campana Recuerdo inmediato y diferido de un breve relato Aprendizaje incidental de 6 figuras simples Trail making test forma A Subset de semejanzas del WAIS	DSM IV	Edad Sexo Nivel educativo	Demencia 12% EA probable 4,7% EA posible 3,2% DV probable 0,8% DV posible 1,5% Demencia cuerpos de Lewy 0,9% Otras 0,8% Prevalencia de demencias mayor en ≥ 86 años, mujeres, personas sin estudios (menos que primaria)
Sicasas A, ¹⁷ 2005	Barcelona (urbana), 2003	6.004 ≥ 65 años	2 fases: 1. información obtenida de BBDD clínicas sobre diagnósticos activos de demencia 2. evaluación de los pacientes con diagnóstico establecido	Demencia y subtipos	MMSE 24/25 Escala Barthel AVD	NINCDSD-ADRDA Hachinski	Edad Sexo IMC Comorbilidad Estado civil Convivencia Ocupación Educación	Demencia 4,3% EA 2,4% DV 1%
Lobo A, ¹⁶ 2007	Zaragoza, 1988/1989 1994/1996	1.080 3715 ≥ 65 años	Institutionalizados y no institucionalizados	Demencia	MMSE Geriatric Mental State (GMS)	DSM IV	Edad Sexo Educación Estado civil	Demencia 5,9% ZARADEMP-0,5,5% ZARADEMP-I (3,9%/5,2%, ajustada por edad y sexo según la población europea standar) Prevalencia de demencia mayor en mujeres en ZARADEMP-I, aumenta con la edad en los 2 estudios. Prevalencia de demencia en hombres menor en ZARADEMP-I comparado con ZARADEMP-0, sobre todo en los grupos 70-84 años.

Referencia	Lugar y año	Población	Diseño del estudio	Tipo de deterioro cognitivo	Test utilizado	Criterios diagnósticos	Variables estudiadas	Prevalencia
Gascon-Bayarri J, 2007	El Prat de Llobregat, 2002	2.234 ≥70 años	Institucionalizados y no institucionalizados 2 fases: 1. MMSE administrado por psicólogos 2. evaluación de todos los sujetos con puntuación del MMSE <24 (n=621) y una muestra aleatoria de 14% de los con MMSE ≥24. (n=162) por neurólogos y neuropsicólogos	Demencia y subtipos	MMSE <24 Blessed-Hachinski Rapid Disability Rating Score Neuropsychiatric Inventory Escala Lawton-Brody	DSM IV NINCDS-ADRDA NINCDS-AREN	Edad Sexo Estado civil Educación (4 categorías) Ocupación ADL	Demencia 9,4% EA 6,5% (7,2% con criterios menos restrictivos) DV 1,2% (1,8% con criterios menos restrictivos) DCL 0,9% (1,2% con criterios menos restrictivos) DFT 0,3% (0,3% con criterios menos restrictivos) Prevalencias específicas por edad y sexo aumentan con la edad en ambos sexos y mayor en mujeres con la excepción del grupo de 70-74 años. Prevalencia EA claramente superior en mujeres en el grupo 85 años.

AND Actividades instrumentales de la vida diaria CDR Clinical Dementia Rating DCL Demencia con cueros de Lewy DFT Demencia frontotemporal DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos DV Demencia vascular EA Enfermedad de Alzheimer GDS Global Deterioration Scale H Hombres ICD-10 International Classification of Diseases IMC Índice de masa corporal MMSE Mini-Mental State Examination

Tabla 1. Estudios de prevalencia de demencia en dos fases (fase de screening y de confirmación).
Artículos publicados durante el periodo 1999-2009.
ESTUDIOS INTERNACIONALES

Referencia	Lugar y año	Población	Diseño del estudio	Tipo de deterioro cognitivo	Test utilizado	Criterios diagnósticos	Variables estudiadas	Prevalencia
Riedel-Heller G, ²¹ 2001	LEILA75+ Leipzig, Alemania 1997/1998	1.265 ≥ 75 años Institucionalizados y no institucionalizados	Entrevista a los participantes y a los cuidadores según algoritmo SIDAM	Demencia	SIDAM (Structured Interview for Diagnosis of Dementia of Alzheimer Type, Multinfarct Dementia and Dementia of other Aetiology); incluye MMSE	ICD-10 DSM-III-R	Sexo Edad	17,4% (DSM-III-R) 12,4% (ICD-10)
Rahkonen T, ²⁴ 1998	Kuopio Study 75+	601 ≥ 75 años	Examen clínico y entrevista para todos	Demencia y subtipos	MMSE	DSMV	Edad Sexo Educación	Demencia: 22,8% EA: 10,6% DV: 5,3% DCL: 5,0%
De Ronchi D, ²² 2005	Faenza y Granolaro, Ravenna, Italia 1992	7.930 ≥ 61 años	2 fases: 1. MMSE y GDS administrado por enfermeras y médicos 2. evaluación de todos los sujetos con puntuación del MMSE≤ 28 y/o GDS ≥ 2	Demencia Deterioro cognitivo sin demencia	MMSE GDS	DSM-III-R	Edad Sexo Educación	Demencia: 6,5% Deterioro cognitivo sin demencia: 5,1%



Introducción

Referencia	Lugar y año	Población	Diseño del estudio	Tipo de deterioro cognitivo	Test utilizado	Criterios diagnósticos	Variables estudiadas	Prevalencia
Tognoni G, ²⁵ 2005	Vecchiano, Toscana, Italia 2000	1.600 ≥ 65 años Institutionalizados y no institucionalizados	2 fases: 1. MMSE administrado por clínicos entrenados 2. evaluación de todos los sujetos con puntuación del MMSE ≤ 24 o MMSE de 25-27 y CDR ≥ 0,5	Demencia y subtipos	MMSE 24/25 Escala Barthel AVD	NINCDS-ADRDA Hachinski	Edad Sexo IMC Comorbilidad Estado civil Convivencia Ocupación Educación	Demencia 4,3% EA 2,4% DV 1%
Fish M, ¹⁵ 2008	Caerphilly Prospective Study, Gales, Reino Unido 2002-2004	1.699 65-84 años	2 fases: 1. MMSE y CAMCOG administrados por entrevistadores entrenados 2. evaluación de todos los sujetos con MMSE <28 o CAMCOG <86	Demencia y subtipos	MMSE CAMCOG	DSM IV NINCDS-ADRDA NINCDS-AREN	Edad Sexo	Demencia: 5,2% EA: 1,4% DV: 1,4%

AVD Actividades instrumentales de la vida diaria **CDR** Clinical Dementia Rating **DCL** Demencia con cueros de Lewy **DFT** Demencia frontotemporal **DSM IV** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos **DV** Demencia vascular **EA** Enfermedad de Alzheimer **GDS** Global Deterioration Scale **H** Hombres **ICD-10** International Classification of Diseases **M** Mujeres **MMSE** Mini-Mental State Examination



→ Objetivos

Objetivos

Objetivo principal

1. Determinar en las personas mayores de 64 años de Murcia la prevalencia general de la demencia y por tipos (Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada, demencia vascular y otros tipos de demencia).

Objetivos secundarios

2. Analizar los factores asociados con la presencia de los diferentes tipos de demencia.
3. Investigar la distribución de las variables socio-sanitarias (grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, redes sociales).
4. Conocer los estilos de vida, el estado de salud percibido, la depresión.
5. Determinar las necesidades de ayuda percibidas y satisfechas.
6. Extrapolar en la medida de lo posible los principales resultados a la totalidad de la Región de Murcia.



**Personas y
métodos**



Personas y métodos

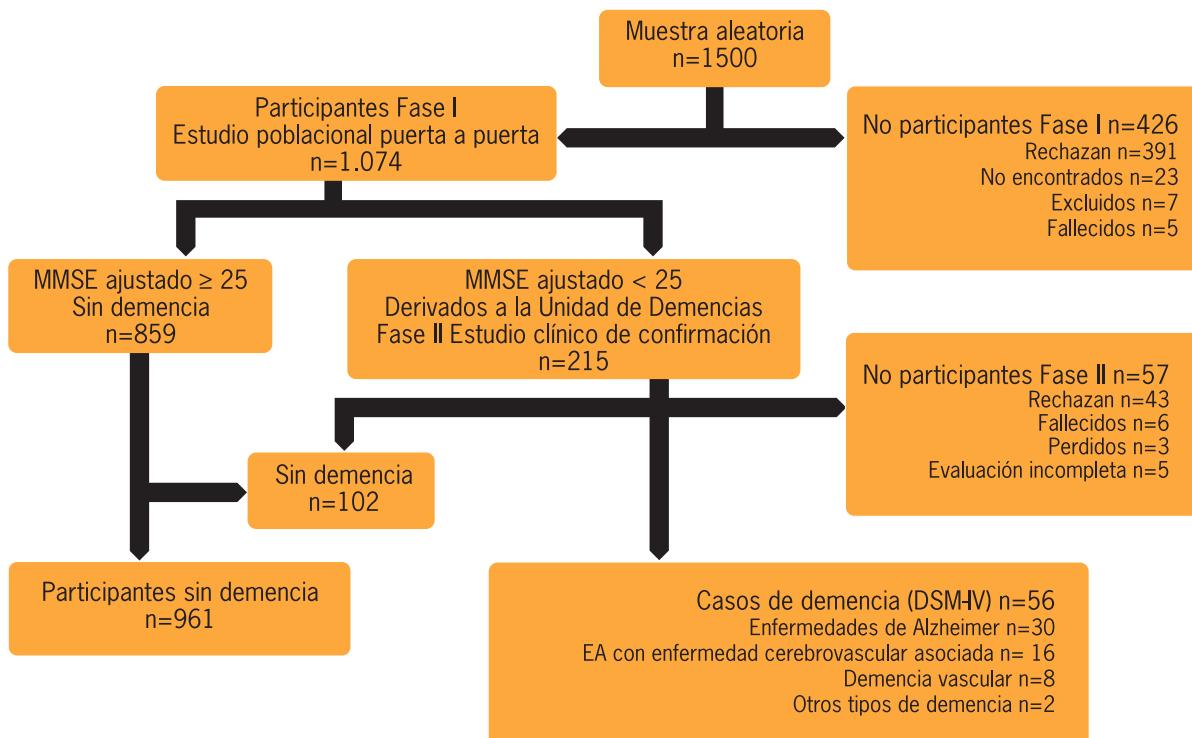
Diseño del estudio y cálculo del tamaño de la muestra

Se realizó un estudio de prevalencia de demencia en personas mayores de 64 años a través de un trabajo diseñado en 2 etapas (Gráfico 1). La primera fase consistió en un estudio puerta a puerta para la detección de las personas con alto riesgo de demencia. En la segunda fase se hizo un estudio completo incluyendo evaluación clínica, neuropsicológica, genética (Hospital

Universitario Virgen de la Arrixaca) y radiológica (Hospital Morales Meseguer) para confirmar el diagnóstico y la etiología del deterioro cognitivo en las personas detectadas en la primera fase.

El estudio se realizó en el periodo octubre 2003-febrero 2005.

Gráfico 1. Diagrama de flujos del diseño del estudio.



El marco del estudio comprende a la población adulta de ambos sexos y mayor de 64 años residentes en el municipio de Murcia. La selección de las personas participantes se realizó mediante muestreo aleatorio estratificado por conglomerados. Del municipio de Murcia se eligieron dos núcleos de población (conglomerados) que representan a la población del municipio según el tamaño del núcleo, considerando como rural o no urbano aquellos núcleos de menos de 2.000 habitantes y como urbano aquellos de 2.000 o más habitantes. Los núcleos seleccionados fueron Murcia capital como urbano y Sucina como rural. La muestra se estratificó por edades (65-69, 70-74, 75-79, 80-84 años, 85 años y más) y por sexos, y se diseñó para obtener un número proporcional de sujetos en cada subgrupo de edad y sexo. Aunque se conocía el impacto del nivel educativo en el nivel cognitivo de la población, no se disponía de ninguna base de datos poblacional que contuviera esta información, así que no pudo considerarse en el muestreo. Se incluyó a las personas institucionalizadas. Se excluyó a las que tuvieran incapacidad psíquica por causa distinta a la demencia. La unidad de muestreo fue el individuo y la base de muestreo la población residente en Murcia capital y Sucina que tuvieran la Tarjeta Sanitaria Individual. Se eligió esta base de muestreo por estar su información disponible en la Consejería de Sanidad y tener una cobertura del 99,4% de la población de la Región. El tamaño de la muestra se calculó en base a una prevalencia esperada de demencias del 10%, una precisión de 1,5% y un nivel de confianza del 95%. El tamaño estimado fue de 1.500 personas, 1.420 representantes del área urbana (99%) y 80 del área rural (1%). La muestra

se sobredimensionó en 1.000 personas para poder sustituir aleatoriamente a las personas previamente seleccionadas que no pudieran participar.

Fase I. Estudio poblacional puerta a puerta

El acercamiento a los individuos seleccionados se realizó de forma personalizada a través de una carta. En el siguiente paso se contactó por teléfono y luego se acudió a la casa de la persona seleccionada hasta un máximo de 2 veces. Finalmente, las personas fueron clasificadas para el estudio como “respuestas” y “no respuestas”. Se consideró “no respuesta” a aquellas personas seleccionadas en la muestra original con las que no se pudo contactar o aquellas que rechazaron participar. Entrevistadores previamente entrenados utilizaron la versión española validada del *Mini-Mental State Examination (MMSE)*²⁷ con las personas participantes. Además se incluyó un cuestionario con datos sociodemográficos y de estilos de vida así como preguntas para identificar las necesidades sociosanitarias.

Fase II. Estudio clínico de confirmación

En la segunda fase de confirmación y diagnóstico del tipo de deterioro cognitivo se derivó a la Unidad de Demencias a las personas que tuvieron una puntuación menor de 25 del MMSE ajustado (MMSEa) según edad y nivel de estudios²⁸. En la Unidad de Demencias se les realizó una evaluación clínica y neuropsicológica, con exploración física general y neurológica, y examen cognitivo utilizando el *Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CAMDEX)*²⁹, la Escala de demencia de Blessed³⁰, la Escala de depresión de Hamilton³¹, la Escala de Hachinski³² y la Global

Deterioration Scale (GDS) de Reisberg³³ (Tabla 2). Con las personas encargadas de cuidar a los participantes en el estudio se empleó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit³⁴. En el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca también se realizó un estudio genético para la identificación del alelo ApoE4 y en la Unidad de Radiodiagnóstico del Hospital Morales Meseguer un estudio radiológico (resonancia magnética nuclear y espectrometría). Todas las historias clínicas de los participantes en la segunda fase fueron revisadas por dos especialistas en neurología. En los casos en los que hubo discordancia entre ellos se reunieron para llegar a un consenso.

Cuestionario del estudio poblacional

La información sobre la función cognitiva se obtuvo a través del MMSE, el instrumento más utilizado para evaluar la función cognitiva en estudios poblacionales, aunque tiene como limitación la influencia del nivel educativo en su puntuación. El MMSE incluye 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, atención y cálculo, memoria y lenguaje. Se incluyeron preguntas sobre datos sociodemográficos: estado civil, numero de hijos, convivencia, nivel de estudios y de ingresos. El nivel de estudios se clasificó en 5 categorías: no sabe leer ni escribir, sabe leer y escribir, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios. Además se valoraron variables

sociosanitarias, como la probabilidad de depresión a través de la subescala de depresión de la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg³⁵ (Tabla 2), la autopercepción del estado de salud, el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD), el tipo de ayuda recibida para las actividades de la vida diaria y las preferencias de lugar y persona para recibir ayudas en caso de que la necesitasen. Se incluyeron tanto las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de la escala de Barthel (comer, trasladarse de la silla a la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina) como 7 actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) consideradas más necesarias para las personas mayores (manejar dinero, ir de compras, usar el teléfono, hacer las tareas de la casa, prepararse la comida, tomar la medicación y salir a caminar) de la escala de Lawton y Brody³⁶. Se recogieron datos sobre los antecedentes familiares (enfermedad de Parkinson, demencias, síndrome de Down y psicosis o enfermedad mental) y personales (hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, psicosis o enfermedad mental, cáncer, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, traumatismo craneoencefálico, fractura de cadera) y tratamientos crónicos con hormonas, antiinflamatorios y vitaminas. La información sobre estilos de vida incluyó consumo de tabaco y alcohol (cerveza, vino, licor), actividad física, horas de sueño y de televisión, actividades de ocio como leer, ir a conciertos, jardinería. El Anexo muestra el cuestionario completo utilizado en la fase de screening y la Tabla 3 lo esquematiza.

Escalas neuropsicológicas utilizadas durante el estudio clínico

Como se ha adelantado, durante la fase clínica del estudio se utilizaron varias escalas (Tabla 2) para valorar la función cognitiva de las personas participantes que tuvieron una puntuación por debajo de 25 en el MMSEa.

El Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CAMDEX) es un instrumento estandarizado, desarrollado por Roth y cols²⁹. en 1986 y adaptado a nuestro medio por López Pousa y cols³⁷. en 1990, cuya versión española incorpora en una única prueba de 334 ítems todos los elementos necesarios para hacer el diagnóstico clínico de demencia en un estadio incipiente. Incluye una mini-batería neuropsicológica propia: el Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG), además del MMSE. El CAMCOG incluye más ítems que el MMSE para que la valoración cognitiva sea lo más completa posible, algunos de ellos relacionados con el pensamiento abstracto y la percepción, factores incluidos en los criterios operativos de la DSM-IV para el diagnóstico de demencia, al margen de valorar otras capacidades como orientación, lenguaje, memoria, praxis, atención y cálculo. La puntuación máxima que se puede obtener con el CAMCOG es de 106, indicando demencia una puntuación inferior a 80.

La Escala de demencia de Blessed está compuesta por 22 ítems agrupados en tres apartados que evalúan Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD, 2 ítems), memoria y orientación (6 ítems), Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD, 3 ítems) y cambios en la conducta y personalidad (11 ítems). La puntuación de la escala es de 0 a 28 puntos (parte A: 0-8; parte B: 0-9; parte C: 0-11). Puntuaciones altas indican progresivos grados de alteración, siendo el dintel ≥ 4 .

La Escala de depresión de Hamilton valora la

presencia de depresión, que es uno de los síntomas comórbidos más comunes en cualquier tipo de demencia. Consta de una entrevista semiestructurada con 21 ítems, e incluye síntomas somáticos y componentes semiológicos de ansiedad. Una puntuación de 8 o más se considera indicativa de depresión.

La Escala de Hachinski valora la presencia de enfermedad cerebrovascular isquémica. La Escala de deterioro global de Reisberg tiene 7 fases:

1. Ausencia de alteración cognitiva se corresponde con el individuo normal.
2. Disminución cognitiva muy leve se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad.
3. Defecto cognitivo leve se corresponde con el deterioro cognitivo leve.
4. Defecto cognitivo moderado se corresponde con una demencia en estadio leve.
5. Defecto cognitivo moderado-grave se corresponde con una demencia en estadio moderado.
6. Defecto cognitivo grave se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave.
7. Defecto cognitivo muy grave se corresponde con demencia en estadio grave.

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit incluye 22 ítems que pueden puntuar de 0 a 4 cada uno, teniendo una puntuación máxima posible de 88. Suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, mientras que una puntuación mayor a 56 indica "sobrecarga intensa".

La subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtiene una o más respuestas positivas a las preguntas de despistaje. El punto de corte de 2 o más respuestas positivas detecta probables casos de trastornos depresivos con una sensibilidad del 86%.

Exploración física y neurológica

A las personas participantes se les realizó una exploración física general para detectar alteraciones concomitantes, causantes o agravantes de la demencia, valorando signos de afectación cardiorespiratoria, hepática, metabólica o de otro origen.

La exploración neurológica se centró en la detección de anomalías focales, trastornos del movimiento y otros signos como parálisis oculomotora, síndrome pseudobulbar, ataxia y dismetria.

Tabla 2. Escalas neuropsicológicas utilizadas.

Escala	Nº de preguntas	Puntuación máxima	Punto de corte	Interpretación
Mini-Mental State Examination (MMSE)	19	30	≤ 24	Alteración de la función cognitiva Probable demencia
Subescala de depresión de la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg	9	9	≥ 2	Depresión probable Sensibilidad 86%
CAMCOG		106	<80	Demencia
Escala de demencia de Blessed	22	28	≥ 4	Demencia
Escala de Hachinski	13	18		<4 trastorno degenerativo 4-7 demencia mixta >7 demencia vascular
Escala de deterioro global de Reisberg	Impresión clínica	7		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de alteración cognitiva se corresponde con el individuo normal 2. Disminución cognitiva muy leve se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad 3. Defecto cognitivo leve se corresponde con el deterioro cognitivo leve 4. Defecto cognitivo moderado se corresponde con una demencia en estadio leve 5. Defecto cognitivo moderado-grave se corresponde con una demencia en estadio moderado 6. Defecto cognitivo grave se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave 7. Defecto cognitivo muy grave se corresponde con demencia en estadio grave.
Escala de depresión de Hamilton	21	64	≥ 8	<8 ausencia de depresión 8-14 depresión menor o distimia >14 depresión de moderada a severa
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	22	88	≥ 46	Sobrecarga del cuidador

Tabla 3. Variables del estudio Ariadna: categorías y criterios empleados.

Variable	Categorías	Definiciones y criterios
Tipo de residencia	Urbano	Población ≥2.000 habitantes
	Rural	Población <2.000 habitantes
Nivel educativo	No sabe leer, ni escribir	Analfabetos
	Sabe leer y escribir	Sin estudios o estudios primarios incompletos
	Estudios primarios	Certificado de escolaridad, graduado escolar, bachiller elemental y E.G.B.
	Estudios secundarios	Formación profesional, Bachiller Superior, B.U.P., C.O.U. o similar
	Estudios universitarios	Diplomados, licenciados y doctores
Estado civil	Soltero, viudo o separado	
	Casado	
Ingresos	Bajos	<794* euros/mes ingresos monetarios netos regulares de todos los componentes del hogar
	Medios/Altos	≥794* euros/mes
Convivencia	Solo	
	Pareja/pareja e hijos	
	Otros	Hijos, otros familiares, empleado/a de hogar
Consumo de tabaco	No fumador	No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual
	Ex fumador	No fuma actualmente, pero ha fumado
	Fumador	Fuma actualmente
Consumo de cerveza	Nunca	
	Ocasionalmente	< de 1 vez al día
	Habitualmente	Por lo menos 1 vez al día
Consumo de vino	Nunca	
	Ocasionalmente	< de 1 vez al día
	Habitualmente	Por lo menos 1 vez al día
Consumo de licor	Nunca	
	Ocasionalmente	< de 1 vez al día
	Habitualmente	Por lo menos 1 vez al día
Actividad física	Ningún ejercicio	No hace ejercicio, tiempo libre casi completamente sedentario (leer, ver TV, ir al cine, etc.)
	<1 vez/mes	Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)
	Varias veces al mes	Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, natación, correr, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
	Varias veces a la semana	Entrenamiento físico varias veces a la semana
Depresión	Probable depresión	Puntuación ≥ 2 en la Subescala de depresión de la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
	Probable no depresión	Puntuación 0 o 1 en la Subescala de depresión de la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
Demencia	Si	MMSEa ≤24 y cumple criterios DSM-IV de demencia
	No	MMSEa >24 o MMSEa ≤24, pero no cumple los criterios DSM-IV de demencia

* 794 euros/mes: salario mínimo interprofesional en 2003

Análisis de laboratorio

En el análisis de sangre se realizaron las siguientes determinaciones: parámetros de bioquímica (glucosa, urea, creatinina, urato, bilirubina, transaminasas, fosfatasa alcalina, Y-glutamiltransferasa, albúmina, proteínas, colesterol, triglicéridos, sodio, potasio, magnesio, zinc, fosfato, calcio, vitamina B12 y folato), hormonas tiroideas (tirotropina y tiroxina libre), hemograma con recuento y fórmula, velocidad de sedimentación globular, parámetros de coagulación y serología de lúes y del virus de la inmunodeficiencia humana.

con la enfermedad de Alzheimer

- *Estudio morfológico especial* para valorar directamente las zonas cerebrales cuya atrofia está ligada a la enfermedad de Alzheimer y para evaluar volúmenes de áreas cerebrales, especialmente los lóbulos temporales, sobre todo en el hipocampo y la amígdala.
- *Estudio metabólico* mediante espectroscopia por resonancia magnética, técnica que permite la valoración de metabolitos en el parénquima cerebral que se ha demostrado de utilidad en la evaluación de pacientes con enfermedad de Alzheimer, en los que incluso pueden apreciarse alteraciones metabólicas antes del comienzo clínico del cuadro.

Examen genético

Se extrajo ADN de los linfocitos de la sangre periférica para la determinación de la presencia del alelo e4 de la apolipoproteína E que ha sido relacionado con el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer.

Pruebas de neuroimagen

En el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Morales Meseguer se realizaron las siguientes exploraciones:

- *Estudio morfológico convencional* para descartar lesiones que pudieran impedir la inclusión del paciente en el estudio, y para detectar alteraciones en los hipocampos, lóbulos temporales u otras áreas cerebrales, que puedan relacionarse

Criterios diagnósticos de demencia

El diagnóstico de demencia se basó en los criterios DSM IV. Los criterios NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*) y NINCDS-AIREN (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke and The Association Internationale pour la Recherche et L'Enseignement en Neurosciences*) se utilizaron para el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer y Demencia vascular, respectivamente. Se diagnosticó de Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada a las personas que cumplían los criterios NINCDS-ADRDA para Enfermedad de Alzheimer y además tenían una puntuación ≥ 4 en la escala de Hachinski.

Análisis de la información

La estructura de la muestra se comparó con la de la población general del municipio y de la Región de Murcia por edad, sexo y tipo de residencia. Se calcularon datos normativos de la puntuación del MMSE (media, DE, percentil 10, 25, 50, 75 y 90) en población no demente según grupo de edad y nivel de estudios. Se calculó la prevalencia y el IC al 95% de demencia total, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada y demencia vascular según las variables de diseño (edad, sexo, tipo de residencia, nivel de estudios). Se ajustaron modelos de regresión logística para estimar los Odds Ratios (OR) de prevalencia para los diferentes factores de riesgo considerados (edad, sexo, nivel de estudios y tipo de residencia). Se estimó la prevalencia de demencia a nivel del municipio de Murcia y de la Región de Murcia ajustando por el nivel educativo para cada sexo y el total. El ajuste se realizó por el método directo y los pesos se obtuvieron del Censo de Población y Viviendas 2001 (http://www.ine.es/censo_accesible/es/seleccion_ambito.jsp), para hombres, mujeres y el total de ambos性es, para las personas de 65 años y más.

El paquete estadístico utilizado ha sido SPSS 17.0. Para facilitar la observación de frecuencias pequeñas algunos de los gráficos se han presentado limitando el valor máximo del eje a valores inferiores al 100%, por lo cual recomendamos prestar atención a las escalas de los gráficos.

Aspectos éticos

Para la protección de la información de los participantes se creó un fichero de datos personales que se inscribió en el registro de la Agencia de Protección de Datos. Todas las personas que por un motivo laboral obligado tienen acceso a dichos datos han firmado un compromiso de confidencialidad. El estudio recibió la aprobación del comité de ético del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Se obtuvo un consentimiento informado genérico de todos los participantes y otro específico para aquellas personas que participaron en la fase II o estudio de confirmación. Para los participantes con deterioro cognitivo, el consentimiento informado fue firmado por un familiar.



Resultados

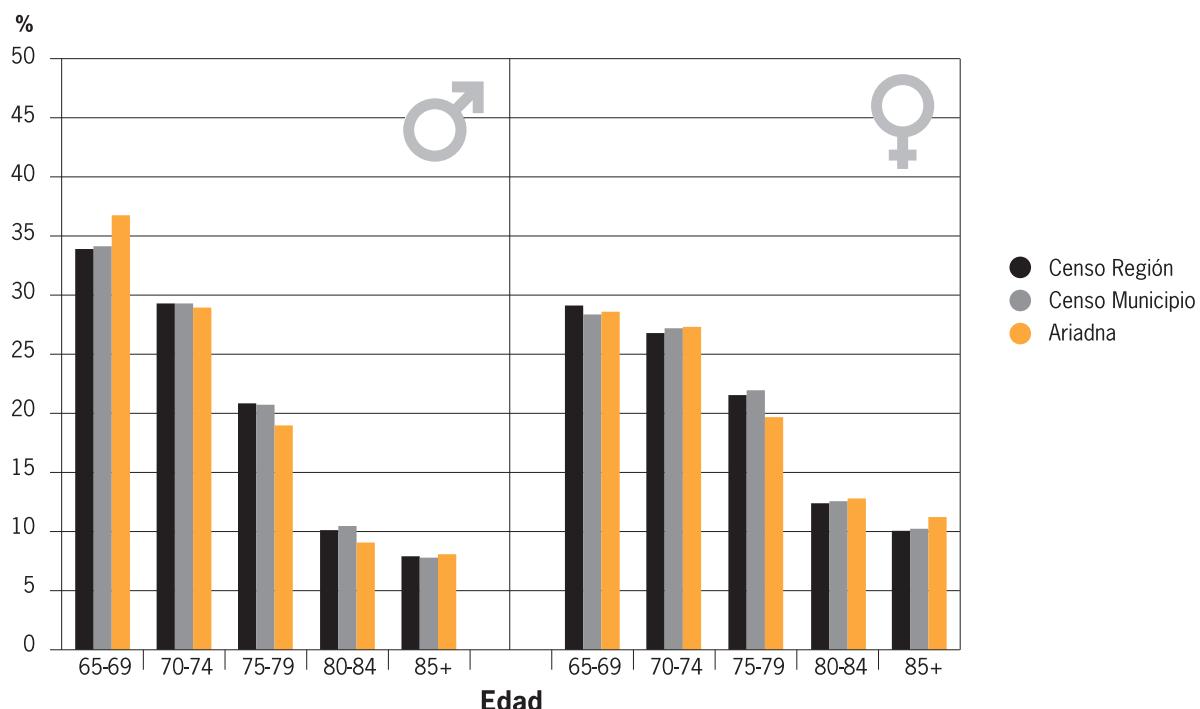
Resultados

Descripción de la muestra, tasas de respuesta y comparación con la población del municipio y de la Región de Murcia.

La muestra original del estudio Ariadna estuvo compuesta por 1.500 personas, 627 hombres (41,8%) y 873 mujeres (58,2%). El 94,7% vivía en medio urbano y el 5,3% en medio rural. Del total de 1.500 personas elegibles, 1.074 (71,6%) contestaron el cuestionario. La tasa de respuesta

para el estudio poblacional fue superior en hombres (75,9%) que en mujeres (68,5%) (Tabla 4.1.1). En referencia al tipo de residencia, la tasa de respuesta fue mayor en el medio rural (97,5%) que en el medio urbano (70,1%) sin diferencias entre sexos en el medio rural (Tabla 4.1.2). La distribución por edad y sexo de la fracción de la muestra que contestó el cuestionario fue bastante similar a la población correspondiente al municipio de Murcia según datos del censo de 2001 (Gráfico 2).

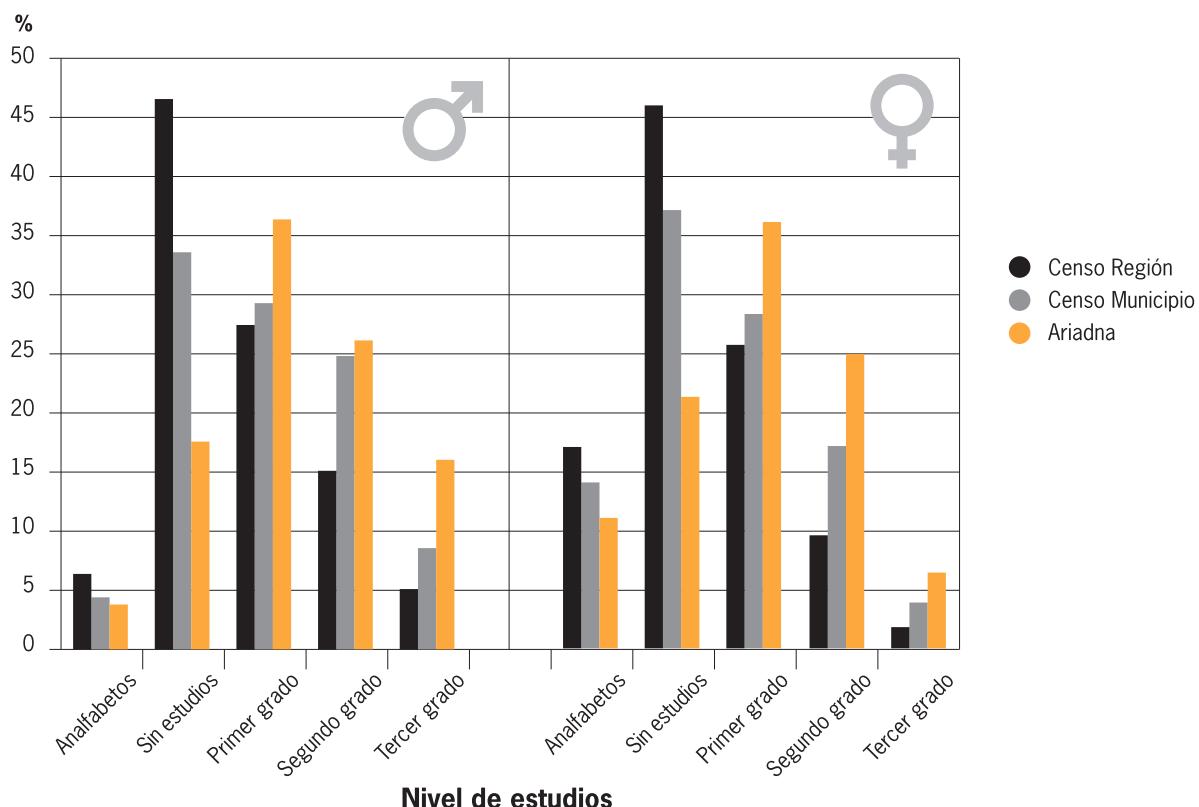
Gráfico 2. Comparación por grupos de edad y sexo de la estructura de la población del municipio de Murcia (censo 2001) con la fracción de la muestra del estudio Ariadna que contestó al cuestionario. Valores expresados en porcentajes correspondientes a cada grupo de edad y sexo.



En el gráfico 3 se observa una infrarrepresentación importante de la población sin estudios

tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 3. Comparación de la estructura de la población del municipio de Murcia (censo 2001) con la fracción de la muestra del estudio Ariadna que contestó al cuestionario, por nivel de estudios y sexo. Valores expresados en porcentajes correspondientes a cada grupo de edad y sexo.



Durante la segunda fase el 74% de las personas participantes completó la evaluación clínica, el

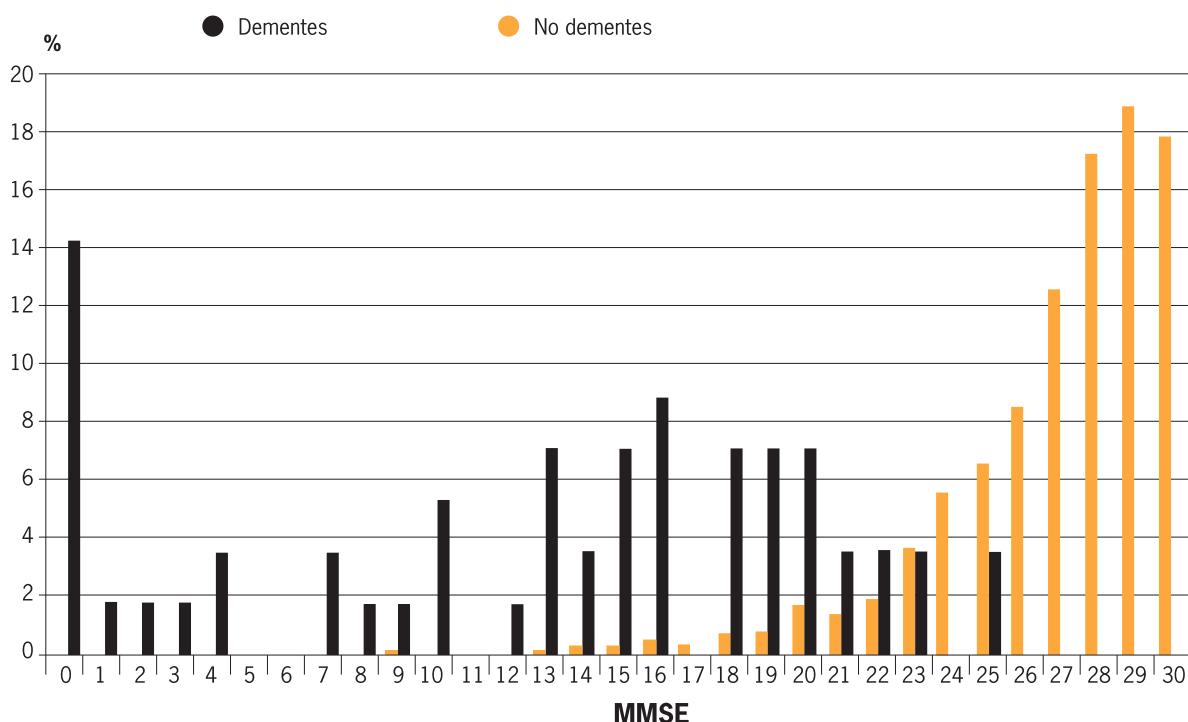
66% el estudio genético, y solo el 38% aceptó el estudio de neuroimagen (Tablas 4.2.1-4.2.3).

Valores normativos del MMSE

Para la totalidad de la fracción de la muestra que cumplió el cuestionario de la fase poblacional, la mediana de la puntuación del MMSE fue de 27 (rango intercuartílico 24-29). En el gráfico 4 la distribución de la puntuación del MMSE se presenta por separado para las

personas sin demencia y las personas con demencia. El 54% de las personas mayores sin demencia presenta la puntuación del MMSE en el rango 28-30 (18% puntuación máxima y 36% puntuación próxima a la máxima).

Gráfico 4. Distribución de las puntuaciones de MMSE entre las personas mayores con y sin demencia en el municipio de Murcia.



Las medias (desviaciones estándar, DE) de las puntuaciones del MMSE entre las personas sin demencia y las diagnosticadas de demencia

fueron de 26,9 (3,1) y 12,8 (7,7) respectivamente (Tabla 5.1). Excluyendo los casos de demencia, en el MMSE las mujeres tuvieron de media me-

Resultados

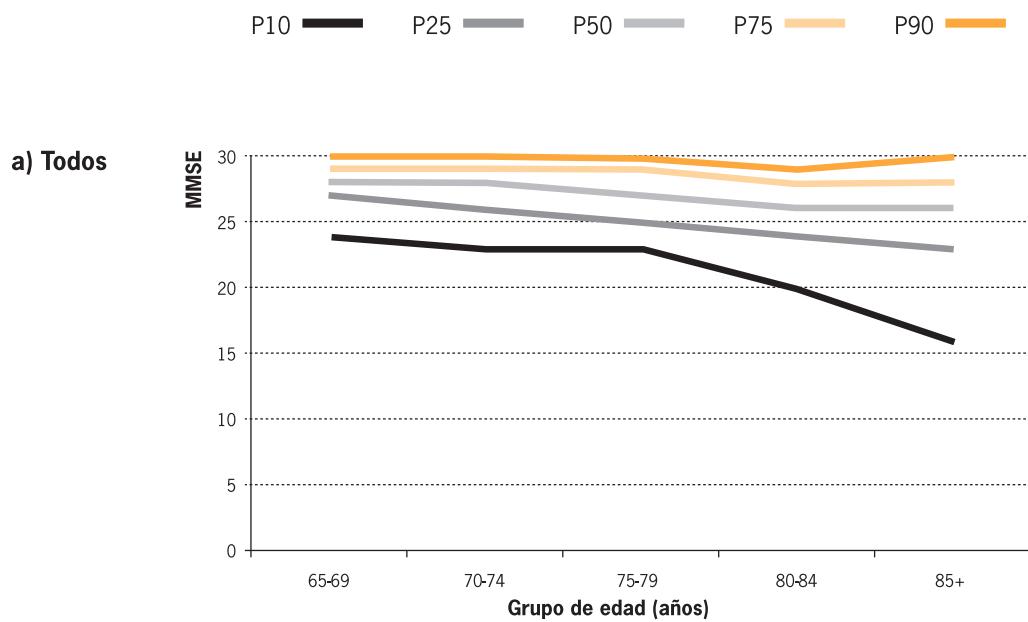
nores puntuaciones ($26,4 \pm 3,5$) que los hombres ($27,5 \pm 2,5$) siendo mayor esta diferencia en el grupo de personas de 85 años y más que no saben leer ni escribir (Tabla 5.1).

En la Tabla 5.2 se muestran las medias y DE de la puntuación según sexo, edad, nivel de estudios y diagnóstico en las 5 áreas de la función cognitiva que explora el MMSE. Entre las personas sin demencia, destaca el grupo de las que no sabe leer ni escribir por presentar puntuación más baja que el resto en atención y cálculo, lenguaje

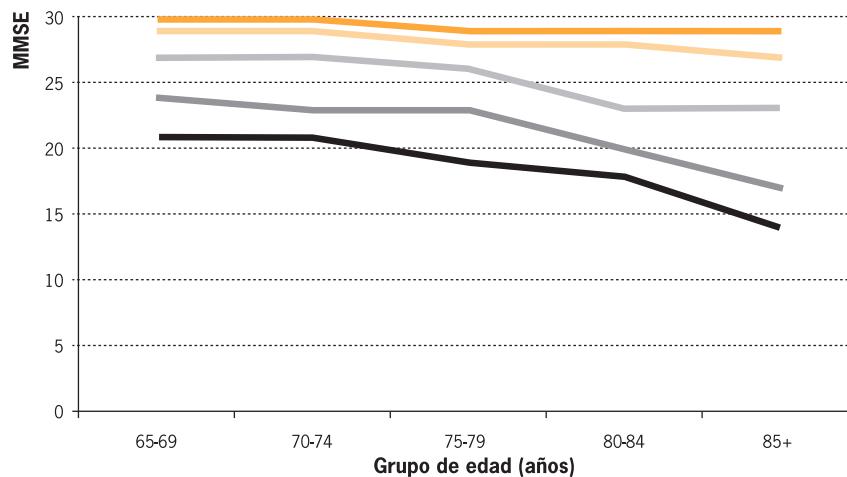
y orientación. En cuanto a la edad, se observa una disminución progresiva de la puntuación con la edad en casi todas las áreas de la función cognitiva, con la excepción de la fijación, que se mantiene constante.

La Tabla 5.3 presenta la distribución de las puntuaciones de MMSE en percentiles según edad y nivel educativo en la población no demente de Murcia. El gráfico 5 muestra cómo la función cognitiva disminuye con la edad y cómo el descenso es más lento a mayor nivel educativo.

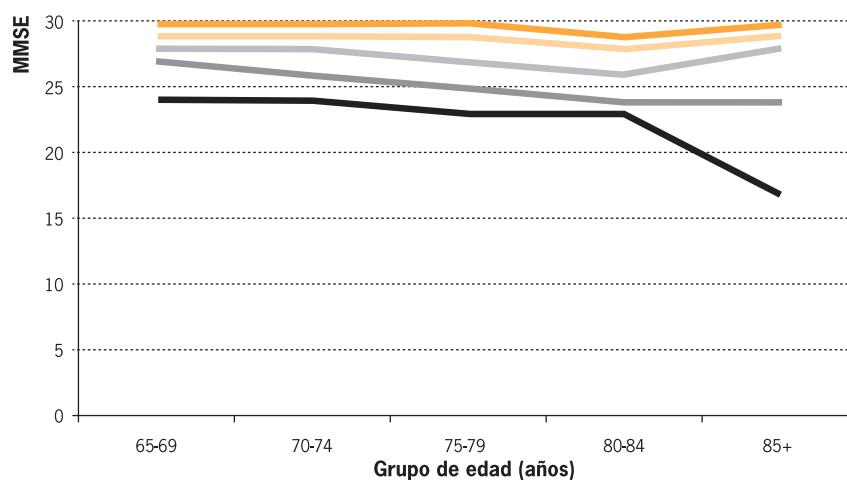
Gráfico 5. Percentiles de los valores de MMSE según edad y nivel de estudios en las personas mayores no dementes del municipio de Murcia.



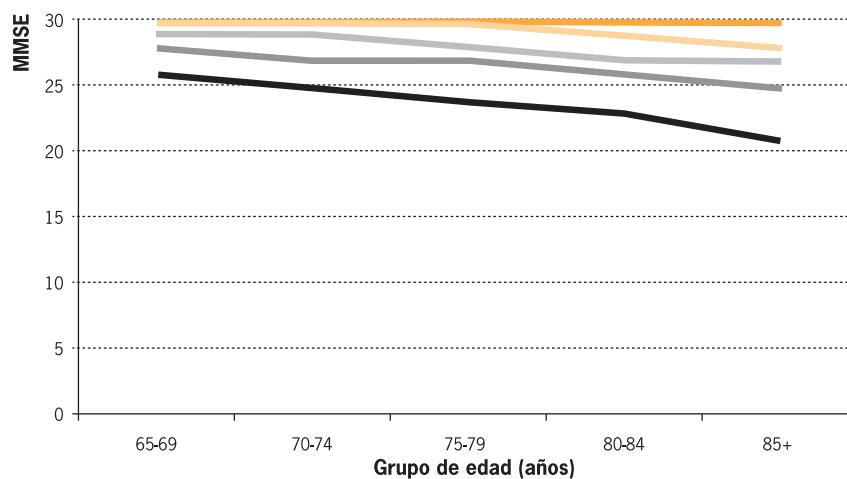
b) Sin estudios



c) Estudios primarios



d) Estudios secundarios o más

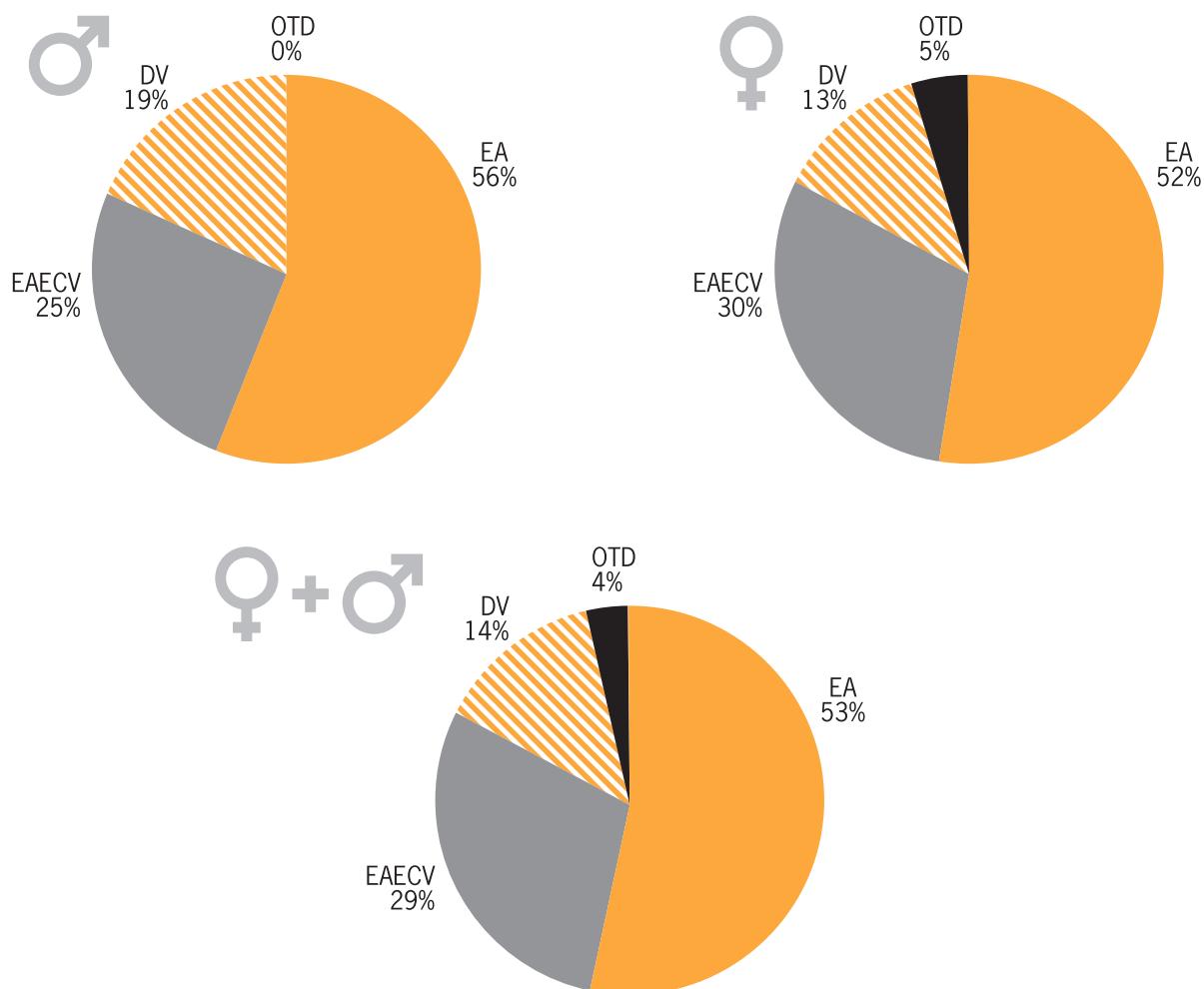


Demencia y tipos

Durante la fase clínica 56 personas fueron diagnosticadas de demencia: 30 de EA, 16 de EA con ECV asociada, 8 de DV y 2 de otros tipos de demencia (Gráfico 6). Se estimó que la prevalencia de demencia en personas mayores de 64 años es del 5,5% (IC95%: 4,3-7,1). Por tipos de demencias fue del 3,0% (IC95%: 2,1-4,2) para

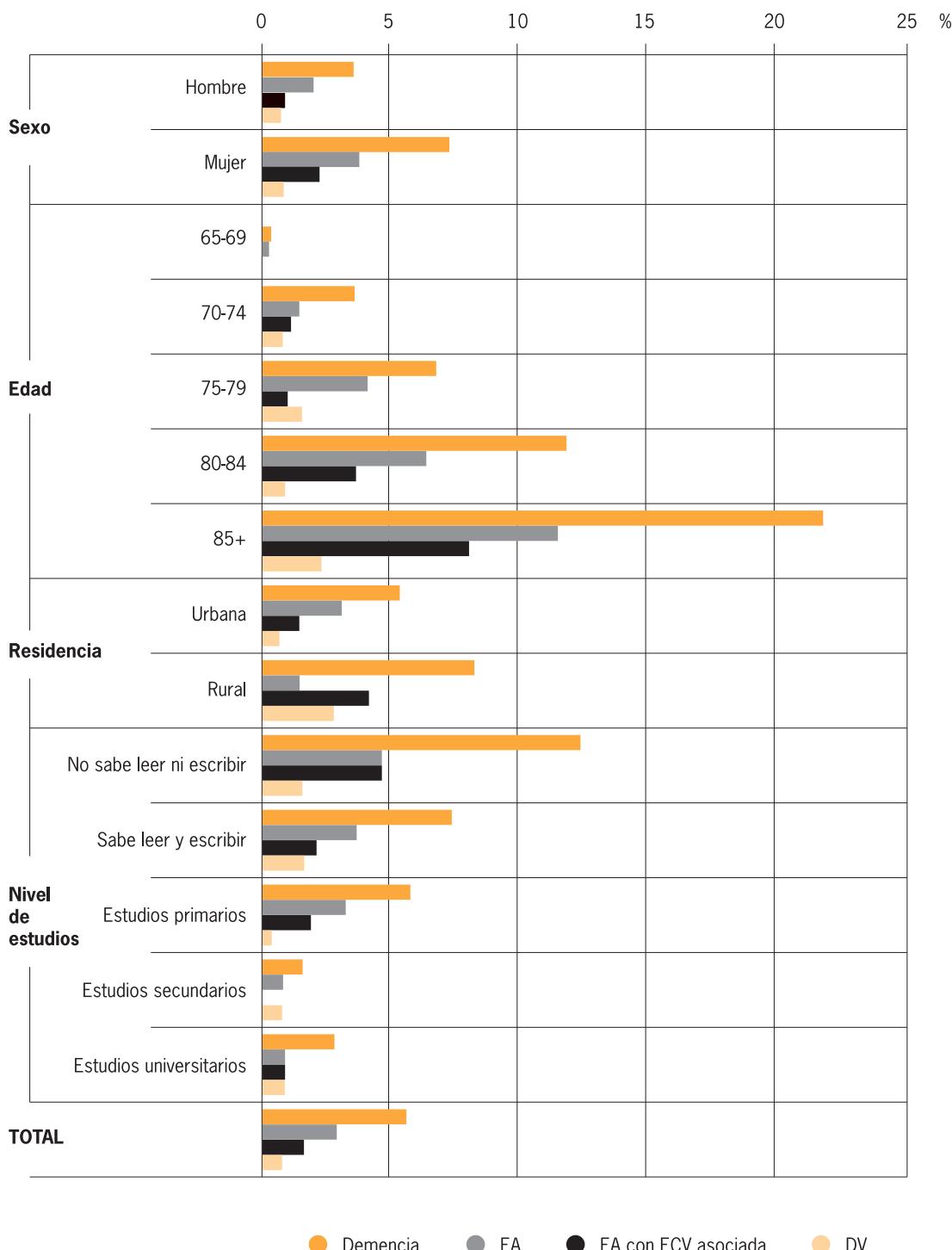
la EA, 1,6% (IC95%: 1,0-2,6) para la EA con ECV asociada y 0,8% (IC95%: 0,4-1,6) para la DV. La prevalencia según características sociodemográficas se presenta en la Tabla 6.1 y el Gráfico 7. Los factores asociados con la demencia se presentan en la Tabla 6.2.

Gráfico 6. Distribución de los tipos de demencia en hombres, mujeres y ambos sexos.



DV Demencia vascular **EA** Enfermedad de Alzheimer **EAECV** Enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada **OTD** Otros tipos de demencia

Gráfico 7. Prevalencia de demencia y sus tipos según variables sociodemográficas.



Extrapolación de los resultados de la prevalencia de demencia y de Enfermedad de Alzheimer del estudio Ariadna a la población del municipio y de la Región de Murcia ajustando por el nivel educativo.

Comparada con el Censo de 2001 la muestra obtenida presentó una mayor proporción de personas con nivel de educación superior (36% con estudios secundarios o universitarios) que la población general del municipio (26%) y de la Región de Murcia (15%). Tras extraer los

resultados del estudio a las poblaciones del municipio y de la Región la prevalencia de demencia y de EA no se aleja mucho de los valores de prevalencia encontrados en nuestro estudio, mientras que los valores para la Región son superiores (Tabla 6.3).

Tabla 6.3. Prevalencia (%) de demencia y de Enfermedad de Alzheimer en el estudio Ariadna y estimada para el Municipio y la Región ajustando por nivel educativo

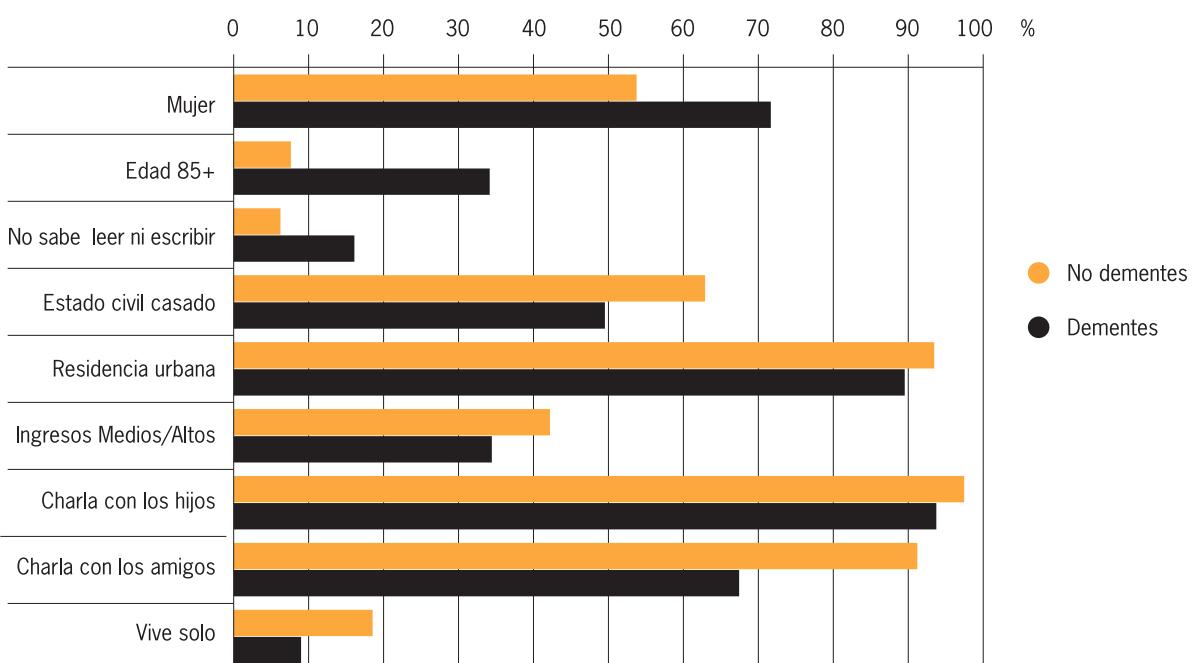
	Demencia			EA + EAECV		
	Ariadna % (IC95%)	Municipio %	Región %	Ariadna % (IC95%)	Municipio %	Región %
Hombres	3,5 (2,1 - 5,6)	3,4	4,0	2,8 (1,6 - 4,8)	2,8	3,4
Mujeres	7,2 (5,3 - 9,7)	7,7	8,4	5,9 (4,2 - 8,2)	6,1	6,6
Ambos sexos	5,5 (4,1 - 6,9)	5,9	6,6	4,5 (3,4 - 6,0)	4,5	5,1

Características sociodemográficas y red social

Las características sociodemográficas de las personas incluidas en el estudio poblacional se presentan en las Tablas 7.1 y 7.2. Entre los individuos dementes se observa una mayor proporción de mujeres, edad avanzada y personas

con nivel educativo bajo. El 9% de las personas con demencia viven solas, mientras que entre las personas sin demencia este porcentaje llega al 19% (Gráfico 8).

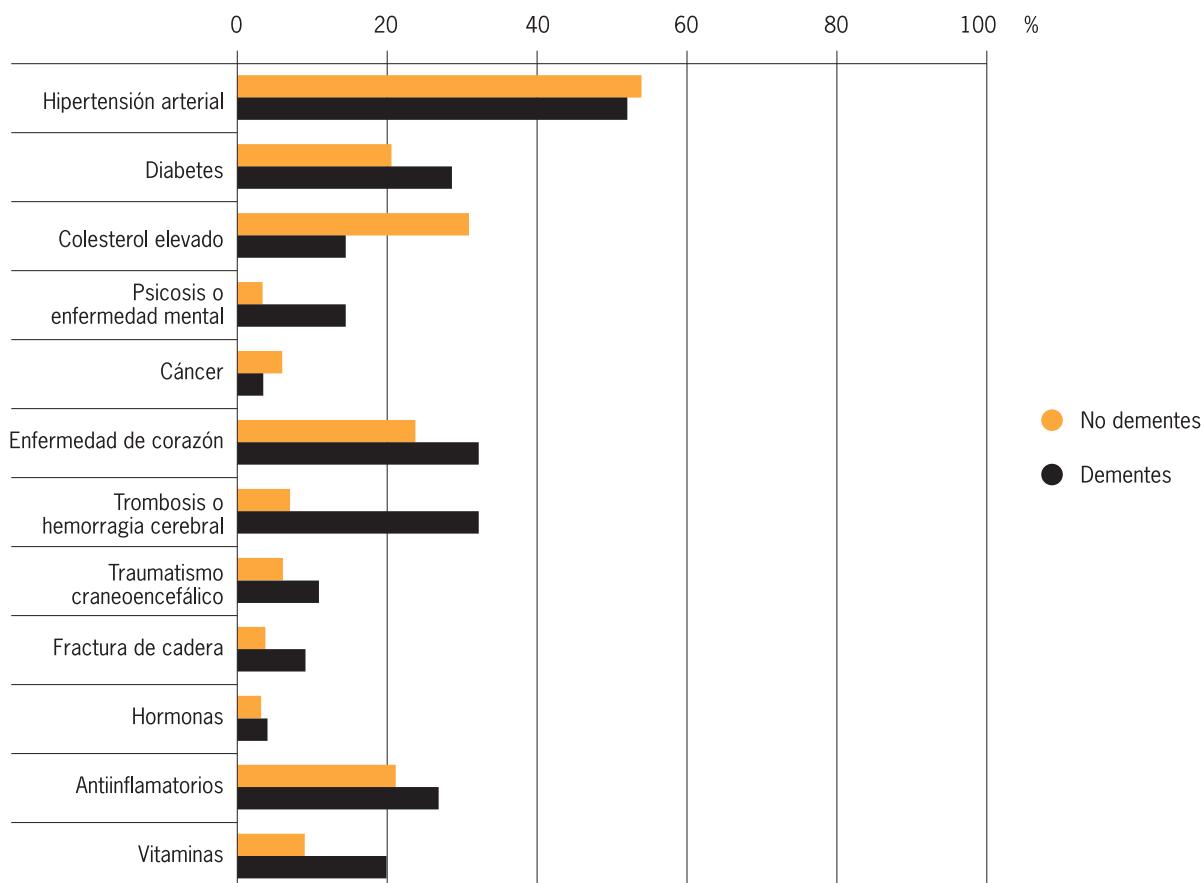
Gráfico 8. Características sociodemográficas y red social de las personas mayores según diagnóstico de demencia.



Los antecedentes medicofamiliares y personales se

presentan en las Tablas 7.3 y 7.4 y el gráfico 9.

Gráfico 9. Antecedentes médicos personales y tratamientos según diagnóstico de demencia.

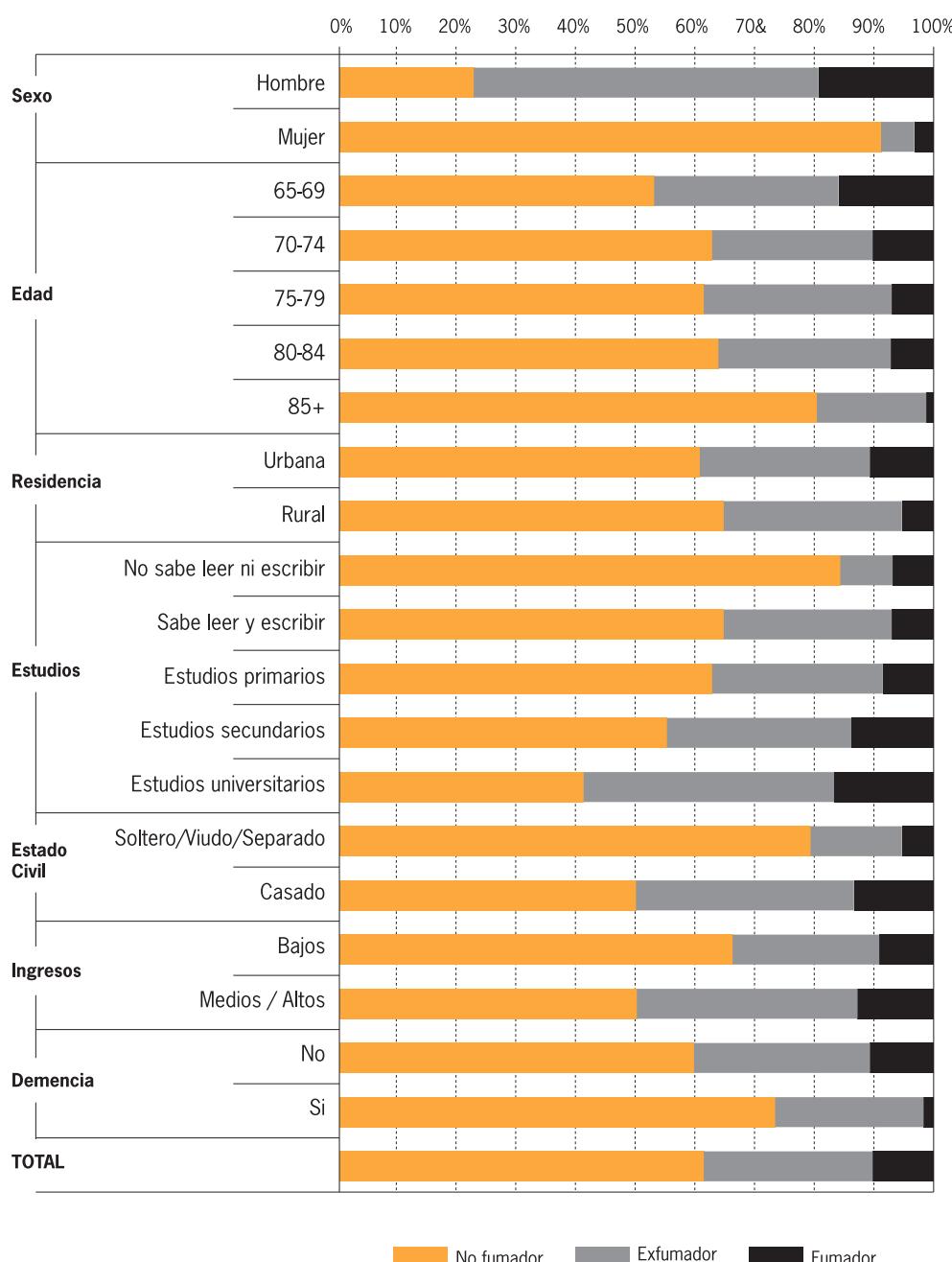


Estilos de vida.

Las características de los estilos de vida se presentan en las Tablas 7.5.1-7.5.10. El consumo de tabaco es mayor entre los hombres (19,1%), en los grupos más jóvenes (15,9% en el grupo de edad de 65-69 años), en el medio urbano (10,6%) y entre las personas con más nivel de

estudios (16,4%)(Gráfico 10). Los hombres consumen más alcohol que las mujeres. Por tipo de bebidas alcohólicas se consume más vino y cerveza que licores (Gráficos 11-13). La frecuencia de realizar varios tipos de actividades se presenta en los Gráficos 14-19.

Gráfico 10. Consumo de tabaco de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.



■ No fumador ■ Exfumador ■ Fumador

Gráfico 11. Consumo de cerveza de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

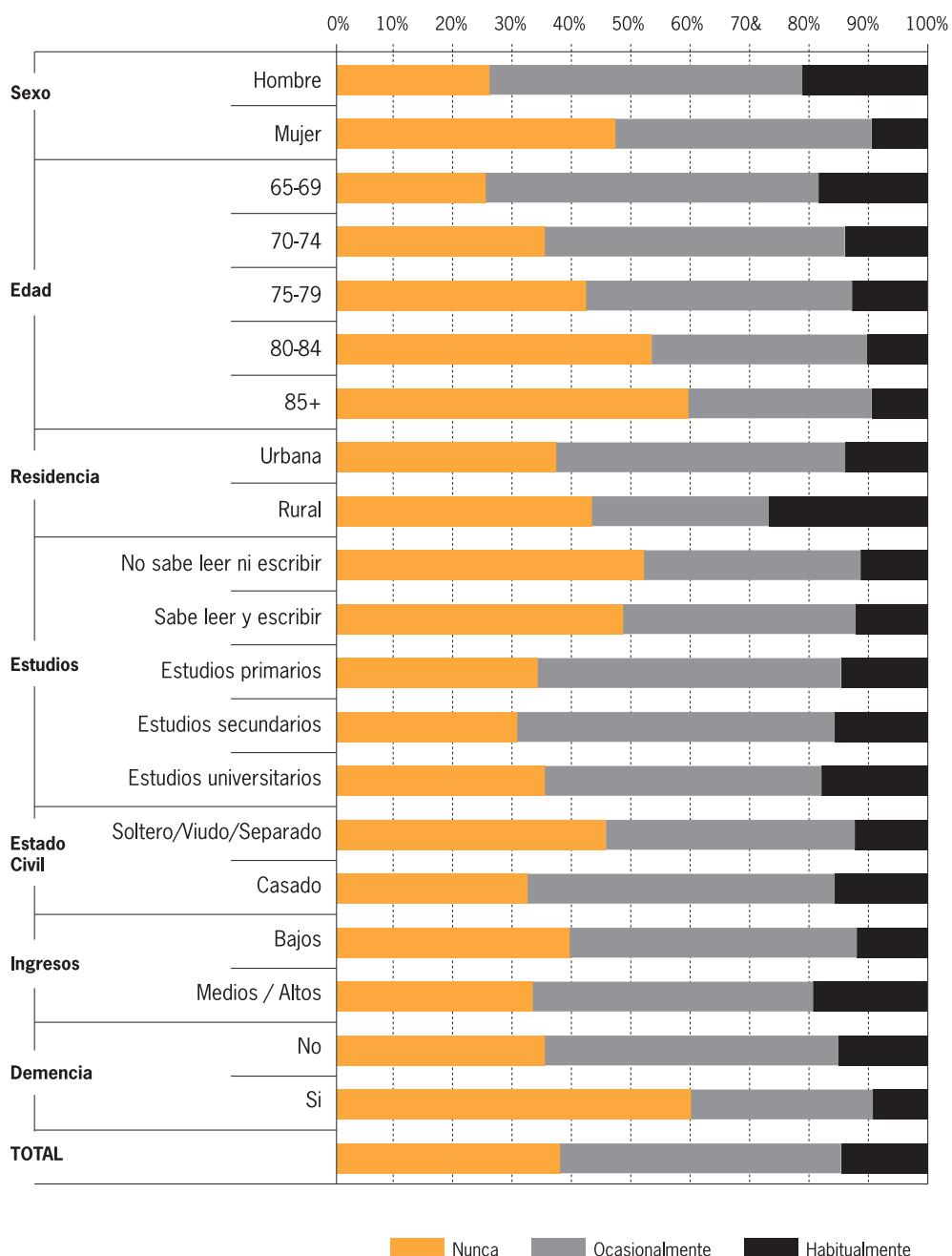


Gráfico 12. Consumo de vino de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

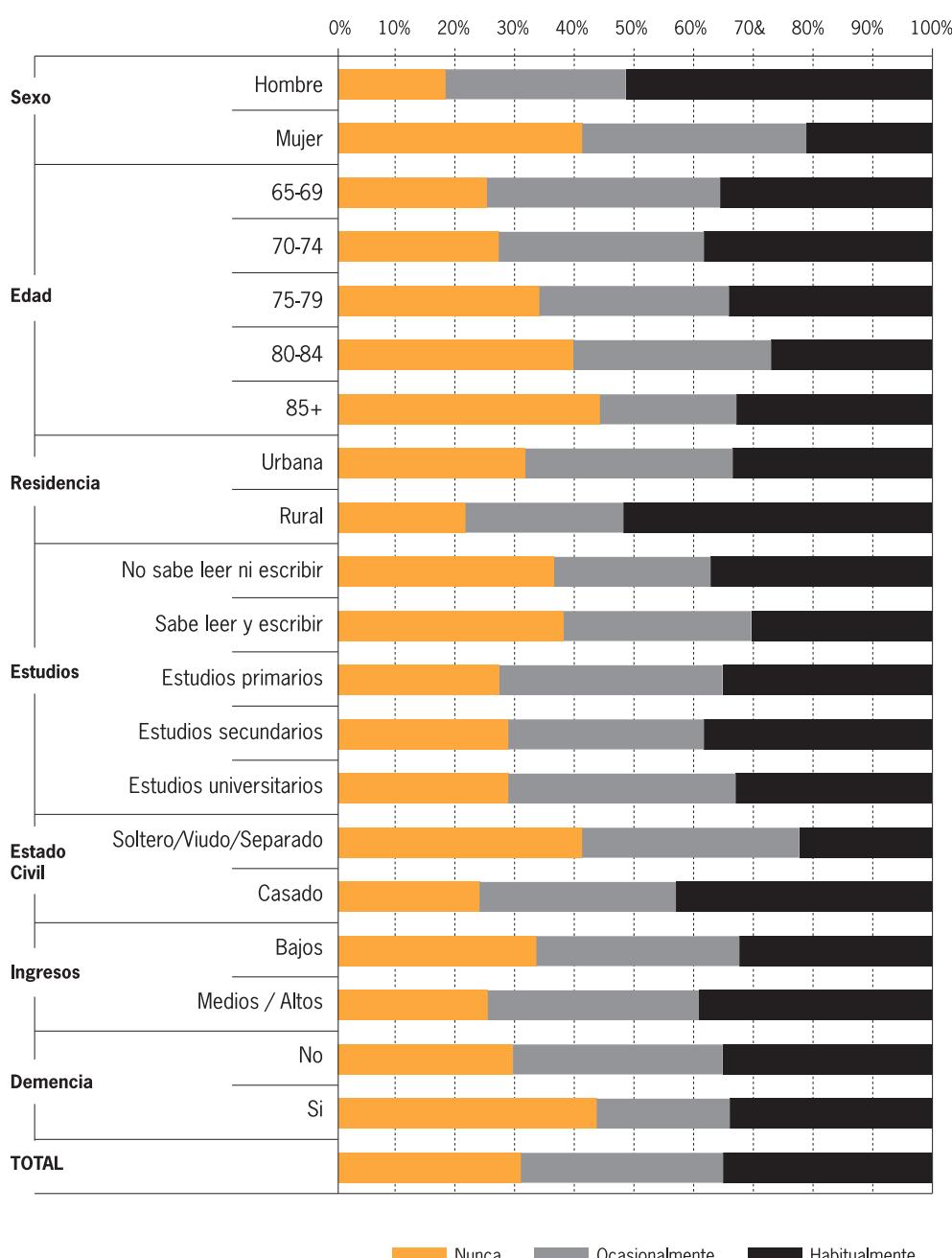


Gráfico 13. Consumo de licor de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

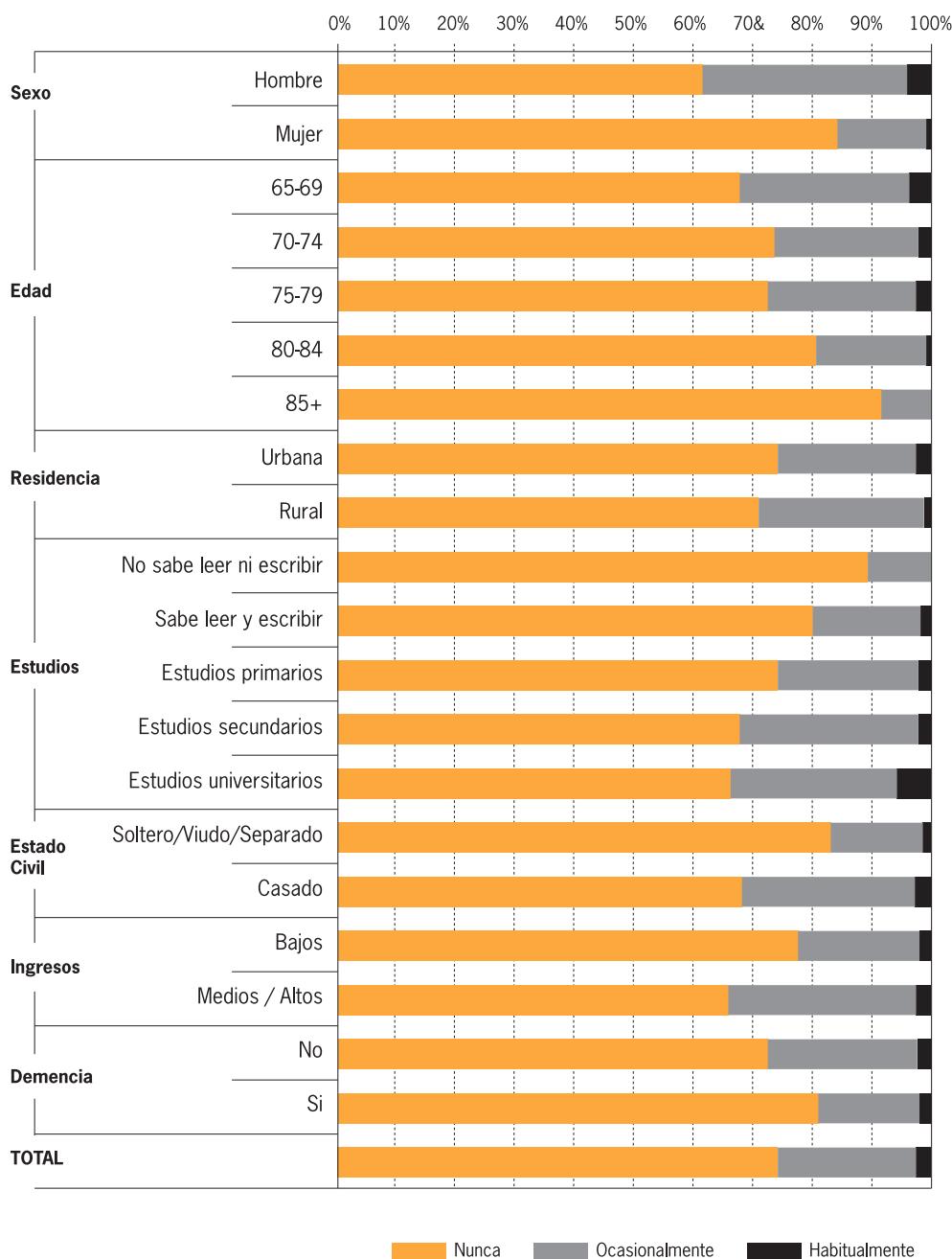
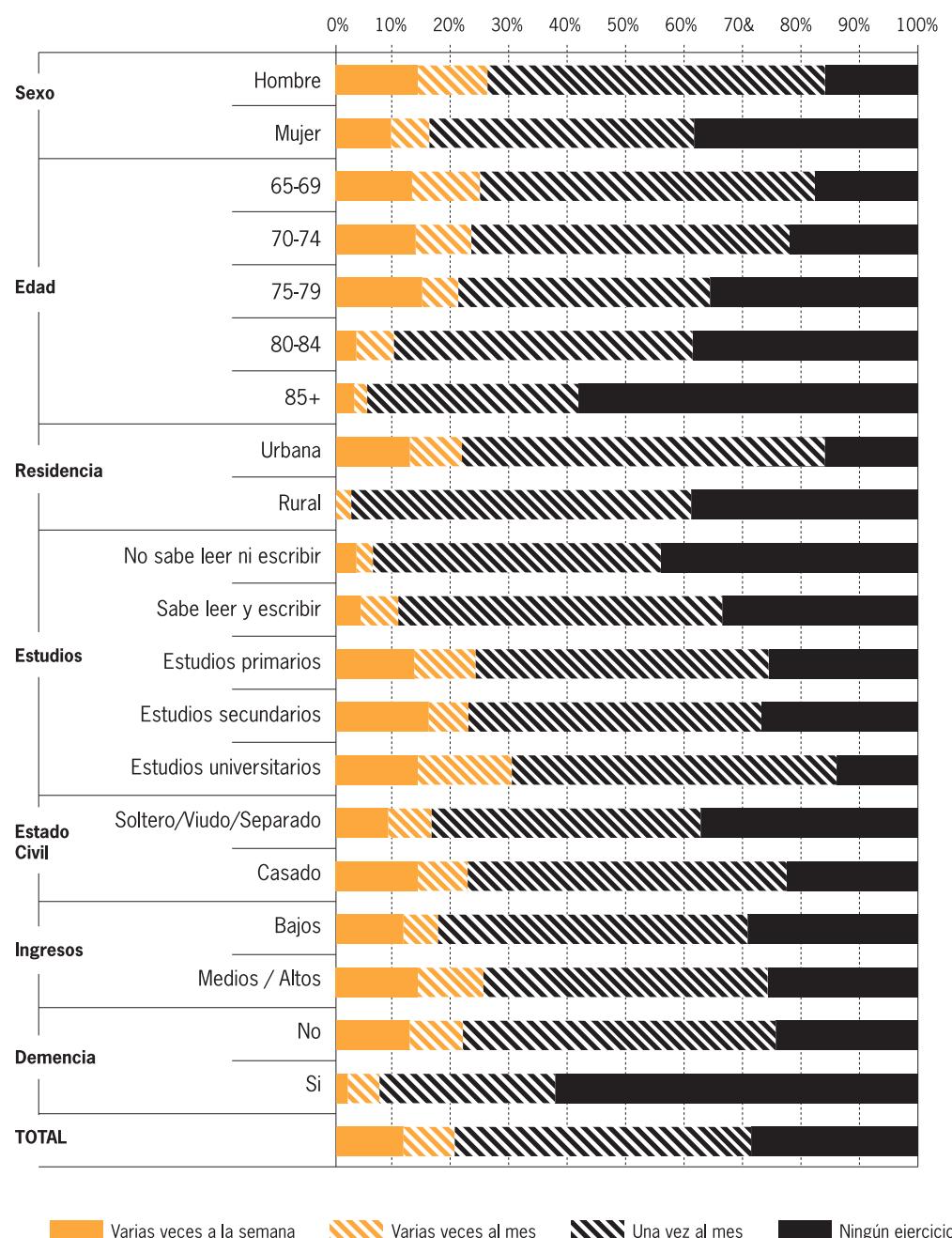


Gráfico 14. Actividad física de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.



Resultados

Gráfico 15. Número de horas que duermen al día las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

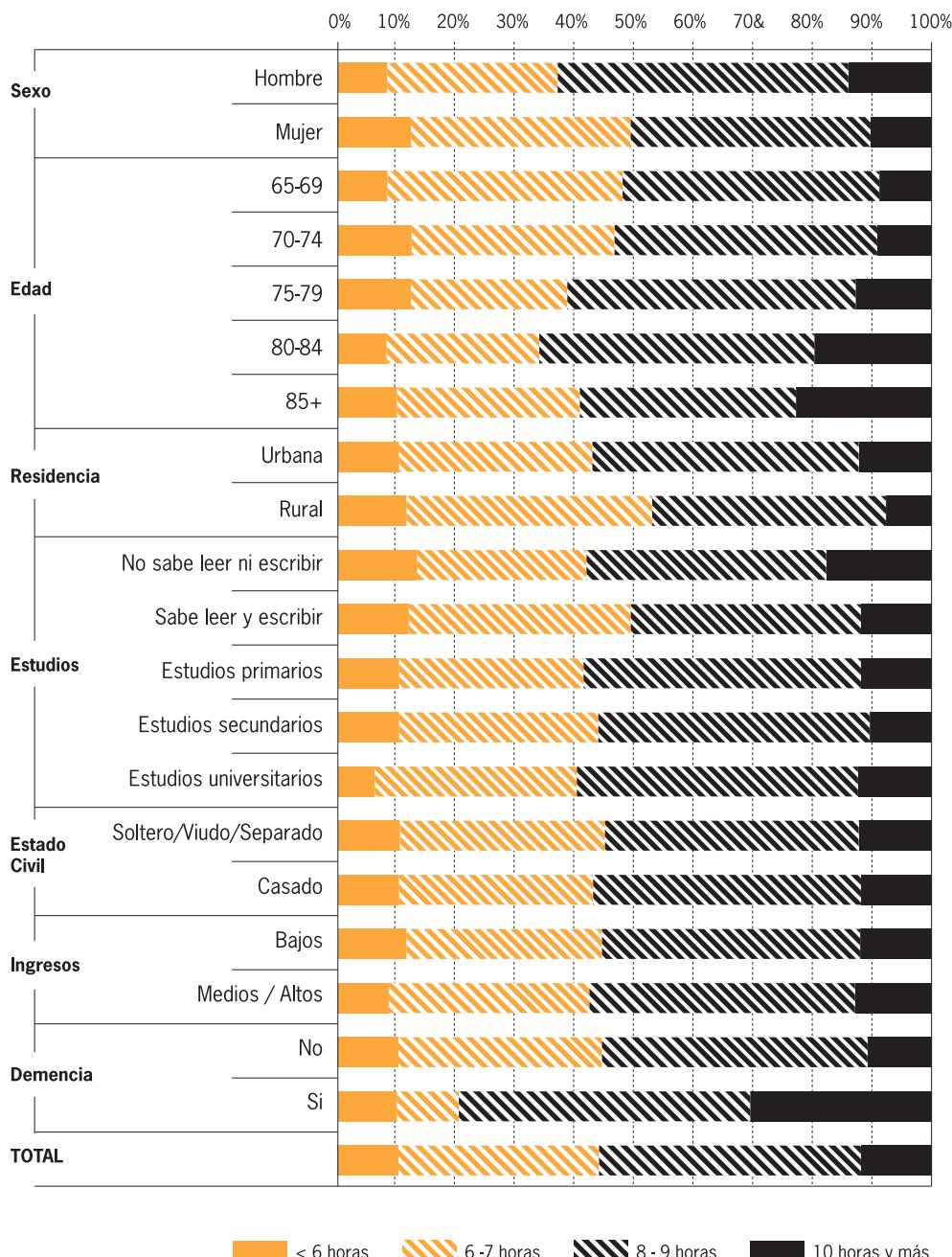


Gráfico 16. Número de horas que ven la televisión al día las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

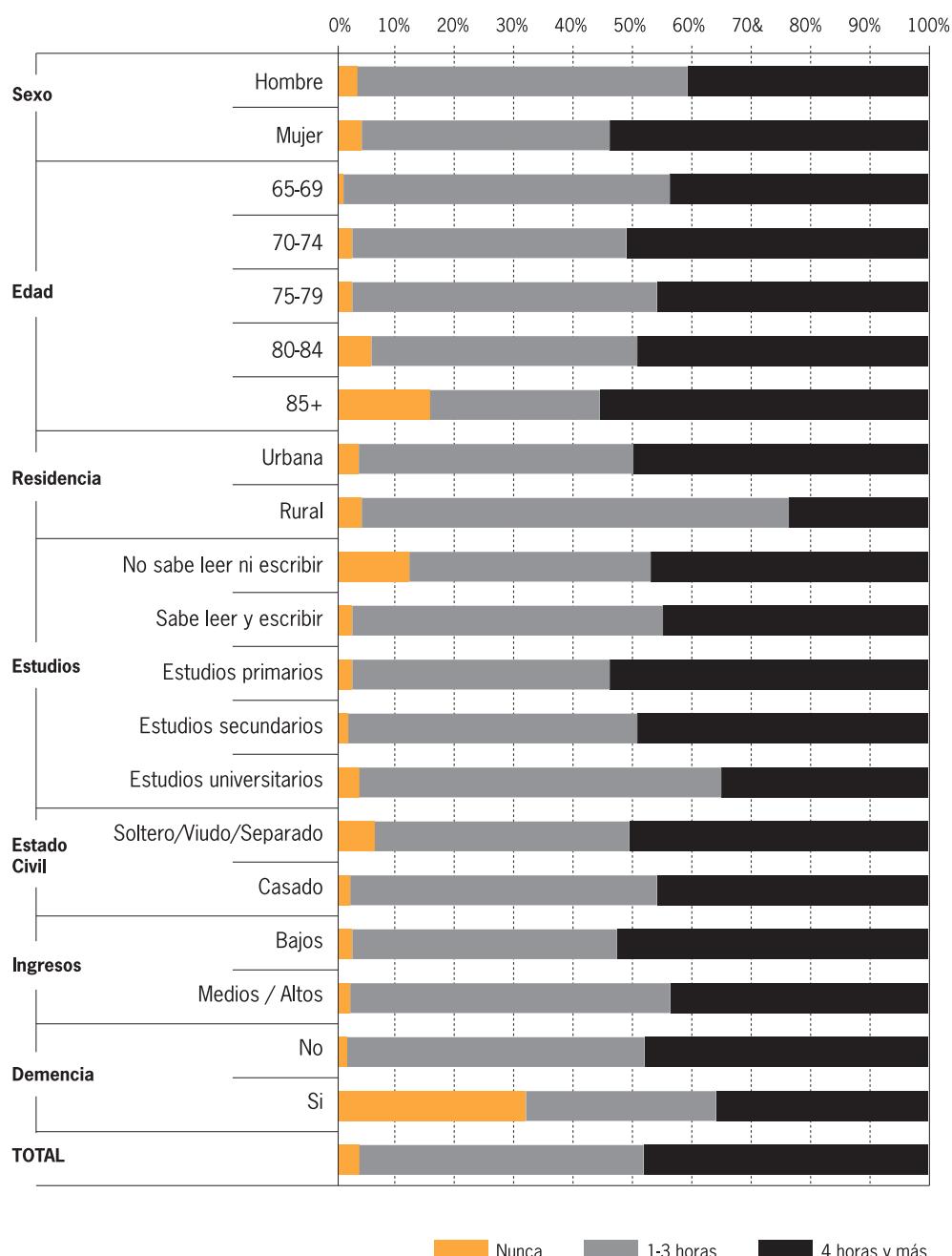


Gráfico 17. Frecuencia de actividades: leer libros/prensa, escribir, estudiar, hacer crucigramas, pintar o dibujar de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

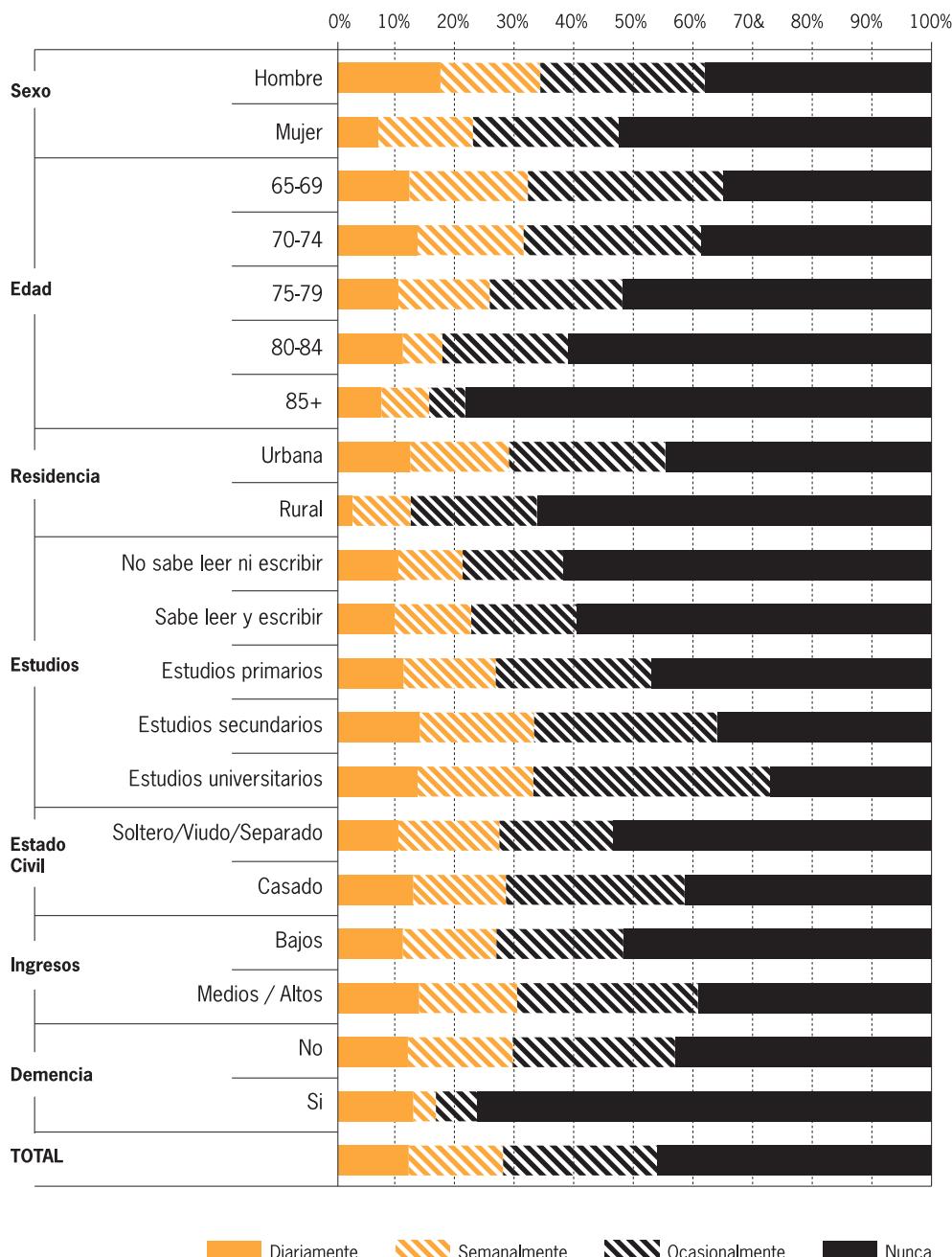


Gráfico 18. Frecuencia de actividades culturales y de ocio (ir a conciertos, teatro, exposiciones de arte, viajar, jugar a las cartas o a otros juegos con más gente, participar en grupos sociales o de jubilados) de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

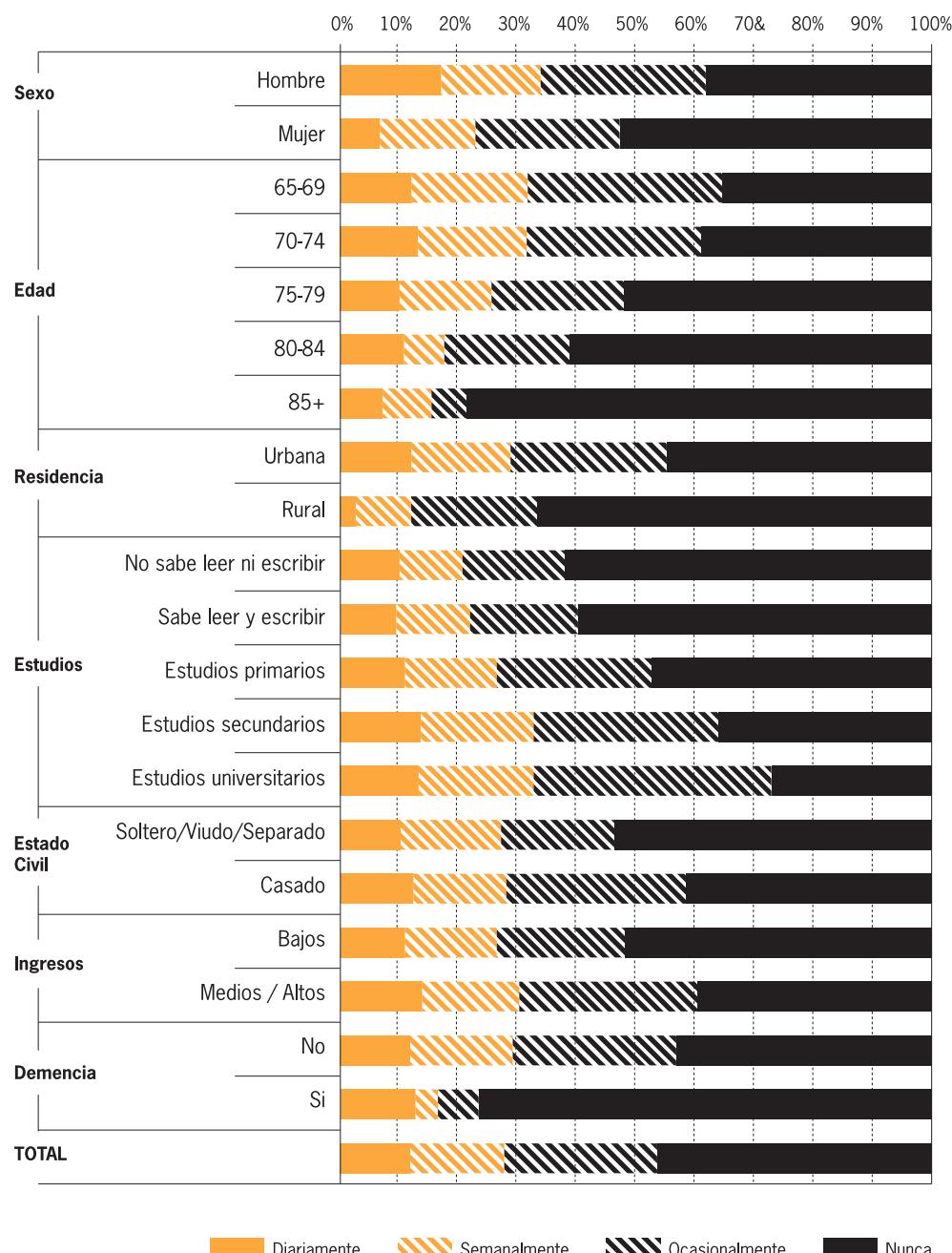
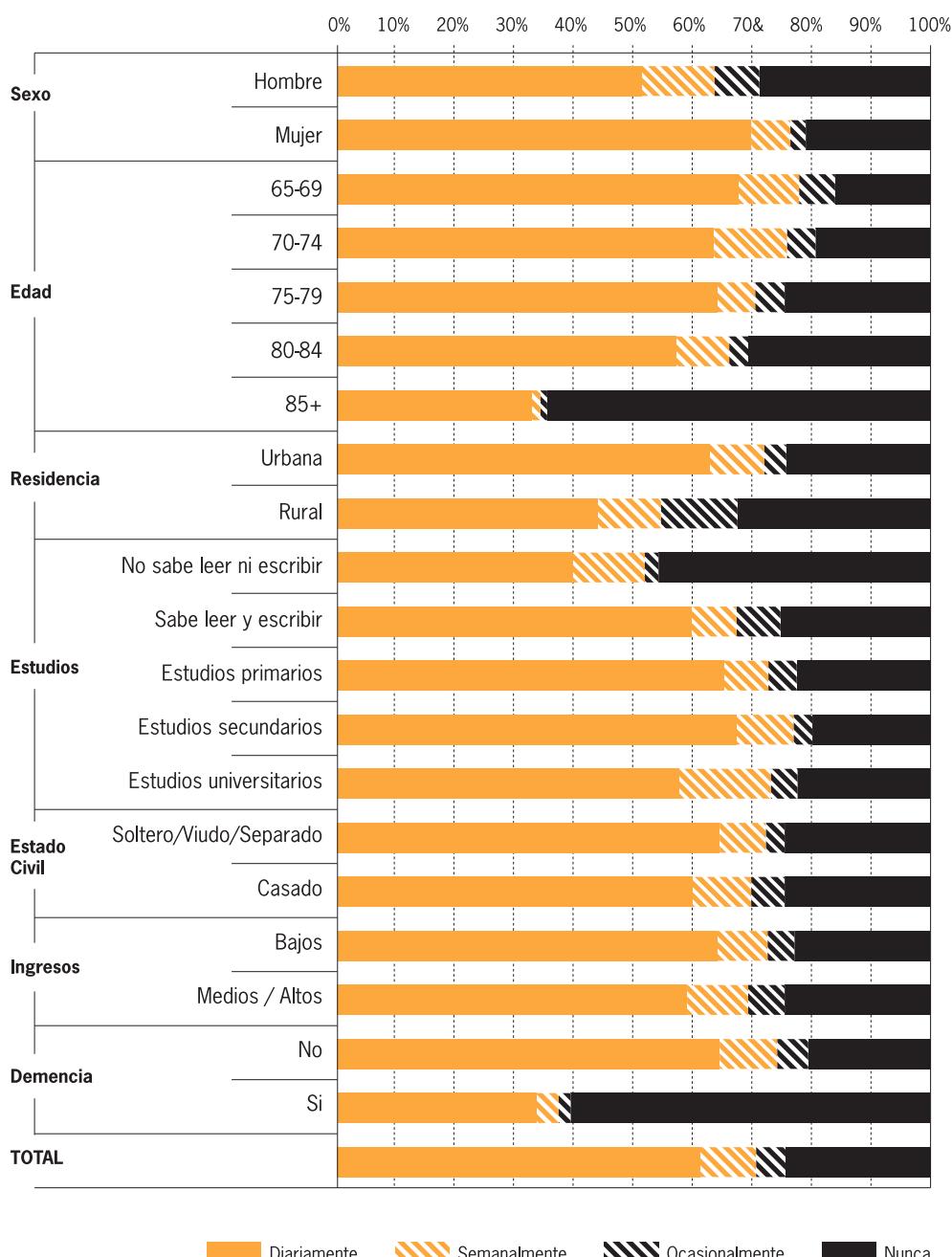


Gráfico 19. Frecuencia de actividades de jardinería, cultivar la huerta, hacer tareas domésticas, cocinar, trabajar pese a estar jubilado, hacer trabajo voluntario, coser, hacer punto o ganchillo de las personas mayores según variables sociodemográficas y diagnóstico de demencia.



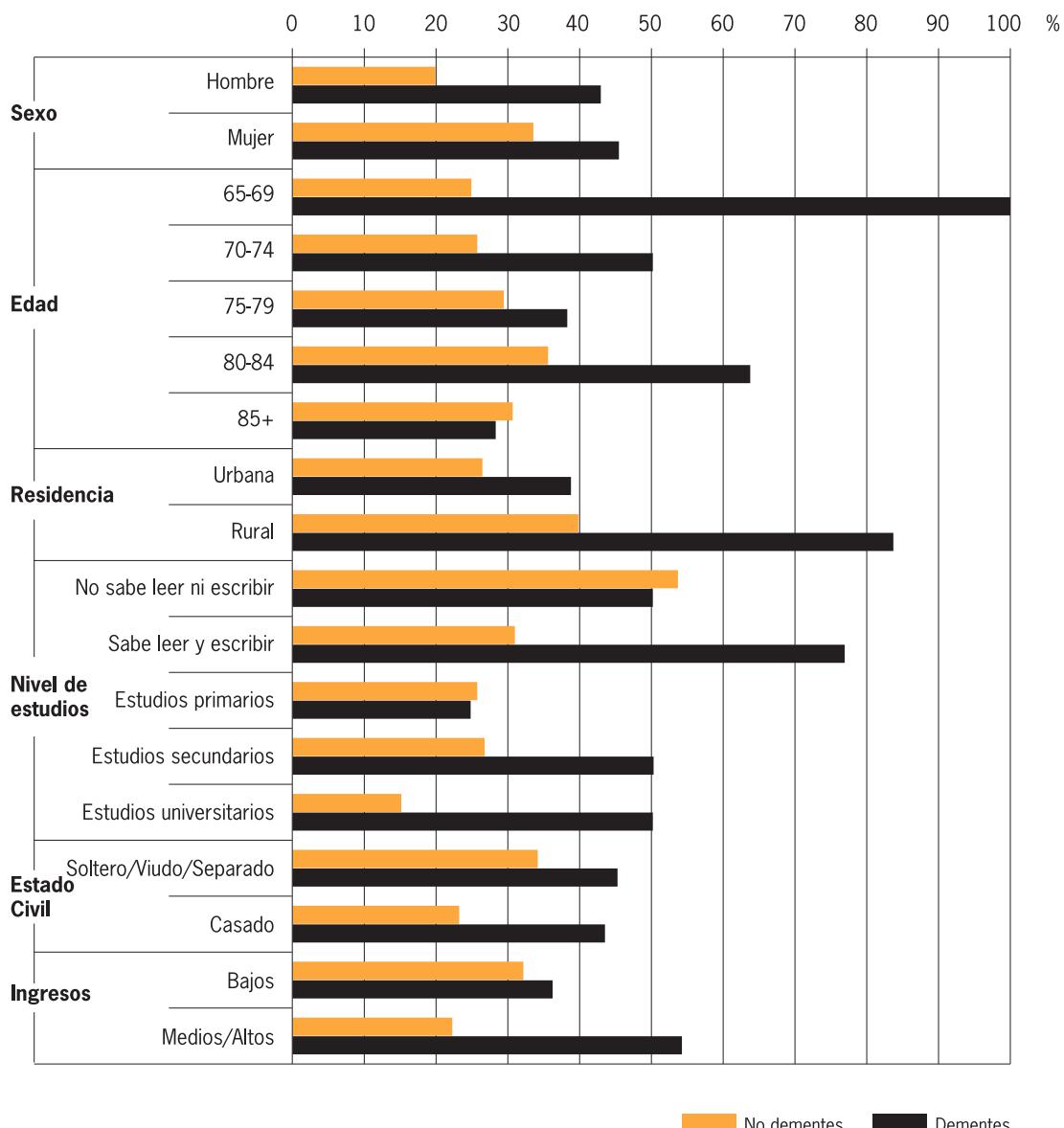


Depresión

La Tabla 8.1 presenta la distribución de la probabilidad de depresión medida con la subescala de depresión de Goldberg según características sociodemográficas y estado cognitivo. Se observó una mayor prevalencia de depresión en mujeres, en el medio rural, en las personas sin pareja, en las personas con ingresos más bajos y en las personas con demencia. No se observa una clara relación con la edad en mujeres, mien-

tras que en hombres en el grupo de 80-84 años de edad se observa un porcentaje mucho más alto que en los otros grupos de edad (Gráfico 20). Al ajustar por las demás variables, solo ser mujer y no saber leer ni escribir se asocian significativamente con la probabilidad de tener depresión (Tabla 8.2). Aproximadamente 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 3 mujeres mayores de 64 años puede tener depresión.

Gráfico 20. Prevalencia de depresión según diagnóstico de demencia y variables sociodemográficas.



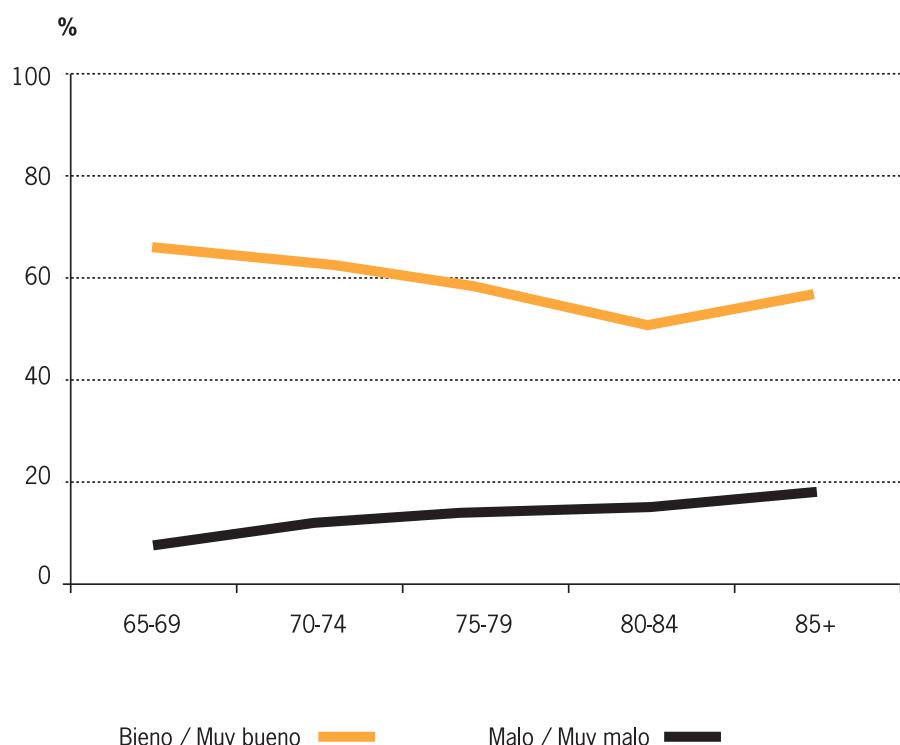
■ No dementes ■ Dementes

Autopercepción del estado de salud.

El 60,5% de las personas participantes consideró su estado de salud muy bueno o bueno frente al 11,7% que lo consideraron muy malo o malo (ver Tabla 9.1). Se observó una tendencia signifi-

cativa de percibir peor el estado de salud a medida que se es mayor (p de tendencia <0,01) (ver Gráfico 21).

Gráfico 21. Autopercepción del estado de salud según edad.



El 14% de las mujeres consideraron su estado de salud muy malo o malo comparado con solo el 8% de los hombres (ver Gráfico 22). Casi el 25% de los que no saben leer ni escribir consideraron su estado de salud malo o muy malo, mientras que solo el 7% de las personas con estudios universitarios consideraron lo mismo (ver Tabla 9.2), siendo la relación con la educación más evidente en mujeres (Gráfico 23). Para cualquier grupo de edad, sexo y residencia más de la mitad de los participantes percibió que su estado de salud era muy bueno o bueno. Las

mujeres, las personas que no saben leer ni escribir, las que tienen demencia, sufren probable depresión y tienen mayor comorbilidad presentaron peor percepción de su estado de salud. Al ajustar por las demás variables, las personas con probable depresión tuvieron 5 veces más probabilidad de considerar su estado de salud malo o muy malo (ver Tabla 9.3). Entre las personas con 3 o más enfermedades crónicas la mala percepción del estado de salud fue hasta 8 veces más frecuente que entre las que no tenían ninguna enfermedad.

Gráfico 22. Autopercepción del estado de salud según sexo.

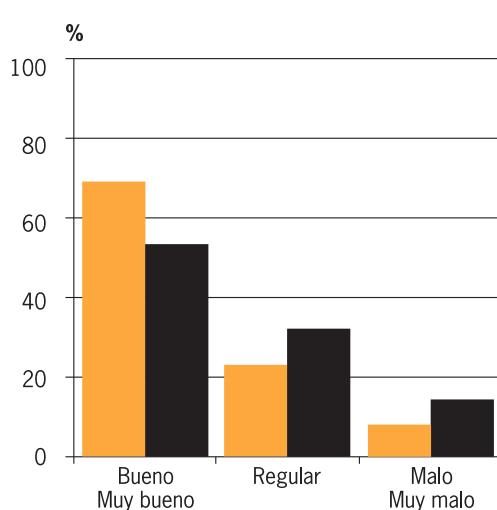
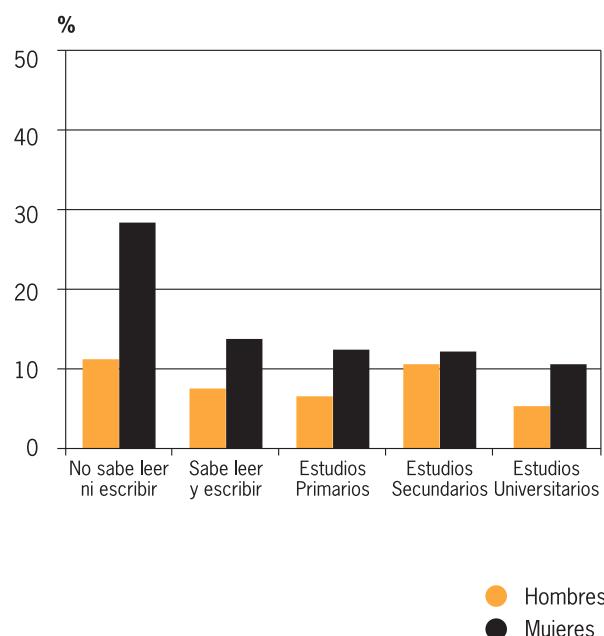


Gráfico 23. Prevalencia del estado de salud autopercibido malo o muy malo según nivel de estudios en hombres y mujeres



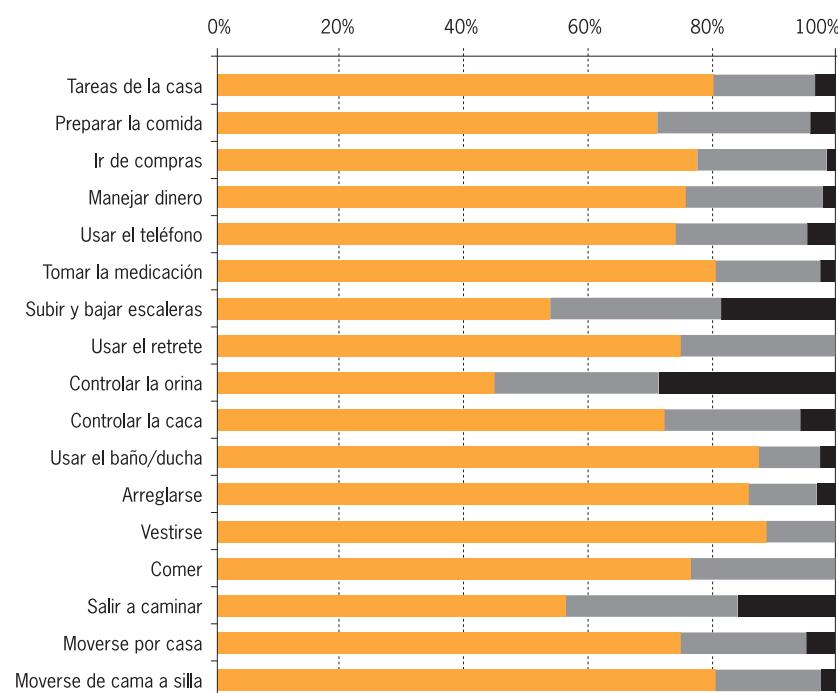
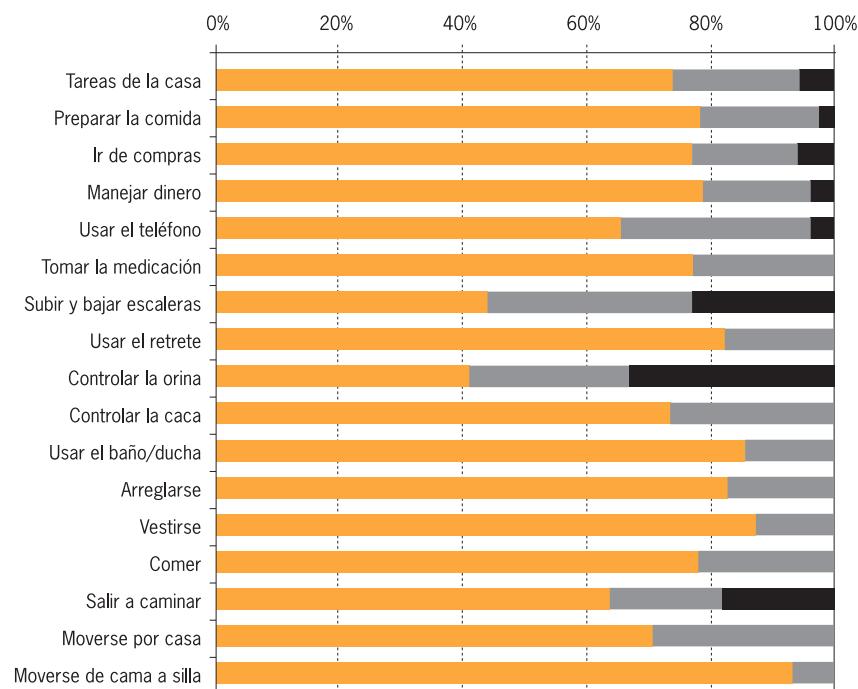
Necesidades de ayuda y grado y tipo de cobertura

Dependiendo del tipo de actividad, entre el 3% y el 20% de los participantes declaró necesitar ayuda para realizarla (ver Tabla 10.1), mientras que entre los mayores de 75 años la necesidad de ayuda varió entre el 6% y el 32%. Para las mujeres la actividad en la que más necesitaron ayuda fue la de hacer las tareas de la casa (27%), mientras que los hombres necesitaron ayuda en mayor proporción para preparar la comida (14%). En ambos sexos la actividad en la que menos necesitaban ayuda fue la de comer. Con la excepción de preparar la comida, para todas las demás actividades la proporción de mujeres que declararon necesitar ayuda fue mayor que la de hombres.

Aunque en la mayoría de las actividades de la vida diaria más del 70% de las personas que necesitaban ayuda declararon que la recibían

(ver Tabla 10.2), las actividades salir a caminar y subir y bajar escaleras fueron necesidades no cubiertas respectivamente en el 16% y el 20% de las personas participantes. El grado de cobertura de las necesidades de ayuda por cada tipo de actividad de la vida diaria según sexo y grupo de edad se presenta en los Gráficos 24 y 25. Entre el 11 y el 29% de las personas que declararon necesitar ayuda no sabían o no contestaron la pregunta *¿Quién le ayuda a realizar estas tareas?* En cuanto al tipo de ayuda recibida, tanto en hombres como en mujeres, la mayor parte de la ayuda recibida es privada y por parte de la familia (la pareja en caso de los hombres y de un familiar que vive con ella en caso de las mujeres) (Gráfico 26). A medida que se avanza en la edad, la ayuda de la pareja se daba en menor medida (Gráfico 27).

Gráfico 24. Grado de cobertura de las necesidades de ayuda para cada tipo de actividad de la vida diaria, según sexo.



[Orange square] Necesita ayuda y la recibe [Grey square] NS / NC [Black square] Necesita ayuda pero no la recibe

Gráfico 25. Grado de cobertura de las necesidades de ayuda para cada tipo de actividad de la vida diaria, según edad.

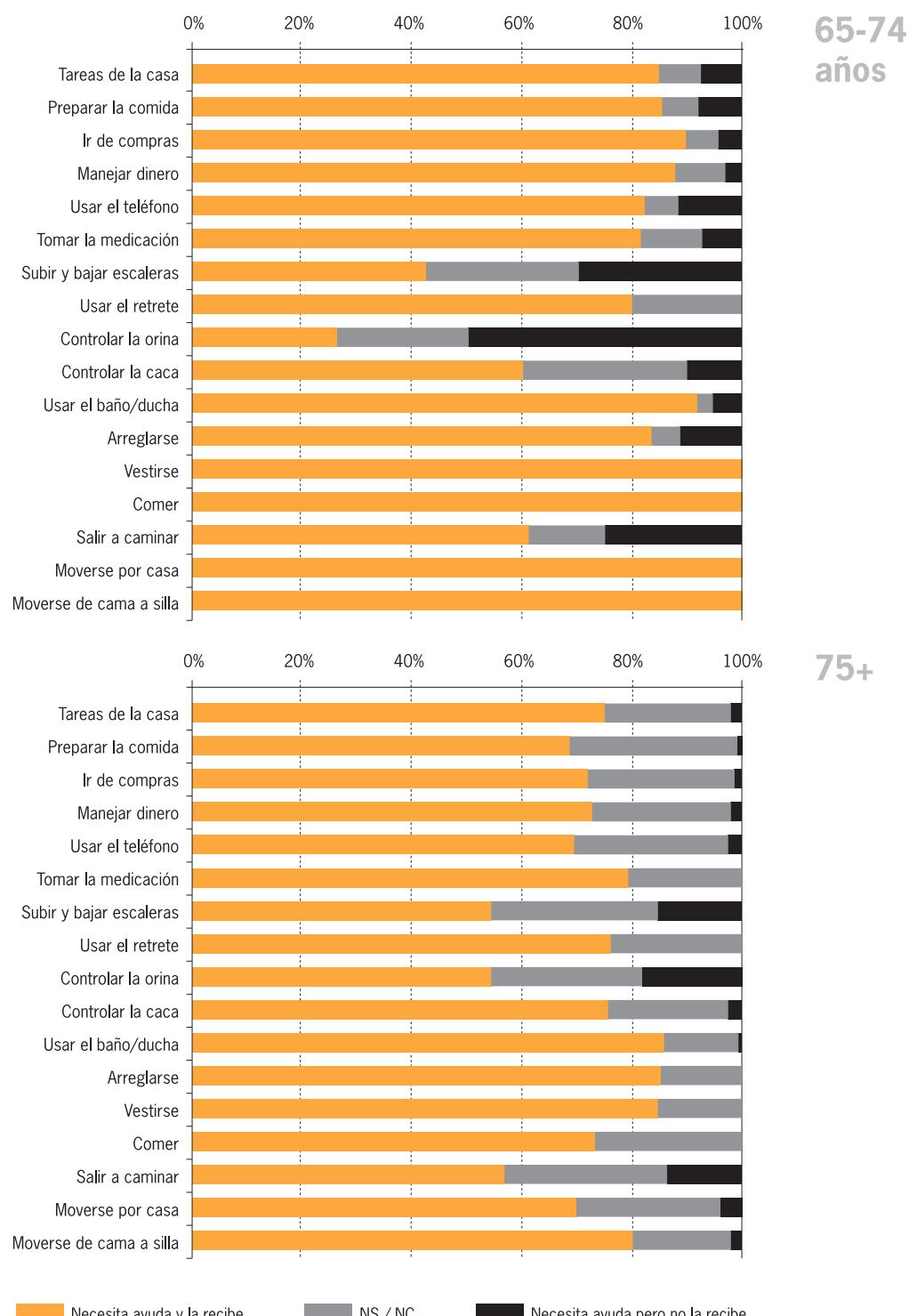
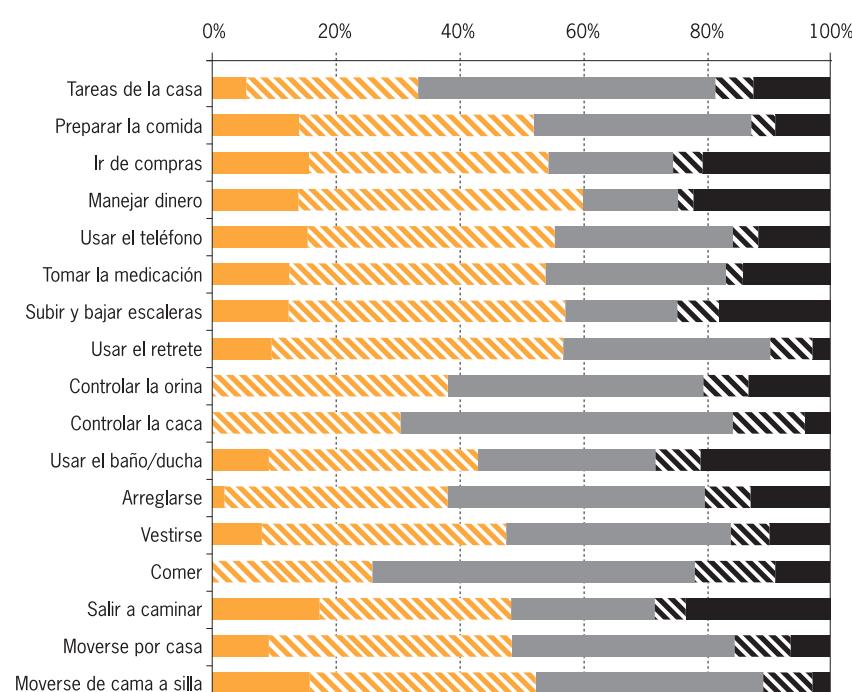
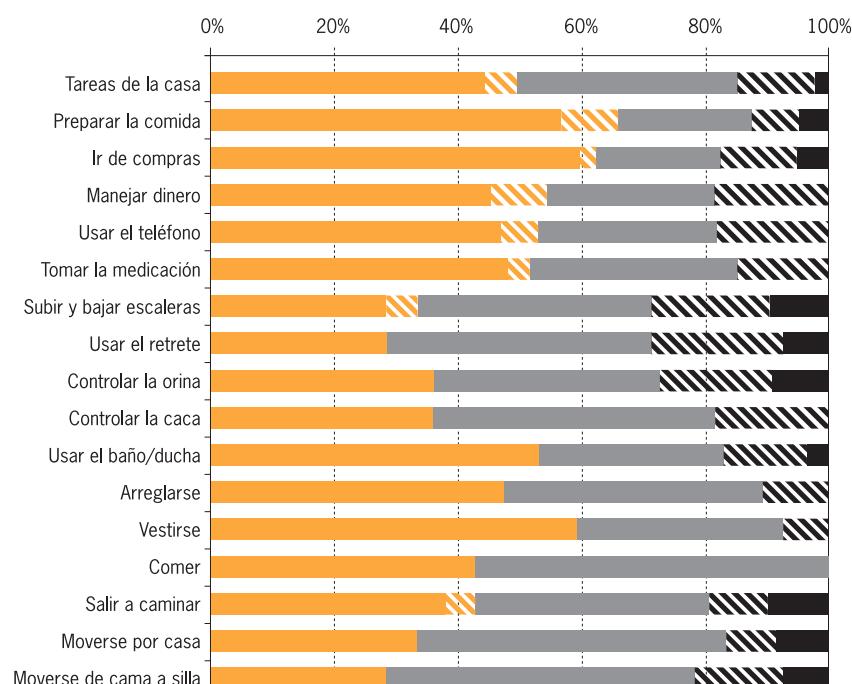
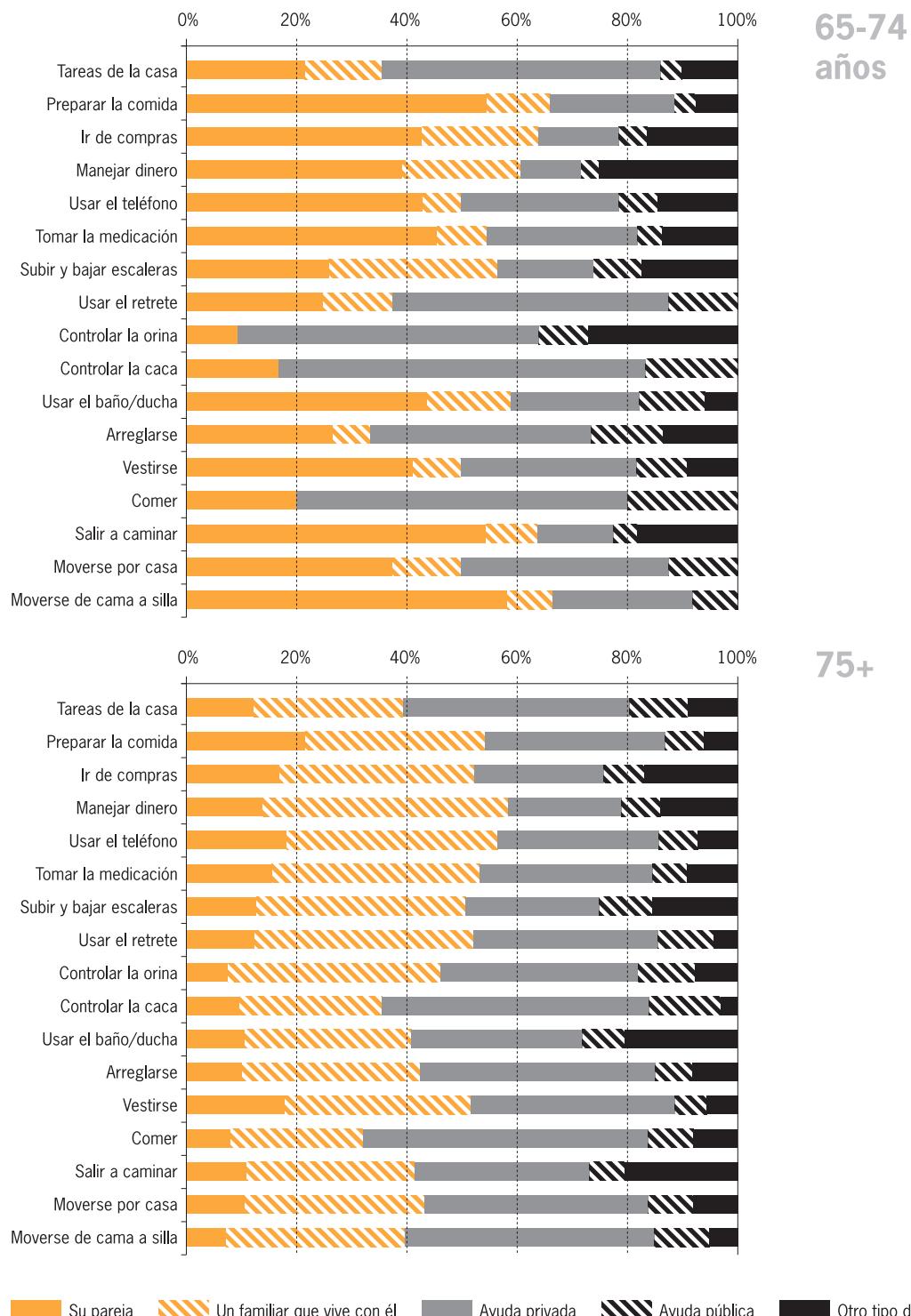


Gráfico 26. Tipo de ayuda recibida para cada tipo de actividad de la vida diaria, según sexo.



Su pareja Un familiar que vive con él Ayuda privada Ayuda pública Otro tipo de ayudas

Gráfico 27. Tipo de ayuda recibida para cada tipo de actividades de la vida diaria según edad.



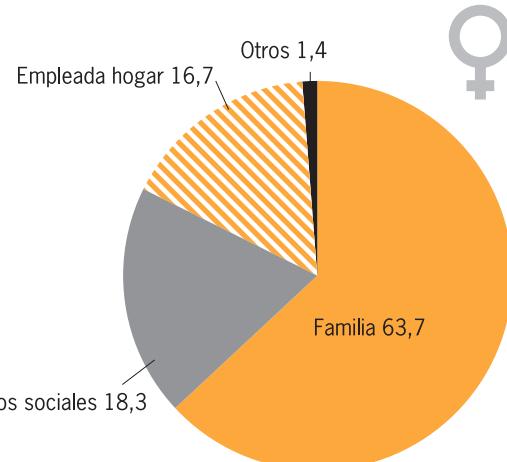
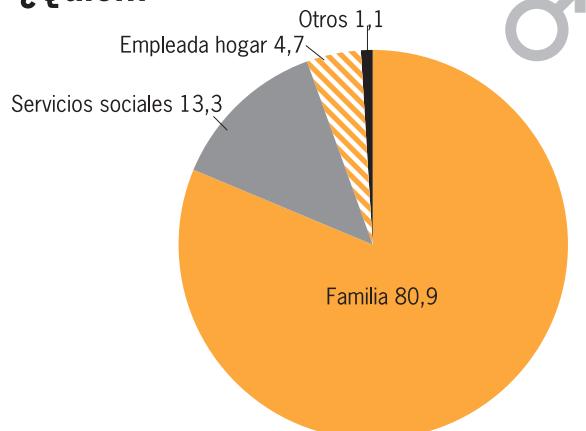
Entre las personas que necesitaban y recibían ayuda para realizar alguna actividad de la vida diaria, en la mayoría de los casos es la familia la que la proporciona, mientras que la ayuda pública recibida suele representar menos del 10% (ver Tabla 10.3).

En cuanto a las preferencias en caso de necesitar ayuda para los cuidados personales, el 81% de

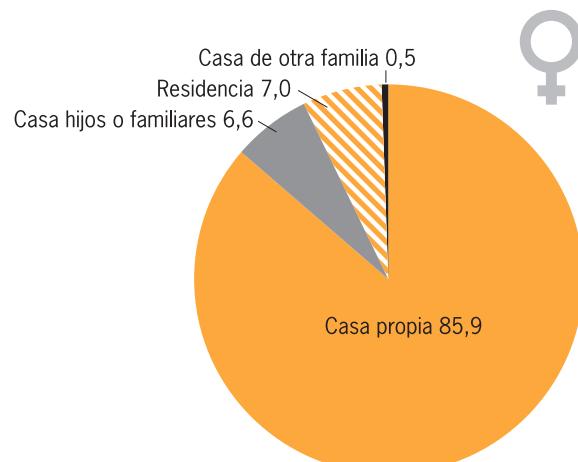
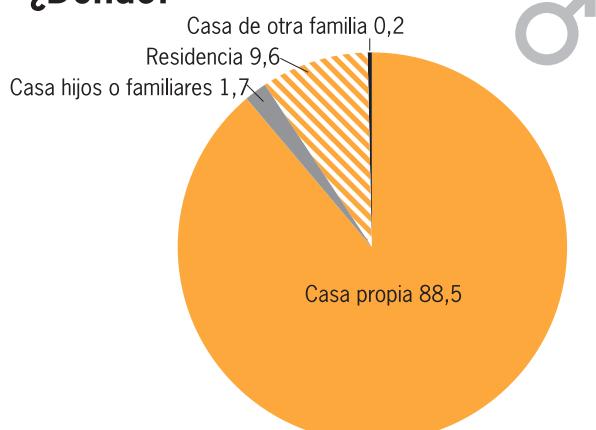
los hombres y el 64% de las mujeres prefería recibirla por parte de la familia (ver Gráfico 28). Aunque seguían prefiriendo a la familia, las mujeres tuvieron mayor aceptación que los hombres para recibir la ayuda por parte de los servicios sociales (18%) o la empleada de hogar (17%). El lugar preferido para recibir esta ayuda fue la propia casa para el 87% de los participantes.

Gráfico 28. Preferencias para recibir ayuda según sexo.

¿Quién?



¿Dónde?





Discusión

En este trabajo se ha conseguido determinar la prevalencia de demencia y sus diferentes tipos en la población mayor de 64 años de Murcia además de haber avanzado en el análisis de los factores asociados a su presencia. Adicionalmente, se ha conseguido información poblacional sobre aspectos sociosanitarios de la población de Murcia mayor de 65 años y se ha hecho especial énfasis en determinar las necesidades de ayudas percibidas y satisfechas en los casos de autonomía reducida. Sin embargo, es de interés discutir con mayor profundidad algunos aspectos del estudio y de sus implicaciones.

La estructura por edad y sexo de la muestra obtenida ha sido similar a la población objetivo, con una tasa de respuesta del 72% para las personas que realizaron la fase poblacional del estudio. Esta tasa de respuesta es comparable con la de otros estudios poblacionales^{16,19,22,23,28} y se puede considerar aceptable teniendo en cuenta la dificultad que supone un estudio de este tipo en personas mayores. En la fase clínica de confirmación del diagnóstico, el 26% de las personas derivadas a la UD no pudieron ser evaluadas, una proporción ligeramente superior a la de otros estudios²³. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas y de comorbilidad entre los participantes y los no participantes de la fase clínica, por lo cual asumimos que la perdida de sujetos entre las dos fases del estudio no ha influido de forma importante en la estimación de demencia.

Ya hemos comentado anteriormente que, siendo el diagnóstico de demencia una aproximación basada en síntomas subjetivos del paciente o en declaraciones de las personas de su entorno sobre el deterioro cognitivo con respecto a un nivel previo junto a los resultados de variadas pruebas neuropsicológicas y neurológicas, y estando este campo en continúo desarrollo, los resultados de los estudios son muy sensibles a los cambios en los criterios diagnósticos utilizados por no decir de otros factores como: los grupos de edad incluidos, la presencia o no de población institucionalizada, la tasa de respuesta, la captación de las personas o el incremento relativo en el nivel educativo de las cohortes de mayores más recientes, entre otros. Por tanto, las comparaciones con otros estudios deben hacerse de una forma crítica y rigurosa, extremando la comparabilidad. La prevalencia de demencia encontrada en la Región de Murcia fue del 5,5%, mientras que en la mayoría de los estudios nacionales llevados a cabo durante la década de los 90 la prevalencia es mayor: 7,6% en Toledo¹⁴, 16,3% en Gerona¹⁸, 11,8% y 17,3% en personas de 75-79 y 80-84 años en Pamplona³⁸ (comparado con 6,7% y 11,7% en los mismos grupos de edad en Murcia). En un estudio reciente de Barcelona se encontró una prevalencia de demencia de 4,3%, siendo este el único estudio que presenta datos de prevalencia menor que nuestra Región. Es, posiblemente el estudio más similar al nuestro por criterio diagnóstico empleado, grupo de edad y tipo de

Discusión

residencia urbano pero su estrategia de identificación de casos de demencia es muy diferente. Mientras en nuestro estudio se identificaron a través de una muestra poblacional de personas mayores, realizando primero el estudio de screening y después la confirmación por neurólogos y neuropsicólogos, siendo por tanto capaces de detectar casos que no habían tenido diagnóstico previo, el estudio de Barcelona se llevó a cabo basándose en listados de pacientes con diagnóstico de demencia ya registrados en centros de atención primaria y llevando a cabo su posterior confirmación. Por tanto, es posible que la menor prevalencia observada pueda deberse a una menor sensibilidad del método de identificación de casos.

El único estudio nacional que presenta datos para los 3 subtipos principales de demencia es el de Pamplona³⁸ con valores de prevalencia mayores que en nuestro estudio para EA y DV y menores para EAECV. El estudio de Barcelona¹⁷ presenta datos de EA más bajos (2,4%) y de DV similares (1,0%). Tanto el estudio de Toledo¹⁴ como el de Gerona¹⁸ presentan datos más altos de prevalencia tanto para la EA (4,6% y 6,6%, respectivamente) como para la DV (1,8% y 6,2%). Las prevalencias de demencia y EA en la Región son similares a las encontradas en Europa y algo inferiores que en la mayoría de los estudios españoles.

Se estima que el número de personas afectadas por demencia podría ser aproximadamente de 3.000 en el municipio de Murcia y de 11.100 en toda la Región de Murcia. De estas personas, 2.300 en el municipio y 8.600 en la Región de Murcia padecerían EA o EAECV.

Nos gustaría señalar aquí el motivo por el que no se ha incluido en la presente monografía un análisis formal sobre la frecuencia del deterioro cognitivo leve en la población mayor de Murcia pese a estar relacionado con la frecuencia de demencia³⁹. La razón es que no existe un consenso de cómo medirlo clínica y/o poblacionalmente. Se han propuesto algunas definiciones⁴⁰⁻⁴² que requieren más información de la que está disponible en el estudio Ariadna. Y, desde luego, si el diagnóstico de demencia es complejo, el de deterioro cognitivo tiene la dificultad adicional de medir síntomas más leves y subjetivos, en lo que es muy importante el seguimiento y las medidas repetidas de la actividad cognitiva, aspectos más allá de las posibilidades del estudio Ariadna, que es una encuesta transversal con un único contacto con la persona entrevistada. Pese a ello, y a título de investigación ya publicada³⁹, hemos llevado a cabo una estimación del deterioro cognitivo que solventa el problema del seguimiento y de las medidas repetidas. Por una parte se ha estimado la prevalencia del deterioro cognitivo leve amnésico (*amnestic mild cognitive impairment* (aMCI), por sus siglas en inglés) y por la de otra de deterioro cognitivo, sin demencia (*cognitive impairment, no dementia* (CIND) por sus siglas en inglés). Similarmente a lo propuesto por el estudio Kungsholmen^{43, 44} se definió CIND basándonos en los resultados obtenidos en el MMSE en las personas sin demencia. Para controlar por el efecto de la edad y de la educación sobre la puntuación en el MMSE, las personas fueron estratificadas en cinco grupos de edad y en otros tantos de nivel educativo. Se calculó la media y la desviación estándar (DE) del MMSE en cada uno de los 25 estratos. Se diagnosticó CIND en las personas sin demencia

que puntuaron 1 DE ó más por debajo de la media del MMSE específica para su edad y nivel educativo. Por otra parte, se definió como caso de aMCI aquellos participantes que contaban con: a) una función cognitiva general normal (definida como con una puntuación media del MMSE por debajo de la específica para su grupo de edad y nivel educativo); b) alteración objetiva de la memoria (definida con una puntuación de 1,5 DE por debajo de la media obtenida en la sección sobre memoria del MMSE en la población libre de demencia); c) actividades de la vida diaria preservadas en lo esencial. Los principales resultados son: una prevalencia global de aMCI del 8,7% (95% CI 7,1-10,5) y 14,5% (95% CI 12,4-16,8) de CIND. El aMCI se asoció con el analfabetismo (OR 2,59; 95% CI 1,09-6,14) comparado con la presencia de estudios secundarios o superiores. El CIND se asoció con un tipo de residencia rural (OR 2,13, 95% CI 1,07-4,24) y el sexo femenino (OR 1,53, 95% CI 1,06-2,22).

Globalmente y teniendo en cuenta los resultados sobre demencias aquí presentados podemos concluir que en la población de Murcia la prevalencia de demencia es baja a pesar de una elevada prevalencia de aMCI y CIND.

Como objetivo secundario del estudio Ariadna estaba valorar los estilos de vida y algunos aspectos sociosanitarios en la población mayor de Murcia. La existencia de la reciente Encuesta Nacional de Salud de 2006⁴⁵, permite contextualizar nuestros resultados comparándolos con los generales para la población mayor española.

El consumo de tabaco era hace años un hábito exclusivamente masculino y por eso las diferencias por sexo son muy acusadas entre las personas mayores. En Murcia solo el 23% de los hombres mayores no ha fumado nunca frente al 91% de las mujeres mayores, valores similares a los nacionales⁴⁵ en el caso de las mujeres, pero inferiores en los hombres (Tabla 11). Destaca el número elevado de hombres mayores que han dejado de fumar, sobre todo en el grupo de 75 años y más, superando los valores de nivel nacional, aunque la proporción de fumadores actuales en Murcia sigue por encima de los valores nacionales.

Tabla 11. Comparación entre el consumo de tabaco de las personas mayores en Murcia y a nivel nacional.

		No fumador		Ex fumador		Fumador	
		Murcia	España*	Murcia	España*	Murcia	España*
Hombres	65-74 años	23,9	27,9	53,9	51,5	22,3	20,5
	75+	20,5	33,2	66,5	57,5	13,0	9,3
Mujeres	65-74 años	88,8	89,6	6,4	5,9	4,8	4,6
	75+	94,9	95,6	4,3	2,9	0,8	1,5
Ambos sexos	65-74 años	57,3	62,7	29,4	25,8	13,3	11,5
	75+	66,2	69,6	28,3	25,6	5,5	4,7

* Encuesta nacional de salud 2006

Al igual que a nivel nacional, entre las personas mayores de Murcia que consumen alcohol, el vino es la bebida más popular, aunque la propor-

ción de abstemios supera mucho la de los niveles nacionales⁴⁵ y las diferencias son mayores para las mujeres (Tabla 12).

Tabla 12. Comparación entre el consumo de vino de las personas mayores en Murcia y a nivel nacional.

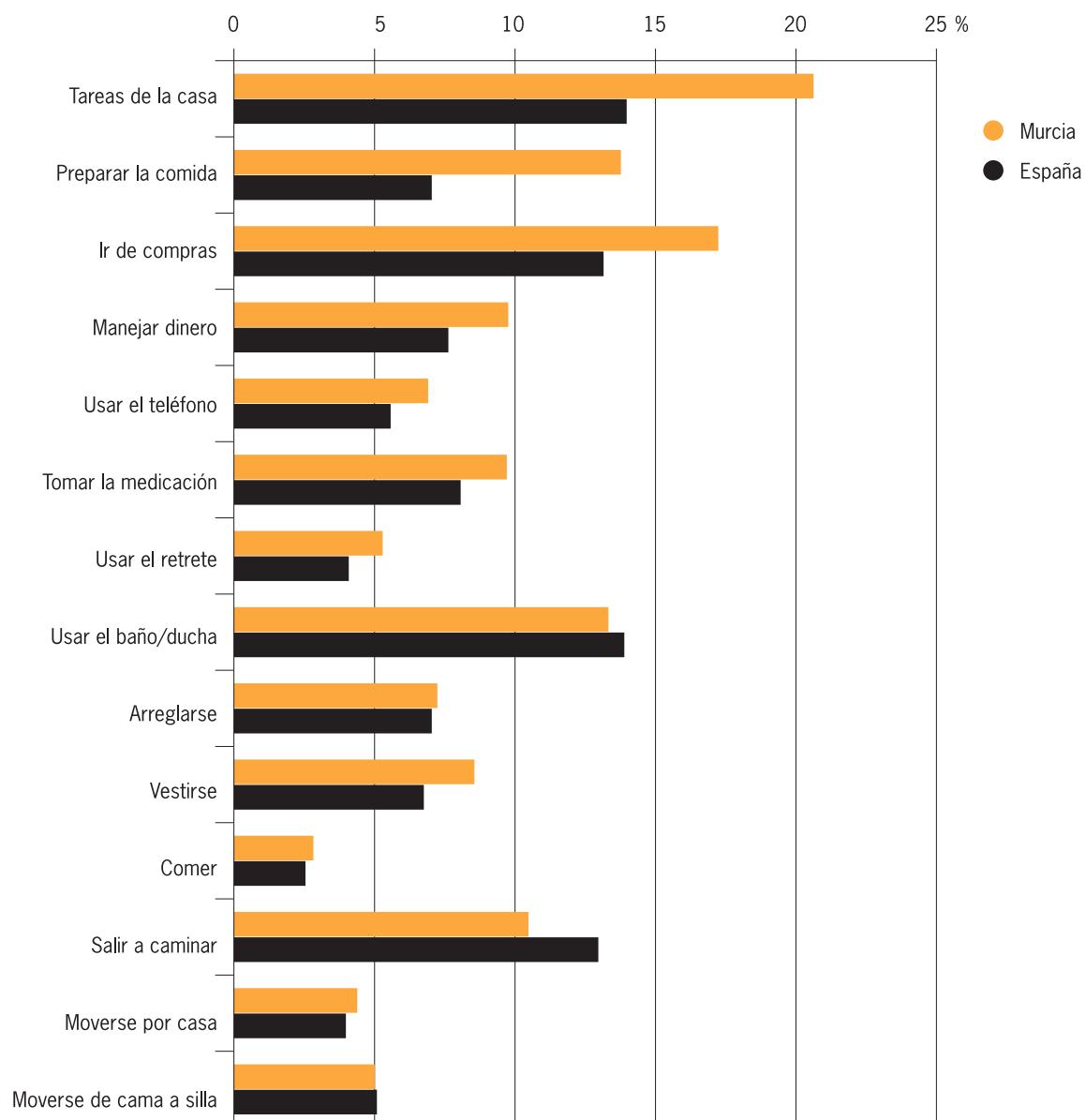
		Nunca		Ocasionalmente		Habitualmente	
		Murcia	España*	Murcia	España*	Murcia	España*
Hombres	65-74 años	14,2	7,0	31,9	27,5	53,9	65,5
	75+	25,3	6,2	27,8	25,5	46,9	68,3
Mujeres	65-74 años	37,0	11,9	42,5	46,7	20,5	41,4
	75+	46,1	7,3	31,6	46,4	22,3	46,3
Ambos sexos	65-74 años	25,9	8,8	37,4	34,8	36,7	56,4
	75+	38,0	6,6	30,1	33,2	31,8	60,2

* Encuesta nacional de salud 2006

En nuestro estudio el 38,3% de los participantes no pueden realizar una o varias de las AVD o necesitan ayuda para hacerlo, porcentaje ligeramente superior al 31,9% de la Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores de 2006, realizada por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO⁴⁶. Sin embargo, si miramos cada AVD por separado, los participantes en el

estudio Ariadna tienen mayores dificultades que la media nacional en las siguientes actividades: tareas de la casa, preparar la comida, ir de compras y manejar el dinero, mientras que para el resto de las AVD la proporción de personas mayores con dificultades es bastante similar a la media nacional (Gráfico 29).

Gráfico 29. Comparación entre algunas dificultades para actividades cotidianas de las personas mayores de Murcia con las de España.



Discusión

La realización de estudios poblacionales en personas mayores presenta una dificultad adicional por sus problemas de desplazamiento. Si es factible realizar la primera fase del estudio epidemiológico puerta a puerta para el cribado se obtiene una buena respuesta. Sin embargo, durante la segunda fase de confirmación clínica la respuesta total baja drásticamente, sesgando en parte los resultados. A ello se añade que aunque el MMSE es el instrumento de medida de la función cognitiva más utilizado internacionalmente, presenta limitaciones a la hora de discriminar en poblaciones poco educadas, haciendo más necesaria si cabe la confirmación.

Dentro de los factores modificables, solo el bajo nivel educativo se mantiene asociado indepen-

dientemente con baja puntuación del MMSE, demencia, depresión y peor percepción de la salud. Cualquier aumento en el nivel educativo medio de la población mayor puede tener importante impacto en estas variables contrarrestando en parte el efecto del envejecimiento de la población.

Para futuros estudios sobre deterioro cognitivo, es importante tener en cuenta dos omisiones de nuestro estudio: incluir en la fase poblacional una pregunta sobre quejas subjetivas de memoria frente a un nivel previo y realizar la fase de confirmación en una muestra de los que puntúan por encima del punto de corte en la fase poblacional para estimar la proporción de falsos negativos.



→ Recomendaciones

Recomendaciones

Para concretar mejor el número de personas que pueden desarrollar una demencia se necesitan estudios longitudinales y así poder orientar mejor las intervenciones preventivas y desarrollar modelos adecuados de asistencia para este grupo de población. Los estudios longitudinales permitirán también establecer el riesgo de mortalidad según las diferentes categorías de alteración cognitiva, completando el cuadro en base a la evaluación de carga de enfermedad, años potenciales de vida perdidos y años de vida ajustados por discapacidad.

Está comprobado que la educación es una buena inversión en salud y según este estudio está asociada a una frecuencia menor de demencias. La Salud Pública observa con mucha frecuencia que algunas patologías se pueden prevenir gracias a acciones que afectan a otros sectores sociales. Aunque nuestro estudio no determina el papel de la educación sino que tan solo la observa, nuestra recomendación es que los resultados de esta investigación se difundan también en el ámbito educativo.

Dado el imparable envejecimiento de la población se hace necesaria una provisión de servicios a

las personas afectadas y a sus cuidadores. Hay que vigilar para que la Ley de Dependencia se aplique sin crear desigualdades y con un presupuesto ajustado a las necesidades reales. Es necesario, incluso en períodos de crisis como el actual, seguir invirtiendo en este área, proporcionando atención y cuidados donde, paradójicamente, las personas afectadas difícilmente pueden reclamarlos.

Los objetivos del Plan de Salud 2003-2007 se han conseguido. Se tienen estimaciones suficientemente precisas de la demencia y sus tipos para la población del municipio de Murcia y, por extrapolación, de la Región de Murcia. Los próximos pasos deben ser para tratar de reducir la prevalencia o al menos de mejorar las condiciones y la calidad de vida de pacientes y cuidadores, mientras se esperan nuevos fármacos que puedan reducir o evitar la progresión de la enfermedad. Evaluar estos avances necesitará seleccionar buenos indicadores e implementar una adecuada monitorización. El Plan de Salud 2009-2015 y sus programas derivados son el contexto adecuado para desarrollarlos y medirlos.



→ **Bibliografía**

Bibliografía

- 1.** Farrer LA, Cupples LA, Haines JL et al. Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease. A meta-analysis. APOE and Alzheimer Disease Meta Analysis Consortium. *JAMA* 1997; 278(16):1349-1356.
- 2.** Rubinsztein DC, Easton DF. Apolipoprotein E genetic variation and Alzheimer's disease. a meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10(3):199-209.
- 3.** Hsiung GY, Sadovnick AD, Feldman H. Apolipoprotein E epsilon4 genotype as a risk factor for cognitive decline and dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *CMAJ* 2004; 171(8):863-867.
- 4.** Caamano-Isorna F, Corral M, Montes-Martinez A, Takkouche B. Education and dementia: a meta-analytic study. *Neuroepidemiology* 2006; 26(4):226-232.
- 5.** Karp A, Kareholt I, Qiu C, Bellander T, Winblad B, Fratiglioni L. Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer's disease. *Am J Epidemiol* 2004; 159(2):175-183.
- 6.** Ngandu T, von SE, Helkala EL et al. Education and dementia: what lies behind the association? *Neurology* 2007; 69(14):1442-1450.
- 7.** Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol* 2001; 58(3):498-504.
- 8.** Rovio S, Kareholt I, Helkala EL et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2005; 4(11):705-711.
- 9.** Podewils LJ, Guallar E, Kuller LH et al. Physical activity, APOE genotype, and dementia risk: findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *Am J Epidemiol* 2005; 161(7):639-651.
- 10.** Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004; 3(6):343-353.
- 11.** Wang HX, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *Am J Epidemiol* 2002; 155(12):1081-1087.
- 12.** Wilson RS, Mendes De Leon CF, Barnes LL et al. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA* 2002; 287(6):742-748.

Bibliografía

- 13.** Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. Lancet 2000; 355(9212):1315-1319.
- 14.** Garcia Garcia FJ, Sanchez Ayala MI, Perez MA et al. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. Med Clin (Barc) 2001; 116(11):401-407.
- 15.** Fish M, Bayer AJ, Gallacher JE, Bell T, Pickering J, Pedro S, et al. Prevalence and pattern of cognitive impairment in a community cohort of men in South Wales: methodology and findings from the Caerphilly Prospective Study. Neuroepidemiology 2008; 30(1):25-33.
- 16.** Lobo A, Saz P, Marcos G et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the ZARADEMP Project. Acta Psychiatr Scand 2007; 116(4):299-307.
- 17.** Sicras A, Rejas J, Arco S et al. Prevalence, resource utilization and costs of vascular dementia compared to Alzheimer's dementia in a population setting. Dement Geriatr Cogn Disord 2005; 19(5-6):305-315.
- 18.** Vilalta-Franch J, Lopez-Pousa S, Llinas-Regla J. Prevalencia de demencias en una zona rural. Estudio de Girona. Rev Neurol 2000; 30(11):1026-1032.
- 19.** Zunzunegui Pastor MV, del ST, Rodriguez LA, Garcia Yebenes MJ, Domingo J, Otero PA. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. Aten Primaria 2003; 31(9):581-586.
- 20.** Gascon-Bayarri J, Rene R, Del Barrio JL et al. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the PRATICON study. Neuroepidemiology 2007; 28(4):224-234.
- 21.** Riedel-Heller SG, Busse A, Aurich C, Matschinger H, Angermeyer MC. Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) Part 1. Br J Psychiatry 2001; 179:250-4.:250-254.
- 22.** De Ronchi D, Berardi D, Menchetti M et al. Occurrence of cognitive impairment and dementia after the age of 60: a population-based study from Northern Italy. Dement Geriatr Cogn Disord 2005; 19(2-3):97-105.
- 23.** Tognoni G, Ceravolo R, Nucciarone B et al. From mild cognitive impairment to dementia: a prevalence study in a district of Tuscany, Italy. Acta Neurol Scand 2005; 112(2):65-71.
- 24.** Rahkonen T, Eloniemi-Sulkava U, Rissanen S, Vatanen A, Viramo P, Sulkava R. Dementia with Lewy bodies according to the consensus criteria in a general population aged 75 years or older. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74(6):720-724.

- 25.** Navarro C, Iniesta JA, Calle J. Enfermedades neurodegenerativas más frecuentes: enfermedad de Alzheimer y de Parkinson. Boletín Epidemiológico de Murcia 2002; 23(639):53-56.
- 26.** Navarro Sánchez C, Iniesta JA, Calle Urra J. Enfermedades neurodegenerativas más frecuentes: Enfermedad de Parkinson y Enfermedad de Alzheimer. Plan de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2003-2007, 179-188. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, 2003.
- 27.** Lobo A, Ezquerra J, Gomez BF, Sala JM, Seva DA. El minimental cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1979; 7(3):189-202.
- 28.** Blesa R, Pujol M, Aguilar M et al. Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities. Neuropsychologia 2001; 39(11):1150-1157.
- 29.** Roth M, Tym E, Mountjoy CQ et al. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. Br J Psychiatry 1986; 149(6):698-709.
- 30.** Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. Br J Psychiatry 1968; 114(512):797-811.
- 31.** Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23(1):56-62.
- 32.** Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E et al. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol 1975; 32(9):632-637.
- 33.** Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139(9):1136-1139.
- 34.** Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20(6):649-655.
- 35.** Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ 1988; 297(6653):897-899.
- 36.** Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9(3):179-186.
- 37.** Lopez PS, Llinas J, Amiel J, Vidal C, Vilalta J. [CAMDEX: a new psychogeriatric interview]. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1990; 18(5):290-295.
- 38.** Manubens JM, Martinez-Lage JM, Lacruz F et al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. Neuroprevalence 1995; 14(4):155-164.

Bibliografía

- 39.** Gavrilà D, Antunez C, Tormo M et al. Prevalence of dementia and cognitive impairment in Southeastern Spain: the Ariadna study. *Acta Neurol Scand* 2009; 120(5):300-307
- 40.** Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M et al. Mild cognitive impairment. *Lancet* 2006; 367(9518):1262-1270.
- 41.** Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56(3):303-308.
- 42.** Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med* 2004; 256(3):183-194.
- 43.** Caracciolo B, Palmer K, Monastero R, Winblad B, Backman L, Fratiglioni L. Occurrence of cognitive impairment and dementia in the community: a 9-year-long prospective study. *Neurology* 2008; 70(19 Pt 2):1778-1785.
- 44.** Palmer K, Wang HX, Backman L, Winblad B, Fratiglioni L. Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons: results from the Kungsholmen Project. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3):436-442.
- 45.** Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud 2006. 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 21-9-2009.
- 46.** Díaz R, Abellán A, Castejón P et al. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008/Tomo I. Ministerio de Sanidad y Política Social, editor. 2009. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2009.



→ Tablas
de
resultados

Tablas

4. Tasas de respuesta

4.1 Estudio poblacional

Tabla 4.1.1. Tasas de respuesta por sexo y grupos de edad: muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados.

		Elegibles	Negativas		Cuestionarios cumplimentados	
		Edad	n	%	n	%
Hombres	65-69	226	51	22,6	175	77,4
	70-74	183	45	24,6	138	75,4
	75-79	118	28	23,7	90	76,3
	80-84	61	18	29,5	43	70,5
	85 y más	39	9	23,1	30	76,9
	Total	627	151	24,1	476	75,9
Mujeres	65-69	240	68	28,3	172	71,7
	70-74	235	72	30,6	163	69,4
	75-79	194	76	39,2	118	60,8
	80-84	111	34	30,6	77	69,4
	85 y más	93	25	26,9	68	73,1
	Total	873	275	31,5	598	68,5
Ambos sexos	65-69	466	119	25,5	347	74,5
	70-74	418	117	28,0	301	72,0
	75-79	312	104	33,3	208	66,7
	80-84	172	52	30,2	120	69,8
	85 y más	132	34	25,8	98	74,2
	Total	1.500	426	28,4	1074	71,6

Tabla 4.1.2. Tasas de respuesta por sexo y tipo de residencia: muestra elegible, negativas, cuestionarios cumplimentados.

		Elegibles	Negativas		Cuestionarios cumplimentados	
		Residencia	n	%	n	%
Hombres	Urbana	594	150	25,3	444	74,7
	Rural	33	1	3,0	32	97,0
Mujeres	Urbana	826	274	33,2	552	66,8
	Rural	47	1	2,1	46	97,9
Ambos sexos	Urbana	1420	424	29,9	996	70,1
	Rural	80	2	2,5	78	97,5

4.2 Fase clínica de confirmación

Tabla 4.2.1. Tasas de respuesta por sexo y grupos de edad: muestra elegible, evaluación clínica, neuroimagen y estudio genético.

	Elegibles	Evaluados clínicamente		Neuroimagen		Estudio genético	
		Edad	n	%	n	%	n
Hombres	65-69	12	9	75,0	7	58,3	9
	70-74	16	10	62,5	6	37,5	8
	75-79	20	18	90,0	9	45,0	13
	80-84	8	4	50,0	2	25,0	5
	85 y más	6	6	100	2	33,3	4
	Total	62	47	75,8	26	41,9	39
Mujeres	65-69	23	18	78,3	10	43,5	18
	70-74	39	29	74,4	20	51,3	27
	75-79	24	12	50,0	6	25,0	11
	80-84	28	23	82,1	14	50,0	21
	85 y más	39	29	74,4	5	12,8	25
	Total	153	111	72,5	55	35,9	102
Ambos sexos	65-69	35	27	77,1	17	48,6	27
	70-74	55	39	70,9	26	47,3	35
	75-79	44	30	68,2	15	34,1	24
	80-84	36	27	75,0	16	44,4	26
	85 y más	45	35	77,8	7	15,6	29
	Total	215	158	73,5	81	37,7	141

Tabla 4.2.2. Tasas de respuesta por sexo y tipo de residencia: muestra elegible, evaluación clínica, neuroimagen y estudio genético.

	Elegibles	Evaluados clínicamente		Neuroimagen		Estudio genético	
		Residencia	n	%	n	%	n
Hombres	Urbana	52	40	76,9	19	36,5	35
	Rural	10	7	70,0	7	70,0	4
Mujeres	Urbana	131	91	69,5	46	35,1	88
	Rural	22	20	90,9	9	40,9	14
Ambos sexos	Urbana	183	131	71,6	65	35,5	123
	Rural	32	27	84,4	16	50,0	18

Tabla 4.2.3. Tasas de respuesta por sexo y nivel de estudios: muestra elegible, evaluación clínica, neuroimagen y estudio genético.

		Elegibles		Evaluados clínicamente		Neuroimagen		Estudio genético	
		Edad		n	%	n	%	n	%
Hombres	No sabe leer ni escribir	9	7	78,0		5	55,6	5	55,6
	Sabe leer y escribir	20	12	60,0		7	35,0	10	50,0
	Estudios primarios	16	14	88,0		8	50,0	11	68,8
	Estudios secundarios	10	8	80,0		5	50,0	8	80,0
	Estudios universitarios	2	2	100		0	0	2	100
	Total	57	43	75,4		25	43,9	36	63,2
Mujeres	No sabe leer ni escribir	55	39	70,9		18	32,7	35	63,6
	Sabe leer y escribir	32	25	78,1		15	46,9	22	68,8
	Estudios primarios	43	31	72,0		15	34,9	31	72,1
	Estudios secundarios	15	9	60,0		4	26,7	10	66,7
	Estudios universitarios	4	3	75,0		3	75,0	3	75,0
	Total	149	107	71,8		55	36,9	101	67,8
Ambos sexos	No sabe leer ni escribir	64	46	71,9		23	35,9	40	62,5
	Sabe leer y escribir	52	37	71,2		22	42,3	32	61,5
	Estudios primarios	59	45	76,3		23	39,0	42	71,2
	Estudios secundarios	25	17	68,0		9	36,0	18	72,0
	Estudios universitarios	6	5	83,3		3	50,0	5	83,3
	Total	206	150	72,8		80	38,8	137	66,5

5. Resultados del MMSE en la fase poblacional y datos normativos

Tabla 5.1. Puntuaciones del MMSE (media y DE) según sexo, edad y nivel de estudios en todas las personas, en las personas sin demencia y en las dementes.

		Hombre			Mujer			Total		
		n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media	DE
Todas las personas										
Grupo de edad	65-69	175	27,9	2,3	172	26,7	3,1	347	27,3	2,8
	70-74	138	27,2	3,5	163	25,8	5,0	301	26,4	4,4
	75-79	90	25,7	4,3	118	24,9	5,9	208	25,2	5,3
	80-84	43	25,2	4,6	77	23,2	6,0	120	23,9	5,6
	85 y más	30	24,2	6,9	68	19,5	8,2	98	20,9	8,1
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	18	22,5	6,1	65	18,0	6,1	83	19,0	6,3
	Sabe leer y escribir	83	25,9	3,5	125	24,4	5,8	208	25,0	5,1
	Estudios primarios	171	27,0	2,9	213	25,3	5,1	384	26,1	4,3
	Estudios secundarios	123	27,6	2,4	147	27,1	3,3	270	27,3	2,9
	Estudios universitarios	75	28,3	3,7	38	28,3	1,7	113	28,3	3,1
Total		476	26,8	3,9	598	24,8	5,8	1074	25,7	5,1
Personas sin demencia										
Grupo de edad	65-69	171	28,1	2,1	167	26,9	3,0	338	27,5	2,6
	70-74	130	27,7	2,2	145	26,9	3,1	275	27,3	2,7
	75-79	81	26,6	2,9	100	26,7	3,1	181	26,7	3,0
	80-84	36	26,7	2,4	62	25,0	3,8	98	25,7	3,4
	85 y más	27	26,1	3,4	42	23,8	5,3	69	24,7	4,8
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	14	24,6	3,3	43	20,0	4,3	57	21,1	4,5
	Sabe leer y escribir	71	26,8	2,8	108	26,1	2,8	179	26,4	2,8
	Estudios primarios	166	27,3	2,5	183	26,8	2,8	349	27,0	2,6
	Estudios secundarios	118	27,8	2,0	140	27,5	2,7	258	27,6	2,4
	Estudios universitarios	74	28,7	1,6	35	28,5	1,5	109	28,7	1,5
Total		445	27,5	2,5	516	26,4	3,5	961	26,9	3,1
Personas dementes										
Grupo de edad	65-69	1	23,0	—	0	—	—	1	23,0	—
	70-74	2	9,5	13,4	8	11,6	9,7	10	11,2	9,7
	75-79	7	16,3	6,4	6	14,2	7,4	13	15,3	6,7
	80-84	3	17,3	2,1	10	13,4	8,2	13	14,3	7,3
	85 y más	3	7,3	7,5	16	10,9	7,2	19	10,4	7,2
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	2	11,0	11,3	6	6,2	5,9	8	7,4	6,9
	Sabe leer y escribir	4	18,8	3,3	10	11,7	7,3	14	13,7	7,1
	Estudios primarios	3	16,3	2,3	18	15,2	5,7	21	15,3	5,4
	Estudios secundarios	3	19,7	3,2	1	10,0	—	4	17,3	5,5
	Estudios universitarios	1	0,0	—	2	25,0	0,0	3	16,7	14,4
Total		16	14,4	7,6	40	12,2	7,8	56	12,8	7,7



Tabla 5.2. Puntuaciones de los componentes del MMSE (orientación, fijación, atención y cálculo, memoria, lenguaje) según sexo, edad y nivel de estudios en todas las personas, en las personas sin demencia y en las dementes.

	n	Orientación		Fijación		Atención y cálculo		Memoria		Lenguaje		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Todas las personas												
Sexo	Hombre	476	9,4	1,3	3,0	0,3	4,0	1,5	2,1	0,9	8,3	1,2
	Mujer	598	8,9	2,1	2,9	0,5	3,1	1,9	2,0	1,0	8,0	1,7
Grupo de edad	65-69	347	9,6	0,8	3,0	0,1	3,8	1,6	2,4	0,7	8,5	0,8
	70-74	301	9,3	1,5	3,0	0,4	3,7	1,7	2,2	0,9	8,3	1,4
	75-79	208	8,9	1,9	2,9	0,4	3,4	1,9	1,9	1,0	8,1	1,5
	80-84	120	8,6	2,0	2,9	0,5	2,9	2,0	1,7	1,1	7,8	1,7
	85 y más	98	7,5	3,0	2,7	0,8	2,5	2,1	1,2	1,2	7,0	2,4
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	83	7,4	2,6	2,8	0,7	1,1	1,7	1,8	1,2	5,9	1,9
	Sabe leer y escribir	208	9,1	1,7	2,9	0,4	3,0	1,9	2,0	1,0	8,0	1,4
	Estudios primarios	384	9,2	1,6	3,0	0,2	3,6	1,7	2,0	1,0	8,3	1,2
	Estudios secundarios	270	9,5	1,0	3,0	0,1	4,1	1,3	2,1	1,0	8,6	0,8
	Estudios universitarios	113	9,7	1,1	3,0	0,3	4,5	1,0	2,3	0,8	8,8	0,9
Total		1074	9,1	1,8	2,9	0,4	3,5	1,8	2,1	1,0	8,1	1,5
Personas sin demencia												
Sexo	Hombre	445	9,6	0,8	3,0	0,0	4,2	1,3	2,2	0,9	8,5	0,8
	Mujer	516	9,4	1,1	3,0	0,1	3,5	1,8	2,2	0,9	8,4	1,0
Grupo de edad	65-69	338	9,6	0,8	3,0	0,1	3,9	1,5	2,4	0,7	8,6	0,8
	70-74	275	9,6	0,8	3,0	0,1	3,9	1,6	2,3	0,8	8,5	0,9
	75-79	181	9,4	0,9	3,0	0,0	3,8	1,6	2,0	0,9	8,4	,9
	80-84	98	9,1	1,3	3,0	0,0	3,4	1,8	1,9	1,0	8,2	1,1
	85 y más	69	8,9	1,5	3,0	0,2	3,3	2,0	1,6	1,1	7,9	1,3
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	57	8,2	1,8	3,0	0,2	1,5	1,9	2,0	1,1	6,6	1,3
	Sabe leer y escribir	179	9,5	0,8	3,0	0,1	3,4	1,7	2,2	0,9	8,3	0,7
	Estudios primarios	349	9,5	0,9	3,0	0,0	3,9	1,5	2,1	0,9	8,5	0,8
	Estudios secundarios	258	9,6	0,7	3,0	0,1	4,2	1,3	2,2	0,9	8,7	0,7
	Estudios universitarios	109	9,8	0,6	3,0	0,0	4,6	0,9	2,4	0,8	8,9	0,4
Total		961	9,5	1,0	3,0	0,1	3,8	1,6	2,2	0,9	8,4	0,9
Personas dementes												
Sexo	Hombre	16	5,1	3,1	2,5	1,1	1,2	1,6	0,6	1,1	5,0	2,9
	Mujer	40	4,2	3,3	2,2	1,3	0,6	1,1	0,3	0,6	4,9	3,1
Grupo de edad	65-69	1	7,0	.	3,0	.	2,0	.	3,0	.	8,0	.
	70-74	10	3,4	3,5	1,7	1,5	1,3	1,8	0,5	1,0	4,3	3,5
	75-79	13	5,4	3,1	2,6	1,0	1,3	1,6	0,2	0,4	5,8	2,4
	80-84	13	5,6	2,9	2,5	1,1	0,3	0,6	0,5	0,8	5,4	2,9
	85 y más	19	3,5	3,3	2,1	1,2	0,3	0,8	0,3	0,7	4,2	3,2
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	8	2,6	3,2	1,6	1,5	0,3	0,7	0,0	0,0	2,9	2,2
	Sabe leer y escribir	14	4,8	2,6	2,3	1,1	0,4	0,8	0,5	0,9	5,7	2,9
	Estudios primarios	21	5,4	3,0	2,8	0,7	0,7	1,1	0,4	0,8	6,0	2,2
	Estudios secundarios	4	6,5	3,1	2,8	0,5	2,5	2,4	0,3	0,5	5,3	1,7
	Estudios universitarios	3	5,7	4,9	2,0	1,7	2,7	2,5	0,3	0,6	6,0	5,2
Total		56	4,5	3,2	2,3	1,2	0,8	1,3	0,4	0,8	4,9	3,0

Tabla 5.3. Datos normativos en Murcia para la función cognitiva en personas mayores sin demencia según edad y nivel de estudios.

Nivel de estudios	Edad	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Total
No sabe leer ni escribir	n	17	15	7	9	9	57
	Percentil 10	18	19	15	14	13	15
	Percentil 25	20	20	18	18	15	18
	Percentil 50	23	22	21	20	16	21
	Percentil 75	25	27	22	20	19	24
	Percentil 90	29	28	27	30	24	27
	Media	22,4	22,9	20,4	20,1	17,1	21,1
	DE	4,9	3,8	3,7	4,5	3,3	4,5
Sabe leer y escribir	n	61	56	33	18	11	179
	Percentil 10	23	22	23	20	23	22
	Percentil 25	25	24	24	23	23	24
	Percentil 50	27	28	26	26	27	27
	Percentil 75	29	29	28	28	28	29
	Percentil 90	30	30	29	29	29	29
	Media	26,8	26,6	25,9	25,2	26	26,4
	DE	2,5	2,9	2,6	3,4	2,8	2,8
Estudios primarios	n	124	96	70	37	22	349
	Percentil 10	24	24	23	23	20	24
	Percentil 25	27	26	25	24	24	25
	Percentil 50	28	28	27	26	28	28
	Percentil 75	29	29	29	28	29	29
	Percentil 90	30,0	30	30	29	30	30
	Media	27,5	27,3	26,6	26,2	25,7	27,0
	DE	2,1	2,5	2,9	2,5	4,4	2,6
Estudios secundarios	n	85	78	52	25	18	258
	Percentil 10	26	25	24	22	20	25
	Percentil 25	27	27	27	25	25	27
	Percentil 50	29	29	28	27	27	28
	Percentil 75	29	30	29	28	28	29
	Percentil 90	30	30	30	29	30	30
	Media	28,2	28,1	27,4	26,3	25,6	27,6
	DE	1,5	2,1	2,5	2,9	3,9	2,4
Estudios universitarios	n	47	28	17	9	8	109
	Percentil 10	28	26	27	26	24	27
	Percentil 25	28	28	28	27	27	28
	Percentil 50	29	29	29	28	28	29
	Percentil 75	30	30	30	29	28	30
	Percentil 90	30	30	30	30	30	30
	Media	29,0	28,7	28,6	27,9	27,3	28,7
	DE	1,2	1,4	2,0	1,5	1,9	1,5
Total	n	334	273	179	98	68	952
	Percentil 10	24	23	23	20	16	23
	Percentil 25	27	26	25	24	23	26
	Percentil 50	28	28	27	26	26	28
	Percentil 75	29	29	29	28	28	29
	Percentil 90	30	30	30	29	30	30
	Media	27,5	27,3	26,7	25,7	24,8	26,9
	DE	2,6	2,7	3,0	3,4	4,7	3,1

6. Demencia

Tabla 6.1. Prevalencia (IC 95%) de demencia y de los subtipos según sexo, edad, tipo de residencia y nivel de estudios.

	Demencia			Enfermedad de Alzheimer			Enfermedad de Alzheimer con ECV asociada			Demencia vascular		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sexo												
Hombre	16	3,5	(2,1 - 5,6)	16	3,5	(2,1 - 5,6)	16	3,5	(2,1 - 5,6)	16	3,5	(2,1 - 5,6)
Mujer	40	7,2	(5,3 - 9,7)	40	7,2	(5,3 - 9,7)	40	7,2	(5,3 - 9,7)	40	7,2	(5,3 - 9,7)
Edad												
65-69	1	0,3	(0,0 - 2,1)	1	0,3	(0,0 - 2,1)	0	0	0	0	0	0
70-74	10	3,5	(1,9 - 6,4)	4	1,4	(0,5 - 3,7)	3	1,1	(0,3 - 3,2)	2	0,7	(0,2 - 2,8)
75-79	13	6,7	(3,9 - 11,2)	8	4,1	(2,1 - 8,0)	2	1	(0,3 - 4,0)	3	1,5	(0,5 - 4,7)
80-84	13	11,7	(6,9 - 19,1)	7	6,3	(3,0 - 12,7)	4	3,6	(1,4 - 9,2)	1	0,9	(0,1 - 6,1)
85 y +	19	21,6	(14,2 - 31,4)	10	11,4	(6,2 - 19,9)	7	8	(3,8 - 15,8)	2	2,3	(0,6 - 8,7)
Nivel de estudios												
No sabe leer ni escribir	8	12,3	(6,3 - 22,7)	3	4,6	(1,5 - 13,4)	3	4,6	(1,5 - 13,4)	1	1,5	(0,2 - 10,1)
Sabe leer y escribir	14	7,3	(4,3 - 11,9)	7	3,6	(1,7 - 7,4)	4	2,1	(0,8 - 5,4)	3	1,6	(0,5 - 4,7)
Estudios primarios	21	5,7	(3,7 - 8,6)	12	3,2	(1,8 - 5,6)	7	1,9	(0,9 - 3,9)	1	0,3	(0,0 - 1,9)
Estudios secundarios	4	1,5	(0,6 - 4,0)	2	0,8	(0,2 - 3,0)	0	0	0	2	0,8	(0,2 - 3,0)
Estudios universitarios	3	2,7	(0,9 - 8,0)	1	0,9	(0,1 - 6,1)	1	0,9	(0,1 - 6,1)	1	0,9	(0,1 - 6,1)
Tipo de residencia												
Urbana	50	5,3	(4,0 - 6,9)	29	3,1	(2,1 - 4,4)	13	1,4	(0,8 - 2,4)	6	0,6	(0,3 - 1,4)
Rural	6	8,2	(3,7 - 17,2)	1	1,4	(0,2 - 9,2)	3	4,1	(1,3 - 12,1)	2	2,7	(0,7 - 10,4)
Total	56	5,5	(4,1 - 6,9)	30	2,9	(1,9 - 4,0)	16	1,6	(0,8 - 2,3)	8	0,8	(0,2 - 1,3)

Tabla 6.2. Factores asociados (OR e IC 95%) con la demencia.

	Análisis univariante			Análisis multivariante*	
	N	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo					
Hombre	461	1,0	—	1,0	—
Mujer	556	2,2	(1,2 - 3,9)	1,7	(0,9 - 3,4)
Edad					
65-74	624	1,0	—	1,0	—
75-84	305	5,2	(2,5 - 10,7)	5,0	(2,3 - 10,6)
85+	88	15,3	(7,0 - 33,6)	12,2	(5,2 - 28,5)
Nivel de estudios					
No sabe leer ni escribir	65	7,4	(2,6 - 21,1)	4,5	(1,4 - 14,1)
Sabe leer y escribir	193	4,1	(1,6 - 10,3)	3,4	(1,3 - 9,1)
Estudios primarios	370	3,2	(1,3 - 7,5)	2,8	(1,2 - 6,8)
Estudios secundarios / universitarios	374	1,0	—	1,0	—
Tipo de residencia					
Urbana	944	1,0	—	1,0	—
Rural	73	1,6	(0,7 - 3,9)	1,3	(0,5 - 3,6)

* Modelo ajustado por todas las variables incluidas en la tabla.

7. Características sociodemográficas, médicas y estilos de vida de las personas mayores

Tabla 7.1. Características demográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia) según diagnóstico de demencia).

	No dementes		Dementes		Todas las personas	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	445	46,3	16	28,6	476	44,3
Mujer	516	53,7	40	71,4	598	55,7
Edad						
65-69	338	35,2	1	1,8	347	32,3
70-74	275	28,6	10	17,9	301	28,0
75-79	181	18,8	13	23,2	208	19,4
80-84	98	10,2	13	23,2	120	11,2
85 y +	69	7,2	19	33,9	98	9,1
Nivel de estudios						
No sabe leer ni escribir	57	6,0	8	16,0	83	7,8
Sabe leer y escribir	179	18,8	14	28,0	208	19,7
Estudios primarios	349	36,7	21	42,0	384	36,3
Estudios secundarios	258	27,1	4	8,0	270	25,5
Estudios universitarios	109	11,4	3	6,0	113	10,7
Tipo de residencia						
Urbana	894	93,0	50	89,3	996	92,7
Rural	67	7,0	6	10,7	78	7,3
Total	961	100	56	100	1074	100

Tabla 7.2. Características de las condiciones de vida y de la red social según diagnóstico de demencia (estado civil, ingresos, numero de hijos, relaciones con los hijos, relaciones con los amigos, convivencia).

	No dementes		Dementes		Todas las personas	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Soltero	89	9,3	3	5,5	95	8,9
Casado	598	62,6	27	49,1	652	61,2
Viudo	250	26,2	25	45,5	301	28,2
Divorciado	18	1,9	0	0,0	18	1,7
Total	955	100	55	100	1066	100
Ingresos						
Bajos	488	57,8	23	65,7	548	58,7
Medios/Altos	357	42,2	12	34,3	385	41,3
Total	845	100	35	100	933	100
Nº de hijos						
Ninguno	122	12,8	6	11,3	131	12,3
1-2	297	31,1	22	41,5	336	31,6
3-4	390	40,8	20	37,7	430	40,5
5 o más	146	15,3	5	9,4	165	15,5
Total	955	100	53	100	1062	100
Charla con los hijos						
Sí	804	97,2	43	93,5	892	96,6
No	23	2,8	3	6,5	31	3,4
Total	827	100	46	100	923	100
Charla con los amigos						
Sí	860	90,8	33	67,3	936	89,1
No	87	9,2	16	32,7	115	10,9
Total	947	100	49	100	1051	100
Convivencia						
Solo	173	18,5	4	8,9	185	17,9
Pareja/Pareja e hijos	591	63,1	23	51,1	639	61,7
Otros	172	18,4	18	40,0	212	20,5
Total	936	100	45	100	1036	100

Tabla 7.3. Antecedentes familiares según diagnóstico de demencia.

	No dementes		Dementes		Todas las personas	
	n	%	n	%	n	%
Enfermedad de Parkinson	59	6,2	0	0,0	68	6,5
Demencia	158	16,5	8	18,2	176	16,7
Síndrome de Down	21	2,2	0	0,0	21	2,0
Psicosis	63	6,6	3	6,8	67	6,4

Tabla 7.4. Antecedentes médicos personales y tratamientos según diagnóstico de demencia.

	No dementes		Dementes		Todas las personas	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensión arterial	515	53,7	29	51,8	578	53,9
Diabetes	197	20,6	16	28,6	226	21,1
Colesterol elevado	292	30,6	8	14,3	313	29,4
Psicosis o enfermedad mental	32	3,3	8	14,3	45	4,2
Cáncer	56	5,9	2	3,6	63	5,9
Enfermedad de corazón	227	23,7	18	32,1	264	24,6
Trombosis o hemorragia cerebral	66	6,9	18	32,1	94	8,8
Traumatismo craneoencefálico	59	6,1	6	10,7	69	6,4
Fractura de cadera	34	3,5	5	8,9	43	4,0
Hormonas	28	3,0	2	3,7	31	3,0
Antiinflamatorios	201	21,0	15	26,8	230	21,5
Vitaminas	83	8,7	11	19,6	100	9,4

7.5. Estilos de vida de las personas mayores según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, nivel de ingresos) y diagnóstico de demencia.

Tabla 7.5.1. Consumo de tabaco de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia

	No fumador		Exfumador		Fumador	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	107	22,7	274	58,2	90	19,1
Mujer	536	91,5	32	5,5	18	3,1
Grupo de edad						
65-69	182	52,8	108	31,3	55	15,9
70-74	185	62,7	80	27,1	30	10,2
75-79	125	61,0	66	32,2	14	6,8
80-84	74	63,8	34	29,3	8	6,9
85+	77	80,2	18	18,8	1	1,0
Tipo de residencia						
Urbana	593	60,5	283	28,9	104	10,6
Rural	50	64,9	23	29,9	4	5,2
Nivel de estudios						
No sabe leer ni escribir	69	84,1	7	8,5	6	7,3
Sabe leer y escribir	133	64,9	58	28,3	14	6,8
Estudios primarios	238	62,5	110	28,9	33	8,7
Estudios secundarios	148	55,2	83	31,0	37	13,8
Estudios universitarios	45	40,9	47	42,7	18	16,4
Estado Civil						
Sin pareja	321	79,1	64	15,8	21	5,2
Casado	320	49,7	239	37,1	85	13,2
Ingresos						
Bajos	362	66,5	131	24,1	51	9,4
Medios/Altos	190	50,4	139	36,9	48	12,7
Demencia						
No	562	59,2	285	30,0	103	10,8
Sí	38	73,1	13	25,0	1	1,9
Total	643	60,8	306	28,9	108	10,2

Tabla 7.5.2. Consumo de cerveza de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia

	Nunca		Ocasionalmente		Habitualmente	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	120	25,8	248	53,2	98	21,0
Mujer	275	47,3	251	43,2	55	9,5
Grupo de edad						
65-69	85	25,1	191	56,3	63	18,6
70-74	105	35,7	147	50,0	42	14,3
75-79	86	42,6	89	44,1	27	13,4
80-84	61	53,0	42	36,5	12	10,4
85+	58	59,8	30	30,9	9	9,3
Nivel de estudios						
No sabe leer ni escribir	41	51,9	29	36,7	9	11,4
Sabe leer y escribir	96	48,2	79	39,7	24	12,1
Estudios primarios	129	34,1	194	51,3	55	14,6
Estudios secundarios	82	30,7	142	53,2	43	16,1
Estudios universitarios	39	35,5	51	46,4	20	18,2
Tipo de residencia						
Urbana	364	37,3	477	48,9	134	13,7
Rural	31	43,1	22	30,6	19	26,4
Estado Civil						
Sin pareja	185	45,7	171	42,2	49	12,1
Casado	207	32,6	325	51,3	102	16,1
Ingresos						
Bajos	212	39,4	260	48,3	66	12,3
Medios/Altos	123	32,9	180	48,1	71	19,0
Demencia						
No	336	35,8	459	48,9	143	15,2
Sí	32	60,4	16	30,2	5	9,4
Total	395	37,7	499	47,7	153	14,6

Tabla 7.5.3. Consumo de vino de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia

	Nunca		Ocasionalmente		Habitualmente	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	85	18,0	144	30,5	243	51,5
Mujer	239	41,0	220	37,7	124	21,3
Grupo de edad						
65-69	86	25,0	136	39,5	122	35,5
70-74	79	27,0	102	34,8	112	38,2
75-79	69	34,2	64	31,7	69	34,2
80-84	47	39,5	40	33,6	32	26,9
85+	43	44,3	22	22,7	32	33,0
Nivel de estudios						
No sabe leer ni escribir	30	36,1	22	26,5	31	37,3
Sabe leer y escribir	75	37,5	64	32,0	61	30,5
Estudios primarios	104	27,3	144	37,8	133	34,9
Estudios secundarios	76	28,7	87	32,8	102	38,5
Estudios universitarios	32	28,6	43	38,4	37	33,0
Tipo de residencia			3			
Urbana	308	31,4	44	35,1	328	33,5
Rural	16	21,3	20	26,7	39	52,0
Estado Civil						
Sin pareja	166	41,0	150	37,0	89	22,0
Casado	155	24,1	213	33,1	275	42,8
Ingresos						
Bajos	178	33,3	184	4,4	173	32,3
Medios/Altos	96	25,1	136	35,6	150	39,3
Demencia						
No	278	29,4	336	35,5	332	35,1
Sí	23	43,4	12	22,6	18	34,0
Total	324	30,7	364	34,5	367	34,8

Tabla 7.5.4. Consumo de licor de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia

	Nunca		Ocasionalmente		Habitualmente	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	280	61,4	158	34,6	18	3,9
Mujer	490	84,3	88	15,1	3	0,5
Grupo de edad						
65-69	228	68,1	96	28,7	11	3,3
70-74	214	73,8	71	24,5	5	1,7
75-79	145	72,9	50	25,1	4	2,0
80-84	94	81,0	21	18,1	1	0,9
85+	89	91,8	8	8,2	0	0,0
Nivel de estudios						
No sabe leer ni escribir	69	89,6	8	10,4	0	0,0
Sabe leer y escribir	161	80,1	37	18,4	3	1,5
Estudios primarios	278	74,5	88	23,6	7	1,9
Estudios secundarios	179	68,1	79	30,0	5	1,9
Estudios universitarios	72	66,1	31	28,4	6	5,5
Tipo de residencia						
Urbana	721	74,5	227	23,5	20	2,1
Rural	49	71,0	19	27,5	1	1,4
Estado Civil						
Sin pareja	334	83,5	61	15,3	5	1,3
Casado	431	68,4	183	29,0	16	2,5
Ingresos						
Bajos	417	78,2	107	20,1	9	1,7
Medios/Altos	242	65,6	119	32,2	8	2,2
Demencia						
No	676	72,8	234	25,2	19	2,0
Sí	43	81,1	9	17,0	1	1,9
Total	770	74,3	246	23,7	21	2,0



Tabla 7.5.5. Actividad física de las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia

	Varias veces a la semana		Varias veces al mes		< 1 vez al mes		Ningún ejercicio	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Hombre	68	14,3	55	11,6	274	57,8	77	16,2
Mujer	56	9,4	38	6,4	274	45,9	229	38,4
Grupo de edad								
65-69	45	13,0	41	11,9	197	57,1	62	18,0
70-74	41	13,6	29	9,6	165	54,8	66	21,9
75-79	31	14,9	13	6,3	89	42,8	75	36,1
80-84	4	3,4	8	6,7	61	51,3	46	38,7
85+	3	3,1	2	2,0	36	36,7	57	58,2
Nivel de estudios								
No sabe leer ni escribir	3	3,6	2	2,4	41	49,4	37	44,6
Sabe leer y escribir	8	3,9	14	6,8	115	55,6	70	33,8
Estudios primarios	52	13,5	40	10,4	193	50,3	99	25,8
Estudios secundarios	42	15,6	19	7,1	135	50,2	73	27,1
Estudios universitarios	16	14,3	18	16,1	62	55,4	16	14,3
Tipo de residencia								
Urbana	124	12,5	91	9,2	503	50,6	276	27,8
Rural	0	0,0	2	2,6	45	58,4	30	39,0
Estado Civil								
Sin pareja	36	8,7	31	7,5	191	46,2	155	37,5
Casado	88	13,5	60	9,2	353	54,3	149	22,9
Ingresos								
Bajos	63	11,5	33	6,0	289	52,9	161	29,5
Medios/Altos	52	13,5	45	11,7	187	48,7	100	26,0
Demencia								
No	121	12,6	88	9,2	511	53,3	238	24,8
Sí	1	1,8	3	5,4	17	30,4	35	62,5
Total	124	11,6	93	8,7	548	51,2	306	28,6

Tabla 7.5.6. Número de horas al día que duermen las personas mayores según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

	Menos de 6 horas		Entre 6 y 7 horas		Entre 8 y 9 horas		10 y más horas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Hombre	39	8,3	135	28,7	231	49,0	66	14,0
Mujer	73	12,4	216	36,8	237	40,4	61	10,4
Grupo de edad								
65-69	29	8,4	138	40,0	149	43,2	29	8,4
70-74	38	12,7	102	34,0	132	44,0	28	9,3
75-79	26	12,7	53	25,9	100	48,8	26	12,7
80-84	10	8,5	30	25,6	54	46,2	23	19,7
85+	9	9,9	28	30,8	33	36,3	21	23,1
Nivel de estudios								
No sabe leer ni escribir	11	13,9	22	27,8	32	40,5	14	17,7
Sabe leer y escribir	25	12,2	76	37,1	80	39,0	24	11,7
Estudios primarios	40	10,5	118	31,1	176	46,3	46	12,1
Estudios secundarios	28	10,4	91	33,8	122	45,4	28	10,4
Estudios universitarios	7	6,3	38	33,9	53	47,3	14	12,5
Tipo de residencia								
Urbana	103	10,5	319	32,5	438	44,6	121	12,3
Rural	9	11,7	32	41,6	30	39,0	6	7,8
Estado Civil								
Sin pareja	43	10,7	138	34,3	171	42,5	50	12,4
Casado	68	10,5	210	32,4	294	45,3	77	11,9
Ingresos								
Bajos	62	11,4	179	32,9	237	43,6	66	12,1
Medios/Altos	34	8,9	128	33,5	170	44,5	50	13,1
Demencia								
No	100	10,5	328	34,3	423	44,2	105	11,0
Sí	5	10,2	5	10,2	24	49,0	15	30,6
Total	112	10,6	351	33,2	468	44,2	127	12,0



Tabla 7.5.7. Número de horas al día que las personas mayores ven la televisión según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

	Nunca		De 1 a 3 horas		4 horas y más	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	14	3,0	266	56,2	193	40,8
Mujer	24	4,1	250	42,3	317	53,6
Grupo de edad						
65-69	3	0,9	191	55,4	151	43,8
70-74	8	2,7	138	46,0	154	51,3
75-79	5	2,4	106	51,7	94	45,9
80-84	7	5,9	53	44,9	58	49,2
85+	15	15,6	28	29,2	53	55,2
Nivel de estudios						
No sabe leer ni escribir	10	12,3	33	40,7	38	46,9
Sabe leer y escribir	5	2,4	108	52,7	92	44,9
Estudios primarios	9	2,4	167	43,7	206	53,9
Estudios secundarios	4	1,5	133	49,4	132	49,1
Estudios universitarios	4	3,5	70	61,9	39	34,5
Tipo de residencia						
Urbana	35	3,5	461	46,7	492	49,8
Rural	3	3,9	55	72,4	18	23,7
Estado Civil						
Sin pareja	25	6,1	177	43,2	208	50,7
Casado	12	1,9	337	52,1	298	46,1
Ingresos						
Bajos	13	2,4	244	45,0	285	52,6
Medios/Altos	8	2,1	209	54,3	168	43,6
Demencia						
No	16	1,7	478	50,1	461	48,3
Sí	17	32,1	17	32,1	19	35,8
Total	38	3,6	516	48,5	510	47,9

Tabla 7.5.8. Frecuencia con la que las personas mayores realizan actividades de leer libros/prensa, escribir, estudiar, hacer crucigramas, pintar o dibujar según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

	Diariamente		Semanalmente		Ocasionalmente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Hombre	82	17,3	78	16,5	131	27,6	183	38,6
Mujer	41	6,9	93	15,6	149	25,0	314	52,6
Grupo de edad								
65-69	42	12,1	69	19,9	113	32,7	122	35,3
70-74	40	13,3	54	17,9	90	29,9	117	38,9
75-79	21	10,1	32	15,5	46	22,2	108	52,2
80-84	13	10,9	8	6,7	25	21,0	73	61,3
85+	7	7,1	8	8,2	6	6,1	77	78,6
Nivel de estudios								
No sabe leer ni escribir	8	9,8	9	11,0	14	17,1	51	62,2
Sabe leer y escribir	19	9,2	27	13,1	37	18,0	123	59,7
Estudios primarios	43	11,2	58	15,1	100	26,0	183	47,7
Estudios secundarios	37	13,7	52	19,3	83	30,7	98	36,3
Estudios universitarios	15	13,3	22	19,5	45	39,8	31	27,4
Tipo de residencia								
Urbana	121	12,1	164	16,5	264	26,5	447	44,9
Rural	2	2,7	7	9,3	16	21,3	50	66,7
Estado Civil								
Sin pareja	42	10,2	69	16,7	79	19,1	223	54,0
Casado	81	12,5	101	15,5	198	30,5	270	41,5
Ingresos								
Bajos	61	11,2	82	15,0	118	21,7	284	52,1
Medios/Altos	53	13,8	64	16,6	115	29,9	153	39,7
Demencia								
No	110	11,5	167	17,4	269	28,0	414	43,1
Sí	7	12,5	2	3,6	4	7,1	43	76,8
Total	123	11,5	171	16,0	280	26,1	497	46,4



Tabla 7.5.9. Frecuencia con la que las personas mayores realizan actividades culturales y de ocio: conciertos, teatro, exposiciones de arte, viajar, jugar a las cartas o a otros juegos con más gente, participar en grupos sociales o de personas jubiladas según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia.

	Diariamente		Semanalmente		Ocasionalmente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Hombre	82	17,3	78	16,5	131	27,6	183	38,6
Mujer	41	6,9	93	15,6	149	25,0	314	52,6
Grupo de edad								
65-69	42	12,1	69	19,9	113	32,7	122	35,3
70-74	40	13,3	54	17,9	90	29,9	117	38,9
75-79	21	10,1	32	15,5	46	22,2	108	52,2
80-84	13	10,9	8	6,7	25	21,0	73	61,3
85 y +	7	7,1	8	8,2	6	6,1	77	78,6
Nivel de estudios								
No sabe leer ni escribir	8	9,8	9	11,0	14	17,1	51	62,2
Sabe leer y escribir	19	9,2	27	13,1	37	18,0	123	59,7
Estudios primarios	43	11,2	58	15,1	100	26,0	183	47,7
Estudios secundarios	37	13,7	52	19,3	83	30,7	98	36,3
Estudios universitarios	15	13,3	22	19,5	45	39,8	31	27,4
Tipo de residencia								
Urbana	121	12,1	164	16,5	264	26,5	447	44,9
Rural	2	2,7	7	9,3	16	21,3	50	66,7
Estado Civil								
Sin pareja	42	10,2	69	16,7	79	19,1	223	54,0
Casado	81	12,5	101	15,5	198	30,5	270	41,5
Ingresos								
Bajos	61	11,2	82	15,0	118	21,7	284	52,1
Medios/Altos	53	13,8	64	16,6	115	29,9	153	39,7
Demencia								
No	110	11,5	167	17,4	269	28,0	414	43,1
Sí	7	12,5	2	3,6	4	7,1	43	76,8
Total	123	11,5	171	16,0	280	26,1	497	46,4

Tabla 7.5.10. Frecuencia con la que las personas mayores realizan actividades de jardinería, cultivar la huerta, tareas domésticas, cocinar, trabajar pese a estar jubilado, trabajo voluntario, coser, hacer punto o ganchillo según características sociodemográficas y diagnóstico de demencia

	Diariamente		Semanalmente		Ocasionalmente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Hombre	244	51,4	58	12,2	36	7,6	137	28,8
Mujer	417	70,0	38	6,4	15	2,5	126	21,1
Grupo de edad								
65-69	236	68,2	34	9,8	21	6,1	55	15,9
70-74	191	63,7	36	12,0	15	5,0	58	19,3
75-79	134	64,4	13	6,3	10	4,8	51	24,5
80-84	68	57,1	11	9,2	4	3,4	36	30,3
85+	32	32,7	2	2,0	1	1,0	63	64,3
Nivel de estudios								
No sabe leer ni escribir	33	39,8	10	12,0	2	2,4	38	45,8
Sabe leer y escribir	124	59,9	15	7,2	16	7,7	52	25,1
Estudios primarios	251	65,4	28	7,3	19	4,9	86	22,4
Estudios secundarios	181	67,3	26	9,7	9	3,3	53	19,7
Estudios universitarios	65	58,0	17	15,2	5	4,5	25	22,3
Tipo de residencia								
Urbana	627	63,1	88	8,9	41	4,1	238	23,9
Rural	34	44,2	8	10,4	10	13,0	25	32,5
Estado Civil								
Sin pareja	266	64,6	31	7,5	14	3,4	101	24,5
Casado	391	60,1	65	10,0	36	5,5	159	24,4
Ingresos								
Bajos	352	64,5	44	8,1	24	4,4	126	23,1
Medios/Altos	227	59,0	40	10,4	24	6,2	94	24,4
Demencia								
No	621	64,8	92	9,6	48	5,0	197	20,6
Sí	19	33,9	2	3,6	1	1,8	34	60,7
Total	661	61,7	96	9,0	51	4,8	263	24,6

8. Depresión

Tabla 8.1. Prevalencia de la depresión según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, nivel de ingresos) y diagnóstico de demencia.

		No dementes		Dementes		Todas las personas	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	89	20,0	6	42,9	99	21,0
	Mujer	173	33,7	15	45,5	207	35,4
Grupo de edad	65-69	83	24,6	1	100,0	87	25,1
	70-74	71	25,9	4	50,0	84	28,2
	75-79	53	29,3	5	38,5	63	30,7
	80-84	35	35,7	7	63,6	44	37,6
	85+	20	30,3	4	28,6	28	31,1
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	29	53,7	3	50,0	38	49,4
	Sabe leer y escribir	55	30,9	10	76,9	74	36,1
	Estudios primarios	90	25,8	5	25,0	102	26,7
	Estudios secundarios	69	26,7	2	50,0	72	26,7
	Estudios universitarios	16	14,7	1	50,0	17	15,2
Tipo de residencia	Urbana	237	26,5	16	39,0	272	27,7
	Rural	25	39,7	5	83,3	34	45,9
Estado Civil	Sin pareja	121	34,1	10	45,5	142	35,1
	Casado	140	23,5	11	44,0	163	25,2
Ingresos	Bajos	157	32,2	8	36,4	181	33,3
	Medios/Altos	80	22,5	6	54,5	92	24,0
Total		262	27,4	21	44,7	306	28,9

Tabla 8.2. Factores asociados (OR e IC 95%) con la depresión en las personas mayores.

		Análisis univariante			Análisis multivariante*	
		N	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo	Hombre	472	1,0	-	1,0	-
	Mujer	585	2,1	(1,6 - 2,7)	1,9	(1,4 - 2,5)
Grupo de edad	65-74	645	1,0		1,0	
	75-84	322	1,4	(1,0 - 1,8)	1,3	(0,9 - 1,7)
	85+	90	1,3	(0,8 - 2,0)	1,1	(0,7 - 1,9)
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir	77	5,4	(2,8 - 10,8)	3,8	(1,9 - 7,6)
	Sabe leer y escribir	205	3,2	(1,8 - 5,7)	2,4	(1,3 - 4,4)
	Estudios primarios	382	2,0	(1,2 - 3,6)	1,7	(1,0 - 3,1)
	Estudios secundarios	270	2,0	(1,1 - 3,6)	1,8	(1,0 - 3,2)
	Estudios universitarios	112	1,0	-	1,0	-
Tipo de residencia	Urbana	983	1,0	-	1,0	-
	Rural	74	2,2	(1,4 - 3,6)	1,7	(1,0 - 2,9)

* Modelo ajustado por todas las variables incluidas en la tabla.

9. Autopercepción del estado de salud por las personas mayores

Tabla 9.1. Estado de salud percibido según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, nivel de ingresos) y comorbilidad.

	Bueno/Muy bueno		Regular		Malo/Muy malo	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombre	324	68,9	107	22,8	39	8,3
Mujer	317	53,7	188	31,9	85	14,4
Grupo de edad						
65-69	223	65,2	94	27,5	25	7,3
70-74	185	62,5	76	25,7	35	11,8
75-79	119	57,5	59	28,5	29	14,0
80-84	60	50,4	41	34,5	18	15,1
85+	54	56,3	25	26,0	17	17,7
Tipo de residencia						
Urbana	593	60,2	275	27,9	117	11,9
Rural	48	64,0	20	26,7	7	9,3
Nivel de estudios						
No sabe leer ni escribir	32	39,5	29	35,8	20	24,7
Sabe leer y escribir	115	56,7	65	32,0	23	11,3
Estudios primarios	227	59,7	116	30,5	37	9,7
Estudios secundarios	174	64,7	64	23,8	31	11,5
Estudios universitarios	87	77,0	18	15,9	8	7,1
Estado Civil						
Sin pareja	229	55,7	121	29,4	61	14,8
Casado	409	63,7	170	26,5	63	9,8
Ingresos						
Bajos	290	53,5	185	34,1	67	12,4
Medios/Altos	254	66,5	91	23,8	37	9,7
Nº de enfermedades						
0	152	72,7	47	22,5	10	4,8
1-2	392	61,9	178	28,1	63	10,0
3+	97	44,5	70	32,1	51	23,4
Depresión						
No	536	72,0	164	22,0	44	5,9
Sí	100	33,0	128	42,2	75	24,8
Demencia						
No	591	62,1	265	27,9	95	10,0
Sí	29	54,7	12	22,6	12	22,6
Total	641	60,5	295	27,8	124	11,7



Tabla 9.2. Prevalencia del estado de salud autopercibido malo o muy malo según características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, tipo de residencia, estado civil, estado civil, nivel de ingresos) y comorbilidad.

	Hombre				Mujer				Total			
	65-74 años	75 y +	Total	65-74 años	75 y +	Total	65-74 años	75 y +	Total	n	%	n
Nivel de estudios												
No sabe leer ni escribir	1	12,5	1	10,0	2	11,1	10	32,3	8	25,0	18	28,6
Sabe leer y escribir	4	6,9	2	9,1	6	7,5	6	9,2	11	19,0	17	13,8
Estudios primarios	7	6,1	4	7,4	11	6,5	12	10,9	14	13,9	26	12,3
Estudios secundarios	7	9,5	6	12,5	13	10,7	8	8,7	10	18,2	18	12,2
Estudios universitarios	1	2,0	3	12,5	4	5,3	3	10,7	1	10,0	4	10,5
Tipo de residencia												
Urbana	19	6,6	17	11,3	36	8,2	37	12,1	44	18,3	81	14,8
Rural	2	10,0	1	9,1	3	9,7	2	8,3	2	10,0	4	9,1
Estado Civil												
Sin pareja	2	5,3	6	15,4	8	10,4	17	12,1	36	18,7	53	15,9
Casado	19	7,1	12	9,8	31	7,9	22	11,8	10	15,2	32	12,7
Ingresos												
Bajos	10	8,3	6	8,2	16	8,3	23	13,1	28	16,2	51	14,6
Medios/Altos	10	6,3	7	10,8	17	7,6	11	10,3	9	17,6	20	12,7
Nº de enfermedades												
0	2	2,7	1	3,2	3	2,9	3	4,2	4	12,1	7	6,7
1-2	8	4,5	14	13,9	22	7,9	17	8,8	24	14,7	41	11,5
3+	11	18,6	3	10,0	14	15,7	19	29,2	18	28,1	37	28,7
Depresión												
No	11	4,4	7	6,0	18	4,9	10	4,6	16	10,1	26	6,9
Sí	9	16,1	10	23,3	19	19,2	29	25,7	27	29,7	56	27,5
Demencia												
No	18	6,1	15	10,5	33	7,5	31	10,1	31	15,2	62	12,1
Sí	1	33,3	3	23,1	4	25,0	1	14,3	7	23,3	8	21,6
Total	21	6,8	18	11,1	39	8,3	39	11,8	46	17,7	85	14,4
											60	9,4
											44	11,7
											12	22,6
											124	11,7

Tabla 9.3. Factores asociados (OR e IC 95%) con una mala percepción del estado de salud.

	N	Análisis univariante		Análisis multivariante *	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo					
Hombre	470	1,0	–	1,0	–
Mujer	590	1,9	(1,2 - 2,8)	1,6	(1,0 - 2,5)
Grupo de edad					
65-74	638	1,0	–	1,0	–
75-84	326	1,6	(1,1 - 2,4)	1,5	(1,0 - 2,3)
85+	96	2,1	(1,2 - 3,7)	1,4	(0,7 - 2,7)
Nivel de estudios					
No sabe leer ni escribir	81	4,3	(1,8 - 10,4)	3,4	(1,3 - 8,6)
Sabe leer y escribir	203	1,7	(0,7 - 3,9)	1,4	(0,6 - 3,4)
Estudios primarios	380	1,4	(0,6 - 3,1)	1,2	(0,5 - 2,8)
Estudios secundarios	269	1,7	(0,8 - 3,8)	1,5	(0,7 - 3,6)
Estudios universitarios	113	1,0	–	1,0	–
Tipo de residencia					
Urbana	985	1,0	–	1,0	–
Rural	75	0,8	(0,3 - 1,7)	0,5	(0,2 - 1,4)
Nº de enfermedades					
0	209	1,0	–	1,0	–
1-2	633	2,2	(1,1 - 4,4)	2,1	(1,0 - 4,4)
3 o +	218	6,1	(3,0 - 12,3)	5,9	(2,8 - 12,5)

* Modelo ajustado por todas las variables incluidas en la tabla.



10. Necesidades de ayuda en las actividades de la vida diaria, grado de cobertura de estas necesidades y tipo de ayuda recibida.

Tabla 10.1. Necesidades de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria según sexo y edad.

	Hombre				Mujer				Total			
	65-74 años		75 y +		Total		65-74 años		75 y +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tareas de la casa	24	7,8	34	22,4	58	12,6	62	18,7	91	38,6	153	26,9
Preparar la comida	36	11,6	31	20,8	67	14,6	22	6,6	53	22,1	75	13,1
Ir de compras	19	6,1	24	15,5	43	9,2	45	13,6	89	38,7	134	23,8
Manejar dinero	8	2,6	15	9,5	23	4,9	21	6,3	59	24,3	80	13,9
Usar el teléfono	5	1,6	13	8,4	18	3,8	11	3,3	44	17,7	55	9,4
Tomar la medicación	6	1,9	21	13,5	27	5,8	18	5,4	56	22,3	74	12,7
Subir y bajar escaleras	11	3,6	21	13,8	32	7,0	28	8,6	70	29,8	98	17,5
Usar el retrete	2	0,6	12	7,5	14	3,0	6	1,8	36	14,3	42	7,2
Controlar la orina	11	3,5	9	5,7	20	4,3	21	6,4	43	17,4	64	11,1
Controlar la caca	2	0,6	9	5,6	11	2,3	5	1,5	23	9,0	28	4,8
Usar el baño/ducha	9	2,9	21	13,3	30	6,4	27	8,1	83	32,9	110	18,8
Arreglarse	5	1,6	14	8,8	19	4,0	12	3,6	45	17,5	57	9,7
Vestirse	9	2,9	18	11,3	27	5,7	13	3,9	50	19,6	63	10,7
Comer	2	0,6	5	3,1	7	1,5	3	0,9	20	7,8	23	3,9
Salir a caminar	10	3,2	17	10,8	27	5,7	21	6,3	61	26,0	82	14,5
Moverse por casa	3	1,0	9	5,7	12	2,5	5	1,5	30	11,8	35	6,0
Moverse de cama a silla	4	1,3	10	6,2	14	2,9	8	2,4	31	12,2	39	6,6
									12	1,9	41	9,8
											53	5,0

Tabla 10.2. Grado de cobertura de la necesidad de ayuda para cada tipo de actividad de la vida diaria según sexo y edad.

a. Necesidades cubiertas*

	Hombre				Mujer				Total					
	65-74 años	75 y +	Total	65-74 años	75 y +	Total	65-74 años	75 y +	Total	65-74 años	75 y +	Total		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tareas de la casa	22	78,6	32	71,1	54	74,0	57	87,7	90	76,3	147	80,3	79	84,9
Preparar la comida	35	92,1	30	66,7	65	78,3	18	75,0	53	69,7	71	71,0	53	85,5
Ir de compras	18	90,0	22	68,8	40	76,9	43	89,6	89	73,0	132	77,6	61	89,7
Manejar dinero	7	87,5	15	75,0	22	78,6	21	87,5	57	72,2	78	75,7	28	87,5
Usar el teléfono	4	80,0	13	61,9	17	65,4	10	83,3	42	72,4	52	74,3	14	82,4
Tomar la medicación	6	100,0	21	72,4	27	77,1	16	76,2	56	82,4	72	80,9	22	81,5
Subir y bajar escaleras	7	43,8	14	43,8	21	43,8	16	42,1	57	58,2	73	53,7	23	42,6
Usar el retrete	2	100,0	12	80,0	14	82,4	6	75,0	36	75,0	42	75,0	8	80,0
Controlar la orina	3	21,4	8	61,5	11	40,7	8	28,6	31	52,5	39	44,8	11	26,2
Controlar la caca	2	50,0	9	81,8	11	73,3	4	66,7	22	73,3	26	72,2	6	60,0
Usar el baño/ducha	9	100,0	21	80,8	30	85,7	25	89,3	82	87,2	107	87,7	34	91,9
Arreglarse	5	100,0	14	77,8	19	82,6	10	76,9	45	88,2	55	85,9	15	83,3
Vestirse	9	100,0	18	81,8	27	87,1	13	100,0	50	86,2	63	88,7	22	100,0
Comer	2	100,0	5	71,4	7	77,8	3	100,0	20	74,1	23	76,7	5	100,0
Salir a caminar	6	54,5	15	68,2	21	63,6	16	64,0	48	53,9	64	56,1	22	61,1
Moverse por casa	3	100,0	9	64,3	12	70,6	5	100,0	28	71,8	33	75,0	8	100,0
Moverse de cama a silla	4	100,0	10	90,9	14	93,3	8	100,0	30	76,9	38	80,9	12	100,0

*Porcentaje de personas que declaran recibir ayuda sobre el total de personas que declaran necesitar ayuda. Entre el 11 y el 29% de las personas que declaran necesitar ayuda no saben o no contestan a la pregunta ¿Quién le ayuda a realizar estas tareas?

b. Necesidades no cubiertas*

	Hombre				Mujer				Total									
	65-74 años	75 y +	Total	65-74 años	75 y +	Total	65-74 años	75 y +	Total	n	%	n	%					
Tareas de la casa	2	7,1	2	4,4	4	5,5	5	7,7	1	0,8	6	3,3	7	7,5	3	1,8	10	3,9
Preparar la comida	1	2,6	1	2,2	2	2,4	4	16,7	0	0,0	4	4,0	5	8,1	1	0,8	6	3,3
Ir de compras	1	5,0	2	6,3	3	5,8	2	4,2	0	0,0	2	1,2	3	4,4	2	1,3	5	2,3
Manejar dinero	1	12,5	0	0,0	1	3,6	0	0,0	2	2,5	2	1,9	1	3,1	2	2,0	3	2,3
Usar el teléfono	1	20,0	0	0,0	1	3,8	1	8,3	2	3,4	3	4,3	2	11,8	2	2,5	4	4,2
Tomar la medicación	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	2	2,2	2	7,4	0	0,0	2	1,6
Subir y bajar escaleras	4	25,0	7	21,9	11	22,9	12	31,6	13	13,3	25	18,4	16	29,6	20	15,4	36	19,6
Usar el retrete	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Controlar la orina	8	57,1	1	7,7	9	33,3	13	46,4	12	20,3	25	28,7	21	50,0	13	18,1	34	29,8
Controlar la caca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	3,3	2	5,6	1	10,0	1	2,4	2	3,9
Usar el baño/ducha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1	1	1,1	3	2,5	2	5,4	1	0,8	3	1,9
Arreglarse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	2	3,1	2	11,1	0	0,0	2	2,3
Vestirse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Comer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Salir a caminar	4	36,4	2	9,1	6	18,2	5	20,0	13	14,6	18	15,8	9	25,0	15	13,5	24	16,3
Moverse por casa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,1	2	4,5	0	0,0	2	3,8	2	3,3
Moverse de cama a silla	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,1	0	0,0	1	2,0	1	1,6

*Porcentaje de personas que declaran recibir ayuda sobre el total de personas que declaran necesitar ayuda. Entre el 11 y el 29% de las personas que declaran necesitar ayuda no saben o no contestan a la pregunta ¿Quién le ayuda a realizar estas tareas?

Tablas

Tabla 10.3. Tipo de ayuda recibida para cada tipo de actividad de la vida diaria según sexo y edad.

	Hombre												Mujer											
	65-74 años				75 y +				Total				65-74 años				75 y +				Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tareas de la casa																								
Su pareja	14	63,6	10	31,3	24	44,4	3	5,3	5	5,6	8	5,4	17	21,5	15	12,3	32	15,9						
Un familiar que vive con él	1	4,5	2	6,3	3	5,6	10	17,5	31	34,4	41	27,9	11	13,9	33	27,0	44	21,9						
Ayuda privada	7	31,8	12	37,5	19	35,2	33	57,9	38	42,2	71	48,3	40	50,6	50	41,0	90	44,8						
Ayuda pública	0	0,0	7	21,9	7	13,0	3	5,3	6	6,7	9	6,1	3	3,8	13	10,7	16	8,0						
Otro tipo de ayudas	0	0,0	1	3,1	1	1,9	8	14,0	10	11,1	18	12,2	8	10,1	11	9,0	19	9,5						
Preparar la comida																								
Su pareja	24	68,6	13	43,3	37	56,9	5	27,8	5	9,4	10	14,1	29	54,7	18	21,7	47	34,6						
Un familiar que vive con él	3	8,6	3	10,0	6	9,2	3	16,7	24	45,3	27	38,0	6	11,3	27	32,5	33	24,3						
Ayuda privada	5	14,3	9	30,0	14	21,5	7	38,9	18	34,0	25	35,2	12	22,6	27	32,5	39	28,7						
Ayuda pública	0	0,0	5	16,7	5	7,7	2	11,1	1	1,9	3	4,2	2	3,8	6	7,2	8	5,9						
Otro tipo de ayudas	3	8,6	0	0,0	3	4,6	1	5,6	5	9,4	6	8,5	4	7,5	5	6,0	9	6,6						
Ir de compras																								
Su pareja	15	83,3	9	40,9	24	60,0	11	25,6	10	11,2	21	15,9	26	42,6	19	17,1	45	26,2						
Un familiar que vive con él	0	0,0	1	4,5	1	2,5	13	30,2	38	42,7	51	38,6	13	21,3	39	35,1	52	30,2						
Ayuda privada	1	5,6	7	31,8	8	20,0	8	18,6	19	21,3	27	20,5	9	14,8	26	23,4	35	20,3						
Ayuda pública	0	0,0	5	22,7	5	12,5	3	7,0	3	3,4	6	4,5	3	4,9	8	7,2	11	6,4						
Otro tipo de ayudas	2	11,1	0	0,0	2	5,0	8	18,6	19	21,3	27	20,5	10	16,4	19	17,1	29	16,9						
Manejar dinero																								
Su pareja	6	85,7	4	26,7	10	45,5	5	23,8	6	10,5	11	14,1	11	39,3	10	13,9	21	21,0						
Un familiar que vive con él	0	0,0	2	13,3	2	9,1	6	28,6	30	52,6	36	46,2	6	21,4	32	44,4	38	38,0						
Ayuda privada	1	14,3	5	33,3	6	27,3	2	9,5	10	17,5	12	15,4	3	10,7	15	20,8	18	18,0						
Ayuda pública	0	0,0	4	26,7	4	18,2	1	4,8	1	1,8	2	2,6	1	3,6	5	6,9	6	6,0						
Otro tipo de ayudas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	33,3	10	17,5	17	21,8	7	25,0	10	13,9	17	17,0						
Usar el teléfono																								
Su pareja	3	75,0	5	38,5	8	47,1	3	30,0	5	11,9	8	15,4	6	42,9	10	18,2	16	23,2						
Un familiar que vive con él	0	0,0	1	7,7	1	5,9	1	10,0	20	47,6	21	40,4	1	7,1	21	38,2	22	31,9						
Ayuda privada	1	25,0	4	30,8	5	29,4	3	30,0	12	28,6	15	28,8	4	28,6	16	29,1	20	29,0						
Ayuda pública	0	0,0	3	23,1	3	17,6	1	10,0	1	2,4	2	3,8	1	7,1	4	7,3	5	7,2						
Otro tipo de ayudas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	4	9,5	6	11,5	2	14,3	4	7,3	6	8,7						



Tomar la medicación	Su pareja	5	83,3	8	38,1	13	48,1	5	31,3	4	7,1	9	12,5	10	45,5	12	15,6	22	22,2
	Un familiar que vive con él	0	0,0	1	4,8	1	3,7	2	12,5	28	50,0	30	41,7	2	9,1	29	37,7	31	31,3
	Ayuda privada	1	16,7	8	38,1	9	33,3	5	31,3	16	28,6	21	29,2	6	27,3	24	31,2	30	30,3
	Ayuda pública	0	0,0	4	19,0	4	14,8	1	6,3	1	1,8	2	2,8	1	4,5	5	6,5	6	6,1
	Otro tipo de ayudas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8	7	12,5	10	13,9	3	13,6	7	9,1	10	10,1
Subir y bajar escaleras	Su pareja	3	42,9	3	21,4	6	28,6	3	18,8	6	10,5	9	12,3	6	26,1	9	12,7	15	16,0
	Un familiar que vive con él	1	14,3	0	0,0	1	4,8	6	37,5	27	47,4	33	45,2	7	30,4	27	38,0	34	36,2
	Ayuda privada	2	28,6	6	42,9	8	38,1	2	12,5	11	19,3	13	17,8	4	17,4	17	23,9	21	22,3
	Ayuda pública	0	0,0	4	28,6	4	19,0	2	12,5	3	5,3	5	6,8	2	8,7	7	9,9	9	9,6
	Otro tipo de ayudas	1	14,3	1	7,1	2	9,5	3	18,8	10	17,5	13	17,8	4	17,4	11	15,5	15	16,0
Usar el retrete	Su pareja	1	50,0	3	25,0	4	28,6	1	16,7	3	8,3	4	9,5	2	25,0	6	12,5	8	14,3
	Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	19	52,8	20	47,6	1	12,5	19	39,6	20	35,7
	Ayuda privada	1	50,0	5	41,7	6	42,9	3	50,0	11	30,6	14	33,3	4	50,0	16	33,3	20	35,7
	Ayuda pública	0	0,0	3	25,0	3	21,4	1	16,7	2	5,6	3	7,1	1	12,5	5	10,4	6	10,7
	Otro tipo de ayudas	0	0,0	1	8,3	1	7,1	0	0,0	1	2,8	1	2,4	0	0,0	2	4,2	2	3,6
Controlar la orina	Su pareja	1	33,3	3	37,5	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	3	7,7	4	8,0
	Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	48,4	15	38,5	0	0,0	15	38,5	15	30,0
	Ayuda privada	1	33,3	3	37,5	4	36,4	5	62,5	11	35,5	16	41,0	6	54,5	14	35,9	20	40,0
	Ayuda pública	0	0,0	2	25,0	2	18,2	1	12,5	2	6,5	3	7,7	1	9,1	4	10,3	5	10,0
	Otro tipo de ayudas	1	33,3	0	0,0	1	9,1	2	25,0	3	9,7	5	12,8	3	27,3	3	7,7	6	12,0
Controlar la caca	Su pareja	1	50,0	3	33,3	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	3	9,7	4	10,8
	Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	36,4	8	30,8	0	0,0	8	25,8	8	21,6
	Ayuda privada	1	50,0	4	44,4	5	45,5	3	75,0	11	50,0	14	53,8	4	66,7	15	48,4	19	51,4
	Ayuda pública	0	0,0	2	22,2	2	18,2	1	25,0	2	9,1	3	11,5	1	16,7	4	12,9	5	13,5
	Otro tipo de ayudas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	3,8	0	0,0	1	3,2	1	2,7
Usar el baño/ducha	Su pareja	8	88,9	8	38,1	16	53,3	7	28,0	3	3,7	10	9,3	15	44,1	11	10,7	26	19,0
	Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	20,0	31	37,8	36	33,6	5	14,7	31	30,1	36	26,3
	Ayuda privada	1	11,1	8	38,1	9	30,0	7	28,0	24	29,3	31	29,0	8	23,5	32	31,1	40	29,2
	Otro tipo de ayudas	0	0,0	4	19,0	4	13,3	4	16,0	4	4,9	8	7,5	4	11,8	8	7,8	12	8,8



Tablas

	Hombre				Mujer				Total			
	65-74 años		75 y +		65-74 años		75 y +		65-74 años		75 y +	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arreglarse												
Su pareja	4	80,0	5	35,7	9	47,4	0	0,0	1	2,2	1	1,8
Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	1	10,0	19	42,2	20	36,4	1	6,7
Ayuda privada	1	20,0	7	50,0	8	42,1	5	50,0	18	40,0	23	41,8
Ayuda pública	0	0,0	2	14,3	2	10,5	2	20,0	2	4,4	4	7,3
Otro tipo de ayudas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	5	11,1	7	12,7
Vestirse												
Su pareja	8	88,9	8	44,4	16	59,3	1	7,7	4	8,0	5	7,9
Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	23	46,0	25	39,7
Ayuda privada	1	11,1	8	44,4	9	33,3	6	46,2	17	34,0	23	36,5
Ayuda pública	0	0,0	2	11,1	2	7,4	2	15,4	2	4,0	4	6,3
Otro tipo de ayudas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	4	8,0	6	9,5
Comer												
Su pareja	1	50,0	2	40,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	1	20,0
Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	30,0	6	26,1
Ayuda privada	1	50,0	3	60,0	4	57,1	2	66,7	10	50,0	12	52,2
Ayuda pública	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	10,0	3	13,0
Otro tipo de ayudas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	2	8,7
Salir a caminar												
Su pareja	4	66,7	4	26,7	8	38,1	8	50,0	3	6,3	11	17,2
Un familiar que vive con él	0	0,0	1	6,7	1	4,8	2	12,5	18	37,5	20	31,3
Ayuda privada	1	16,7	7	46,7	8	38,1	2	12,5	13	27,1	15	23,4
Ayuda pública	0	0,0	2	13,3	2	9,5	1	6,3	2	4,2	3	4,7
Otro tipo de ayudas	1	16,7	1	6,7	2	9,5	3	18,8	12	25,0	15	23,4
Moverse por casa												
Su pareja	2	66,7	2	22,2	4	33,3	1	20,0	2	7,1	3	9,1
Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	12	42,9	13	39,4
Ayuda privada	1	33,3	5	55,6	6	50,0	2	40,0	10	35,7	12	36,4
Ayuda pública	0	0,0	1	11,1	1	8,3	1	20,0	2	7,1	3	9,1
Otro tipo de ayudas	0	0,0	1	11,1	1	8,3	0	0,0	2	7,1	2	6,1
Moverse de cama a silla												
Su pareja	3	75,0	1	10,0	4	28,6	4	50,0	2	6,7	6	15,8
Un familiar que vive con él	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	13	43,3	14	36,8
Ayuda privada	1	25,0	6	60,0	7	50,0	2	25,0	12	40,0	14	36,8
Ayuda pública	0	0,0	2	20,0	2	14,3	1	12,5	2	6,7	3	7,9
Otro tipo de ayudas	0	0,0	1	10,0	1	7,1	0	0,0	1	3,3	1	2,6



Anexo

**Cuestionario
de la Fase I
Estudio
poblacional**



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Consejería de Trabajo, Consumo
y Política Social



CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (FASE DE SCREENING)

CÓDIGO ENTREVISTADOR: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

Sexo (hombre=1, mujer=2) ① ②

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

A. ORIENTACIÓN

(1 punto por respuesta acertada)

1. Tiempo

1.4. ¿Qué día de la semana es hoy?

2. Espacio

2.4. ¿Dónde estamos en este momento?

1.2. ¿Qué día del mes es hoy?

2.5. ¿En qué piso/planta está?

1.1. ¿En qué mes del año estamos?

2.3. ¿En qué ciudad/pueblo estamos?

1.3. ¿En qué año estamos?

2.2. ¿En qué provincia estamos?

1.5. ¿En qué estación del año estamos?

2.1. ¿En qué país estamos?

TEST MINI-MENTAL

A. Puntuación máxima 10
Total de respuestas correctas

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

B. Puntuación máxima 3
Total de respuestas correctas

① ② ③

C. Puntuación máxima 5
Total de respuestas correctas

① ② ③ ④ ⑤

D. Puntuación máxima 3
Total de respuestas correctas

① ② ③

E. Puntuación máxima 9
Total de respuestas correctas

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

C. ATENCIÓN Y CÁLCULO

Serie de 7. Pedirle que reste de 100 de 7 en 7. Parar después de 5 sustracciones. Anotar el número de respuestas correctas (en caso de dificultad, cada sustracción puede ser descompuesta, ejemplo 93-7=?). En caso de error, preguntar "¿Está usted seguro?". Si el paciente corrige contar el punto. Si el paciente no puede o no quiere efectuar esta tarea, pedirle que deletree la palabra "MUNDO" en orden inverso. Anotar 1 punto por letra

D. MEMORIA

Recuerdo de las tres palabras (bicicleta, cuchara manzana). 1 punto por palabra recordada

E. LENGUAJE

1. Denominación: lápiz, reloj. 1 punto por cada palabra denominada correctamente

① ②

2. Repetición: hacer que el paciente repita: "ni sí, ni no, ni peros". 1 punto si la repetición es totalmente correcta

①

3. Hacer ejecutar una orden triple en tres etapas:

COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DESPUÉS DÓBLELO POR LA MITAD, Y MÉTALO EN EL SOBRE. 1 punto por cada orden ejecutada correctamente

① ② ③

4. Lectura: CIERRE LOS OJOS. "Haga lo que se le indica: cierre los ojos"
1 punto si la orden es ejecutada

①

5. Escritura: escribame una frase, la que usted quiera. Contar 1 punto si la frase contiene un sujeto y un verbo semánticamente correcto

①

6. Copie este dibujo: 1 punto si están todos los ángulos y la intersección

①

Puntuación bruta

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

Puntuación ajustada

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

CUESTIONARIO SOCIOSANITARIO

1. Escala de depresión

Contésteme, por favor, a las siguientes preguntas sobre su estado de ánimo
(Referido a las 2 últimas semanas. Contar 1 punto por cada respuesta positiva. Si=S, No=N)

- 1.1 ¿Se ha sentido con poca energía? S N
- 1.2 ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas? S N
- 1.3 ¿Ha perdido la confianza en sí mismo/a? S N
- 1.4 ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas? S N
- Si ha respondido Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar con 1.5.
En caso contrario pasar a la pregunta 2
- 1.5 ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? S N
- 1.6 ¿Ha perdido peso? (a causa de la falta de apetito) S N
- 1.7 ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? S N
- 1.8 ¿Se ha sentido Ud. entelecto? S N
- 1.9 ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? S N
- 1.10 Total depresión (1 punto por respuesta afirmativa) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. ¿Podría decirme cuál es su estado civil?

(Soltero=1, Casado=2, Viudo=3, Divorciado=4, Ns/Nc=9) 1 2 3 4 9

3. ¿Cuántos hijos tiene usted?

(Incluya hijos/as adoptivos/as, no incluya fallecidos. Anotar 00 si no tiene ninguno)

Si no tiene hijos, pasar a la pregunta 4.2

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. Ahora me gustaría conocer algunos aspectos de su relación con sus hijos y amigos (Sí=S, No=N, Ns/Nc=9)

4.1 ¿Charla, diaria o semanalmente, con sus hijos de forma que le resulte agradable?

S N 9

4.2 ¿Charla, diaria o semanalmente, con sus amigos de forma que le resulte agradable?

S N 9

5. ¿Con quién vive usted habitualmente?

(Solo=1, Pareja=2, Pareja e hijos=3, Hijos=4, Otros familiares=5, Empleado/a hogar=6, Ns/Nc=9)

1 2 3 4 5 6 9

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Si ha contestado "1" conteste a 5.1 y 5.2, en caso contrario pase a la pregunta 6

5.1. ¿Cuántos años hace que vive usted solo/a?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5.2. ¿Porqué vive usted solo? (Lo prefiere=1, Separación/divorcio=2, Viudedad=3, Hijos independizados=4, Ningún familiar quiere ocuparse=5, No tiene a nadie con quien vivir=6, Puede valerse por sí mismo=7, Otra causa=8, Ns/Nc=9)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Si responde "8", especificar _____

6.1. De la siguiente lista de tareas, es usted capaz de:

(Marque: Sí=1, Sí, con ayuda=2, No=3, Ns/Nc=9)

Si contesta "2 o 3" pase a la pregunta 6.2

6.2. ¿Quién le ayuda a realizar estas tareas? (Marque:

Nadie=1, Su pareja=2, Un familiar que vive con él/ella=3, Un familiar que no vive con él/ella=4, Un amigo que no cobra=5, Ayuda privada=6, Ayuda pública=7, Otra ayuda=8)

Si responde "8", especificar _____

6.1.1. ¿hacer las tareas de casa?

1 2 3 9

6.1.2. ¿prepararse la comida?

1 2 3 9

6.1.3. ¿irse de compras?

1 2 3 9

6.1.4. ¿manejar dinero?

1 2 3 9

6.1.5. ¿usar el teléfono?

1 2 3 9

6.1.6. ¿tomar su medicación?

1 2 3 9

6.1.7. ¿subir y bajar escaleras?

1 2 3 9

6.1.8. ¿usar el water?

1 2 3 9

6.1.9. ¿controlar la orina?

1 2 3 9

6.2.1. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.2. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.3. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.4. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.5. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.6. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.7. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.8. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.2.9. ¿quién le ayuda?

1 2 3 4 5 6 7 8

6.1 Continuación

- | | | | |
|---|---------|--------------------------|-----------------|
| 6.1.10. ¿controlar la caca? | ① ② ③ ⑨ | 6.2.10. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |
| 6.1.11. ¿usar el baño o la ducha? | ① ② ③ ⑨ | 6.2.11. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |
| 6.1.12. ¿arreglarse? (p.ej.peinarse) | ① ② ③ ⑨ | 6.2.12. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |
| 6.1.13. ¿vestirse solo? | ① ② ③ ⑨ | 6.2.13. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |
| 6.1.14. ¿comer solo? | ① ② ③ ⑨ | 6.2.14. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |
| 6.1.15. ¿salir a caminar? | ① ② ③ ⑨ | 6.2.15. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |
| 6.1.16. ¿moverse por su casa? | ① ② ③ ⑨ | 6.2.16. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |
| 6.1.17. ¿moverse desde la cama hasta una silla? | ① ② ③ ⑨ | 6.2.17. ¿quién le ayuda? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ |

7. Si estuviera o está incapacitado/a para sus cuidados personales tales como bañarse, vestirse, limpiar la casa o preparar la comida. ¿Quién le gustaría que le ayudase en primer lugar?
(Familia=1, Servicios sociales/sanitarios=2, Empleada hogar=3, Otros=4, Ns/Nc=9)

① ② ③ ④ ⑨

Si responde "4", especificar _____

8. Si alguna vez necesitase ayuda para sus cuidados personales. ¿Dónde le gustaría ser atendido?
(Casa propia=1, Casa hijos o familiares=2, Residencia=3, Casa de otra familia que le acoge=4, Ns/Nc=9)

① ② ③ ④ ⑨

9. ¿Qué estudios tiene? (No sabe leer ni escribir=1, Sabe leer y escribir=2, Estudios primarios=3, Estudios secundarios=4, Estudios universitarios=5, Ns/Nc=9)

① ② ③ ④ ⑨

Le voy a hacer una pregunta cuyo único objetivo es conocer los ingresos medios de los hogares que cuentan con personas mayores de 64 años, para así poder asignar mejor las ayudas económicas de los Servicios Sociales. Le voy a leer unas cantidades y Ud. sólo tiene que seleccionar la que más se ajuste a su familia.

10. Por favor, ¿podría recordar el dinero total que llega mensualmente a su casa teniendo en cuenta todas las personas que viven en él. (Ingresos monetarios netos regulares y mensuales de todos los componentes del hogar)? En caso de que se encuentre muy incómoda ésta pregunta puede optar por no contestar (Hasta 397€ (66.000 pts)=1, De 398-793€ (66.000-132.000 pts)=2, De 794-1.190€ (132.000-198.000 pts)=3, De 1.191-1.587€ (198.000-264.000 pts)=4, De 1.588-2.380€ (264.000-396.000 pts)=5, Más de 2.380€ (más de 396.000 pts)=6, Ns/Nc=9)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

11. En los últimos doce meses. ¿Cuál ha sido su estado de salud?
(Muy bueno=1, Bueno=2, Regular=3, Malo=4, Muy malo=5, Ns/Nc=9)

① ② ③ ④ ⑤ ⑨

12. ¿Sabe usted si en su familia existen antecedentes de las siguientes enfermedades?
(Sí=S, No=N, Ns/Nc=9)

- | | |
|---|-------|
| 12.1. Enf. Parkinson | S N ⑨ |
| 12.2. Demencias | S N ⑨ |
| 12.3. Síndrome de Down o mongolismo | S N ⑨ |
| 12.4. Psicosis o enfermedad mental | S N ⑨ |

13.1. ¿Algún médico le ha dicho alguna vez a usted que sufre o ha sufrido de:
(Sí=S, No=N, Ns/Nc=9)

- | | | | |
|---|-------|----------------------|---------|
| 13.1.1. Hipertensión o Tensión arterial alta? | S N ⑨ | 13.2.1. Tratamiento: | ① ② ④ |
| 13.1.2. Diabetes? | S N ⑨ | 13.2.2. Tratamiento: | ① ② ⑥ |
| 13.1.3. Colesterol elevado? | S N ⑨ | 13.2.3. Tratamiento: | ① ② ⑥ |
| 13.1.4. Psicosis o enfermedad mental? | S N ⑨ | 13.2.4. Tratamiento: | ① ② ⑥ |
| 13.1.5. Cáncer? | S N ⑨ | 13.2.5. Tratamiento: | ① ② ③ ⑥ |
| 13.1.8. Enfermedad de corazón? | S N ⑨ | 13.2.8. Tratamiento: | ① ② ③ ⑥ |

Si responde "1" pase a la pregunta 13.2, en caso contrario conteste a la pregunta 14

14.1. ¿Alguna vez ha sufrido Ud.:
(Sí=S, No=N, Ns/Nc=9)

14.1.1. Trombosis o hemorragia cerebral? S N Ns

14.1.2. Traumatismo craneoencefálico? S N Ns
(golpe en la cabeza)

14.1.3. Fractura de cadera? S N Ns

14.2. ¿Qué tratamiento recibe o ha recibido?
(Medicamentos=1, Ninguno=2, Quirúrgico=3,
Ns/Nc=9)

14.2.1. Tratamiento: 1 2 3 6

14.2.2. Tratamiento: 1 2 3 6

14.2.3. Tratamiento: 1 2 3 6

Si responde "1" pase a la pregunta 14.2, en caso contrario conteste a la pregunta 15

15. ¿En el pasado ha tomado usted alguna vez cualquiera de éstos tratamientos al menos durante un año continuado? (Sí=S, No=N, Ns/Nc=9)

15.1. ¿Hormonas? (menopausia) S N Ns

15.2. ¿Antiinflamatorios? (artrosis, reuma) S N Ns

15.3. ¿Vitaminas? S N Ns

16. ¿Podría decirme si fuma? (Sí, diariamente=1, Si, pero no diariamente=2, No, pero ha fumado=3,
No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual=4, Ns/Nc=9)

1 2 3 4 6

Le voy a preguntar ahora sobre si bebia o bebe algún tipo de bebida alcohólica. En caso de que la respuesta sea "Sí", le pasará a preguntar sobre la frecuencia ¿de acuerdo?

17.1. ¿Bebía o bebe?
(Sí=S, No=N, Ns/Nc=9)

17.2. ¿Con qué frecuencia?

(Nunca=1, Ocasionalmente=2,
1-2 al día=3, 3 o más al día=4,
Ns/Nc=9)

17.1.1. ¿Cerveza? (1 vaso) S N Ns

17.2.1. Frecuencia: 1 2 3 4 6

17.1.2. ¿Vino? (1/2 vaso) S N Ns

17.2.2. Frecuencia: 1 2 3 4 6

17.1.3. ¿Licor? (1 copita) S N Ns

17.2.3. Frecuencia: 1 2 3 4 6

Si ha respondido "1", pase a 17.2. En caso contrario pase a la pregunta 18

**18. Ahora nos gustaría que nos dijera que tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre.
¿Cuál de éstas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre?** (Marcar una sola opción)

18.1. No hago ejercicio. Mi tiempo libre es casi completamente sedentario (leer, ver TV, ir al cine, etc.)

18.2. Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)

18.3. Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, natación, correr, ciclismo, juegos de equipo, etc.)

18.4. Entrenamiento físico varias veces a la semana

18.5. Ns/Nc

19. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuantas horas al día duerme usted habitualmente, incluyendo la siesta si es que la hace?
(Marcar 99 si no sabe o no contesta)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

20. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuantas horas al día ve usted la TV habitualmente? (Marcar 99 si no sabe o no contesta)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

21. Nos gustaría saber ahora con qué frecuencia realiza estas actividades:
(Nunca=1, Diariamente=2, Semanalmente=3, Mensualmente=4, Anualmente=5, Ns/Nc=9)

21.1. Leer libros/prensa, escribir, estudiar, hacer crucigramas, pintar o dibujar

1 2 3 4 5 9

21.2. Ir a conciertos, teatro, exposiciones de arte, viajar, jugar a las cartas o a otros juegos con más gente, participar en grupos sociales o de jubilados

1 2 3 4 5 9

21.3. Jardinería, cultivar la huerta, hacer tareas domésticas, cocinar, trabajar pese a estar jubilado, hacer trabajo voluntario, coser, hacer punto o ganchillo

1 2 3 4 5 9

