



FACULTAD DE ECONOMIA Y NEGOCIOS  
MAGISTER EN GESTION DE SISTEMAS DE SALUD

# **MAPA DE DEMENCIA EN CHILE, UN ANALISIS DE LA PREVALENCIA DE LA POBLACION BAJO CONTROL EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA EN CHILE Y SUS REGIONES. PERIODO 2011 AL 2017**

Memoria para otorgar el grado de Magister en Gestión de Sistemas de Salud

Alumnos: Luisa Fernanda Guerra Labbe  
Christian Jose Zambrano Martrus  
Profesora guía: Angela Arenas Massa

Talca-Chile  
Agosto 2018

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2020

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN .....	3
II. DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	5
III. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	18
IV. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
A. OBJETIVO GENERAL .....	19
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
V. METODOLOGÍA .....	19
VI. DESARROLLO .....	20
A. ANÁLISIS DE DATOS.....	20
B. REFLEXIÓN.....	27
VII. BIBLIOGRAFÍA .....	29

## INTRODUCCIÓN

Las Demencias , es una de las patologías psiquiátricas con la más alta prevalencia en el siglo XXI. Según los datos presentados en el plan nacional de demencia unos 35 millones de personas en el mundo tienen hoy algún tipo de demencia, proyectándose 135 millones para el 2050 y se espera que la prevalencia de la demencia aumente en alrededor del 50% en los países de altos ingresos para el año 2030, y casi el 80% en países de medianos y bajos ingresos (ADI, 2013).

La aparición de sus síntomas es cada vez a más temprana edad, se reflejan mayormente entre las edades de 60 años en adelante. Lo imperceptible que resulta el tema para estas sociedades normalizando este cuadro dentro de este ciclo vital, es decir que las condiciones psiquiátricas a menudo se consideran falsamente inherentes al envejecimiento, agregado a los pocos o nulos estudios específicos, provoca que esta población, sin control, deteriore rápidamente su cuadro clínico, situación que a corto, mediano y largo plazo genera una cadena de situaciones negativas que impactan no solo en el ser humano que la posee, sino también a la familia y sociedad en general, incluyendo al estado.

Según estudios internacionales, mayormente de países desarrollados, donde esta población se encuentra cautiva y en control, se han creado estrategias, incluso hasta preventivas, logrando índices de calidad de vida óptimos, superiores a las que experimenta Chile en la actualidad, aumentó los factores psíquicos protectores de los familiares cercanos, entre ellos uno de los más importantes, el cuidador, además de mejorar el control y disminución de los recursos económicos destinados para el manejo de esta patología.

Existe evidencia de que las causas de la demencia subyacen a varios factores de riesgo, de los cuales algunos no son modificables como la edad y la genética. Y otros factores que son modificables que podrían significar entre el 35-50% de la prevalencia. Dentro de estos esta enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, psiquiátricas como la depresión (no tratadas), infecciosas, traumáticas, uso prologados de medicamentos específicos, drogas, abuso de alcohol e incluso, poco estudiados, factores ambientales ( (1) Aung HL, Kootar S, Gates TM, Brew BJ, Cysique LA. How all-type dementia risk factors and modifiable risk interventions may be relevant to the first-generation aging with HIV infection? Eur Geriatr Med 2019;10(2):227-238.)

Un tema no menor es que las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres, posiblemente debido al efecto del estrógeno se reduce en edad avanzada. Los hombres a su vez pudiesen ser más susceptibles de desarrollar demencia vascular producto que presentan tasas mas elevadas de enfermedades cardiovascular y accidente cerebrovascular.

Las etnias son un tema necesario de estudiar, si bien en Chile no contamos con información robusta en cuanto investigaciones en esta temática en Estados Unidos se estudio que las personas de ascendencia africana tienen mayor tasa de demencia en comparación con los blancos y de ascendientes asiáticos.

La demencia según la OMS (O.M.S, Organización Mundial de la Salud, 2017), es un Síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. El plan nacional de demencia la define como una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo y condición económicas, se acompaña de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales.

Según el DSM-IV, (Pichot, 1995), la demencia se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias (p. ej., debida a abuso de drogas, a medicamentos, o a la exposición a un tóxico), demencia debida a etiologías múltiples o demencia no especificada (si la etiología es indeterminada).

La Organización Panamericana de Salud, (OPS, 2013) , define a la demencia como un síndrome causado por una enfermedad del cerebro usualmente de naturaleza crónica o progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos así como de la toma de decisiones. El conocimiento no se nubla. Las deficiencias de las habilidades cognitivas están comúnmente acompañadas y ocasionalmente precedidas por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se produce en un gran número de condiciones que afectan primaria o secundariamente al cerebro.

## DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA

### GENERALIDADES.

Las demencias suelen ser raros o menos frecuentes en personas menores a 65 años, el porcentaje de afectación lineal entre los 65 y 75 años son de alrededor del 10% de la población en ese rango etario, mientras que entre personas de 90 años de edad hacia adelante serán de un 50%. La tasa aumenta en ancianos hospitalizados y personas con enfermedades que generen déficit motor. (Black & Andreasen, Trastornos Neurocognitivos, 2015). Se presume que, en EEUU, la población mayor a 65 años se encuentra superando el crecimiento de la población en general, por lo que se convierte en una situación alarmante.

Entre los trastornos que se pueden presentar de manera abrupta como en el caso de una enfermedad cerebrovascular, la mayoría suelen ser insidiosos, es muy común que los síntomas preliminares sean pasados por alto, como parte del deterioro habitual del envejecimiento normal. En sus etapas tempranas las personas experimentan síntomas sutiles como un cambio breve de su personalidad, disminuye su gama de intereses, suelen generar ciertos niveles de apatía, labilidad o superficialidad emocional. Las habilidades intelectuales se deterioran de manera más gradual y lentamente progresivas, suelen ser mayormente visibles en ambientes laborales donde el requerimiento sea de alto rendimiento. Suele cursar por etapas de negación ante el déficit de la agudeza intelectual. A medida que el trastorno avanza el deterioro se hace mayormente evidente por lo que resulta de fundamental importancia, por parte del cuidador ir suprimiendo actividades cotidianas que generen un peligro propio y o a terceros, como conducir y operar maquinaria.

En los cuadros de Demencia avanzados, es probable que las personas hayan perdido la posibilidad de realizar actividades básicas de la vida diaria como alimentarse, realizar de manera autónoma sus actividades de higiene personal, pérdida del control de sus esfínteres, labilidad emocional extrema. Por lo general olvidan su nombre o el de sus familiares más cercanos y amigos.

Cuando el trastorno neurocognitivo está avanzado, es posible que la persona sea incapaz de realizar actividades básicas de la vida diaria y, por ende, es dependiente. Actividades como alimentarse o efectuar la higiene personal, puede generar incontinencia, sufrir labilidad emocional extrema, alucinar, delirar o ambos y generalmente presentar síndromes depresivos. Los pacientes con frecuencia olvidan los nombres de sus amigos y a veces no reconocen a familiares cercanos. En las etapas finales de un trastorno neurocognitivo, el individuo puede presentar mutismo y arreactividad, una vez llegado ese punto, la muerte

suele ocurrir en el transcurso de un año.

Existen múltiples factores y enfermedades que generan Demencia; Sustancia y medicamentos (Drogas, Alcohol, Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos), Lesiones Traumáticas Craneoencefálica, Vasculares, Infecciones por VIH, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Alzheimer, Por cuerpos de Lewy, Frontotemporal, otras afecciones médicas (Hidrocefalia Normotensa, Infecciones, Afecciones Metabólicas, Pulmonares, Nutricionales) y causas más raras.

Según el Artículo de Actualizaciones del Servicio de Neurología, del Hospital Universitario de Marañón en Madrid España (Romero, Dominguez, R, & Rodriguez, 2015), y estima la prevalencia aumenta con la edad, variando en mayores de 65 años entre un 5 y un 14,9%, si bien el envejecimiento progresivo de la población predice un importante aumento de la misma. Globalmente, la causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer. Además de la edad, existen factores genéticos y ambientales que aumentan el riesgo de desarrollar demencia. El diagnóstico está basado en criterios clínicos. La evaluación inicial busca constatar la afectación cognitiva, determinar su grado de repercusión funcional y realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos que se presentan con quejas cognitivas. La clasificación más empleada distingue dos grandes grupos, procesos neurodegenerativos primarios y otros que son manifestación secundaria de distintas enfermedades y que tratan de descartarse con las pruebas complementarias empleadas de inicio.

Es así como podemos concluir que el envejecimiento progresivo de la población debido a la mayor esperanza de vida en la actualidad ha conllevado al aumento de la prevalencia de las personas afectadas con Trastornos Neurocognitivos Mayores (Demencia). La Demencia constituirá un síndrome de origen clínico adquirido por múltiples etiologías que se manifiesta clásicamente por el deterioro cognitivo, así como también por cambios de tipo conductuales. Entre los síntomas asociados a esta patología se encuentran la pérdida del juicio, memoria, concentración, pensamientos y lenguajes en etapas más avanzadas. La limitación o el impedimento de la realización de las actividades cotidianas, en el entorno laboral, social y familiar, constituye un despunte fundamental en el diagnóstico de este cuadro, que evoluciona de manera lenta y persiste en el tiempo, generando dependencia completa de las funciones tanto físicas como psíquicas durante su proceso, hasta finalizar con la muerte.

La Demencia en la actualidad no solo genera una carga de sufrimiento importante en quien posee esta patología sino también en la familia que viven a diario esta realidad, sobretodo al cuidador que en su gran mayoría genera cuadros psiquiátricos como Trastornos de Ansiedad y hasta Depresión. Por otro lado, es la sociedad quien se encarga de recibir el impacto económico para el aplaque de esta patología.

## CONTEXTO INTERNACIONAL

Según la OMS, (OMS, 2017) , la demencia afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos y se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento. Se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050. Buena parte de ese incremento puede achacarse al hecho de que en los países de ingresos bajos y medios el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más.

En el año 2016 en el Journal New England de Medicina, David S. Jones, MD, Ph.D., y Jeremy A. Greene, MD, Ph.D (Jones & Greene, 2016), describen que en el año 2005, los investigadores del Centro de Estudios Demográficos de Duke, informaron sobre la “tendencia sorprendente”, los datos presentados en la Encuesta Nacional estadounidense de atención a largo plazo mostró que la prevalencia del deterioro cognitivo grave en la población había disminuido entre 1982 y 1999, en un momento en que la demografía Baby-Boomer llevo a predicciones sobre una crisis que se avecinaba con respecto a los altos índices de demencia. Este hecho genero esperanza y desde entonces, otros informes han demostrado igualmente que la incidencia y prevalencia de la Demencia está disminuyendo en varias poblaciones y de aquí en adelante los investigadores ofrecen muchas explicaciones posibles relacionadas con los niveles de riqueza, mejor educación, control de factores de riesgo vasculares, y el uso de estatinas, agentes contra la hipertensión y fármacos antiinflamatorios.

Las tasas acumuladas de riesgo de 5 años para la demencia, ajustadas por edad y sexo, fueron de 3.6 por cada 100 personas durante la primera época (comprendida a finales de los años 1970 y principios de los 80), 2.8 por cada 100 personas durante la segunda época (finales de los 80 y principios de los 90), 2.2 por cada 100 personas durante la tercera época (finales de 1990 y principios del 2000) y finalmente 2.0 por cada 100 personas durante la cuarta época (finales de 2000 y principios del 2010). En relación con la incidencia durante la primera época, esta disminuyó en un 22%, 38% y 44% durante la segunda, tercera y cuarta época, respectivamente. Esta reducción del riesgo se observó solo entre las personas que tenían un

nivel académico secundario. La prevalencia de la mayoría de los factores de riesgo vascular, excepto Obesidad y Diabetes, además del riesgo demencia asociada a Apoplejía, Fibrilación Auricular o Insuficiencia Cardíaca han disminuido con el tiempo, pero ninguna de esta tendencia explica por completo la de la incidencia de la demencia, ya que en la actualidad se con otras patologías y factores. Todo esto como parte de un estudio realizado por Claudia L. Satizabal, Ph.D., Alexa S. Beiser, Ph.D., Vincent Chouraki, M.D., Ph.D., Geneviève Chêne, M.D., Ph.D., Carole Dufouil, Ph.D., y Sudha Seshadri, M.D., en Boston y publicado en El Journal New England de Medicina del 2016. (Satizabal, Beiser, & Chouraki, 2016)

Entonces podemos llegar a la conclusión que los participantes del Estudio de Salud Framingham, han demostrado una disminución clara de la incidencia de la demencia durante estas 3 últimas décadas, así como también la relación de la disminución con respecto a factores de riesgo vasculares, el resto de los factores aún no han sido claramente identificados.

Según datos de La Organización Panamericana de la Salud (O.M.S, Organizacion Mundial de la Salud, 2016), durante el último siglo en el continente americano la esperanza de vida se ha incrementado en más de 20 años, como resultado de esto en el 2020 más de 200 millones de personas arribarán a la adultez mayor y de ellos la mitad vivirán en Latinoamérica y el Caribe.

Se realizo un estudio en Cuba, por Y. Broche-Pérez, Z. Fernández-Fleites, B. González, M.A. Hernández Pérez e Y.I. Salazar-Guerra, presentado el 2018 ante la Sociedad Española de Neurología y publicado por la revista Elsevier de España (Broche, Fernandez, Gonzalez, & Hernandez, 2018), donde refleja que la esperanza de vida al nacer, supera los 77 años o más, siendo este el país de Latinoamérica con mayor proporción de adultos mayores.

En la antigüedad el diagnóstico de esta enfermedad resultaba parte de un camino irreversible hacia el declive inminente del deterioro cognitivo, en la actualidad existe evidencia de que este síndrome puede ser prevenido, y para lograrlo el impacto se debe generar promoviendo acciones orientadas a la promoción de salud cognitiva, considerándose impactar en la modificación de los factores de riesgos reversibles y prevenibles, entre ellos el consumo de alcohol, drogas en general (recreación y terapéuticas), Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes y Depresión. Estudios se refieren a un impacto de reducción de hasta un 48.8% de los casos diagnosticados con Síndrome Demencial. En este sentido, cualquier acción generada para la prevención de esta patología debe estar orientada en el conocimiento y las creencias que tiene la población sobre este tema.

Las opiniones negativas del envejecimiento pueden operar de manera explícita o implícita, afectando tanto la salud física como cognitiva. El estigma puede clasificarse en estigma público (profesional y de la comunidad), autoestima (presente en la propia persona con demencia) y estigma familiar (hacia familia y cuidadores) (Werner, 2014). Existen estudios

que muestran que el combatir los efectos negativos del envejecimiento han mostrado resultados respecto al contacto intergeneracional.

Diversos autores subrayan el papel de la comunicación en el aprendizaje de lo que se entiende por envejecimiento y por vejez, en el bienestar de los mayores y en el desarrollo de relaciones intergeneracionales (Baltes y Wahl, 1996; Hardwood, 2000).

Esto podrá identificar concepciones erróneas relacionadas con la salud cerebral y cognitiva. Los estudios de este tipo que fueron llevados a cabo en naciones desarrolladas, y que han usado muestras amplias han arrojado resultados interesantes. Por ejemplo, en Australia en una encuesta realizada a 1.003 participantes, se comprobó que menos de la mitad de los encuestados (41.5%), consideraban que el riesgo de generar demencia puede ser reducido, así como también que tan solo el 17,2% de los participantes mayores de 60 años consideraron como importante la problemática que generaba la Demencia, mientras que en edades menores no superaba el 6%. Así como también en un estudio generado en Estados Unidos por la MetLife Foundation (MetLife, 2006), se conoció que el 74% de los encuestados (N=1.000) reportaron conocer entre muy poco o nada sobre las demencias en especial sobre la Enfermedad de Alzheimer, mientras que en general los participantes con edad más avanzada conocían sobre la Demencia, pero desconocían sobre acciones que puedan generar para su prevención. En una encuesta realizada a 234 profesionales de la Salud en Australia se comprobó un desconocimiento sobre este tema, específicamente en el conocimiento sobre los factores de riesgo, tipologías prevalentes y síntomas cognitivos.

Por otro lado, podemos comprobar que la mayor cantidad de estudios realizados sobre este tema guardan relación con los países desarrollados, los mismos que han disminuido sustancialmente sus tasas de incidencia, no así en relación a los países de Latinoamérica y el caribe donde los son prácticamente inexistentes.

Dentro de los Países de Latinoamérica se logró encontrar un estudio realizado en Argentina en el año 2012 por María Julieta Russo y Leonardo C Bartolini (Russo & Bartolini, 2012) , cuyo objetivo principal fue evaluar la percepción y el grado de conocimiento público sobre la Enfermedad de Alzheimer. Realizado en la Sala de Espera de FLENI y del Hospital de Zubizarreta de Buenos Aires, donde reportó que el 85% de los encuestados identificaron adecuadamente los síntomas de la enfermedad, el 40% la considero como fatal y el 50% cree que existe una prueba definitiva para su diagnóstico. No obstante, el estudio no incluyo preguntas relacionadas con los factores de riesgo, así como tampoco indago el conocimiento sobre la identificación temprana en base a características específicas de la patología o acciones a desarrollar para su prevención.

## DETECCION TEMPRANA EN ATENCION PRIMARIA.

La alta tasa de prevalencia en la actualidad que experimentan los Trastornos Neurocognitivos a partir de los 65 años, a pesar de ser detectados de manera precoz, existe evidencia que se produce un retraso en el diagnóstico de entre 29 y 37 meses desde que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad. El retraso en el diagnóstico, como en general, empeora el pronóstico, supervivencia y calidad de vida de las personas que se enfrenta a esta realidad.

Se han logrado identificar múltiples factores responsables en el retraso de la detección precoz desde la Atención Primaria en Salud (APS), tales como el sexo (varones), que tengan demencia leve y que sea por Alzheimer, que tengan comorbilidades psiquiátricas asociadas (Depresión) que limita o afecta la cotidianidad de sus actividades diarias.

El diagnóstico de la Demencia según la Sociedad española de Neurología, en un artículo publicado en el 2014, define a la demencia como una alteración de la conducta y que no exige una alteración de la memoria. (NEUROLOGIA, 2014). Este criterio suele ser útil para el diagnóstico temprano del Trastorno Cognitivo en personas con Enfermedad de Alzheimer típica, pero también para las demencias de otro tipo u origen donde la memoria suele verse relativamente preservada.

La clínica de la Demencia suele ser heterogénea, igual que sus múltiples causas, en muchos de los casos no cursa con alteración de la memoria, y ni siquiera puede ser detectada por parte del cuidador principal. Por ello son de gran utilidad diferentes métodos que nos facilitan y guían al diagnóstico precoz de esta patología como las pruebas de Screening o Cribado en una población determinada, donde el rango etario resulta ser la variable más importante. La Sociedad Española de Psicogeriatría recomienda que ante la pesquisa de los nuevos casos se aplique el uso del Mini Mental State Examination (MMSE), que es una prueba que nos ayuda a detectar el deterioro cognitivo de manera rápida, así como también su evolución, una puntuación menor o igual 23 se ha descrito como el mejor punto de corte para personas con cierto nivel de educación y de 17/18 para analfabetos. Los criterios más utilizados son los correspondientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su 10ª Revisión (CIE-10) y los elaborados por la American Psychiatry Association (DSM-V).

En la actualidad la alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas, entre ellas Depresión, ha

generado que esta interfiera en la detección del deterioro cognitivo temprano que se genera en las personas con Demencia, ya que este síntoma se encuentra en más de un tercio de esta población, situación que aporta de manera negativa en los índices de detención temprana, mejoramiento de calidad de vida, evolución, pero principalmente en su prevención. Para ello existe un instrumento eficaz, Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI), que nos ayuda fundamentalmente a valorar aspectos psicopatológicos en pacientes con enfermedades neurológicas, principalmente demencias. Los síntomas neuropsiquiátricos más comunes son la apatía, labilidad/irritabilidad y la depresión.

El 13 de Enero del 2017 se publicó un estudio observacional y descriptivo, del Instituto de Neuropsiquiatría de Hospital del Mar en Barcelona / España, donde se tomó una muestra de 104 individuos entre rangos etarios de 65 hasta, derivados de la APS por sospecha de enfermedad mental, supuestamente posterior al descarte de deterioro cognitivo, donde reflejó lo siguiente: 58 individuos (55,8%) presentaron deterioro cognitivo, 19 de ellos (17,3%) fueron diagnosticados con trastorno de psicótico, trastorno afectivo 13 (12.5%), trastorno de personalidad 7 (5,8%), otros diagnósticos 9 (8,7%), sin diferencia significativa por sexo. Entre los resultados destaca que el 79,8% del total de la muestra no contaba con antecedentes de Trastorno Mental Severo (TMS), por lo que se llega a concluir que cuando se detecta síntomas propios de TMS en individuos de edad avanzada sin antecedentes de TMS, se debería de sospechar la presencia de deterioro cognitivo y administrar la prueba de cribado pertinentes. (Córcoles D, 2017)

Dentro de los Trastornos Neurocognitivos Mayores, la Demencia por Enfermedad de Alzheimer constituye al subtipo más frecuente y hacia donde se han enfocado y direccionado la mayor cantidad de estudios, al contar con una alta tasa de mortalidad, pero también con una media de supervivencia de entre 4 y 5 años después de su diagnóstico. Existen escalas como el MMSE y la Escala de Deterioro Global (GDS-FAST). Las mismas que nos permiten monitorizar el progreso de la enfermedad, observar su evolución (según el criterio de los familiares más cercanos), así como identificar la fase terminal de este cuadro y una vez identificada esta fase, los equipos de salud debiesen proporcionar intervenciones orientadas en favorecer el bienestar del paciente así como generar un consenso con los miembros de la familia, en especial con el cuidador puesto que se convierte en el principal soporte operativo y afectivo de este.

En un estudio realizado en el Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona, España, en el año 2010, sobre la percepción, actitud y necesidades de los profesionales de atención primaria en relación al pacientes con demencia, se logró entrevistar a 218 profesionales (108 Médicos y 110 Diplomados en Enfermería (DUE), donde mediante un proceso de encuesta indicaron, el 98,6%, la necesidad de realizar formación en demencia, pero el 49,1% de Médicos y el 74,5% de los DUE, refirió no haber realizado formación específica o no al menos en los últimos 5 años. El 88,7% de los Médicos refirió no realizar el diagnóstico de demencia de forma

habitual, mientras que tan solo el 25,5% de los casos se efectúa en las fases leves o iniciales. Dentro de las principales causas identificables referidas por los Médicos para el diagnóstico de Demencia fueron, la poca confianza en el diagnóstico (32,6%) y la falta de tiempo en la consulta (31,6%). El 87% de los Médicos refirieron una clara dificultad en el seguimiento y control de esta población de enfermos. (Tuero, 2010)

Tomando en cuenta los diferentes estudios realizados durante los últimos años se logra llegar a la conclusión de que existen falencias en el abordaje e intervención de esta patología desde los niveles primarios de atención en salud. Los altos índices de prevalencia a nivel mundial, es motivo claro para que esta forme parte una política pública ya que su alto impacto socioeconómico genera un aspecto relevante en la actualidad. Crear planes de disfunción a la población con signos de alerta, la actualización de conocimientos sobre esta patología a los equipos de salud, entre otras ideas, forman parte de las estrategias en la detección temprana de esta enfermedad, cuyo objetivo es el de mejorar la calidad y estilo de vida de esta población en ascenso y su entorno.

## CONTEXTO NACIONAL.

Luego de una exhaustiva búsqueda sobre información local en Chile y tomando en cuenta el aumento de la prevalencia de la Demencia a lo largo de estos últimos años, según datos rescatados de la encuesta CASEN 2018, se llega a la conclusión de que la información y los estudios resultan escasos para el manejo, control y sobre todo prevención de las complicaciones que genera esta patología al ser humano que la posee, familia y sociedad al no ser manejada a tiempo.

En la actualidad existe un Plan Nacional de demencias para Chile (Minsal, 2017), a pesar ello y de la existencia del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), encargado de mejorar la calidad de vida de este grupo etario, así como también el Programa de Salud Mental, encargado del manejo del amplio de patologías psiquiátricas, se ha dedicado escasa atención al manejo de las demencias. En la comuna de Peñalolén en Santiago por intermedio de SENAMA se creó el primer Centro de atención para pacientes con Demencia, llamado Kitum, que es un centro de día para atención de demencias leves a moderadas, destinado a familias con recursos limitado. Así como también se logró constatar que solo en unas pocas clínicas privadas u hospitales grandes, concentrados principalmente en la Capital, se logran consolidar equipos especializados multidisciplinarios para el manejo de patología.

A pesar de la existencia de instrumentos creados para la aplicación en la APS (Atención Primaria en Salud) como el EFAM (Examen Funcional del Adulto Mayor) que evalúa la funcionalidad y el riesgo de su pérdida a corto, mediano y largo plazo, actualmente EMPAM (Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor), desde el 2008, como parte de las

GES (Garantías Explícitas de Salud), se le da prioridad a otro tipo de patologías incluidas en el plan AUGE, 80 en general, donde la Demencia no tiene lugar. Cabe acotar que las patologías GES, permiten tener a la población acceso a tratamientos médicos integrales oportunos de calidad, con protección financiera y derechos exigibles.

La evolución de la proyección del crecimiento económico para Chile según el FMI (Fondo Monetario Internacional) (FMI, 2018) eleva al país con una cifra del 3% y correspondería a la segunda mayor expansión en América Latina tras Perú con un 4%, situación que nos coloca, según los indicadores, en comparación con los países occidentales desarrollados sin aún serlo, por lo que al igual que ellos, su elevado nivel de envejecimiento por el aumento de la expectativa de vida, genera una alta tasa en la incidencia y prevalencia de Demencia, como clásico problema de estos países. Sin embargo, la situación está siendo manejada típicamente al igual que ellos, donde la desigualdad socioeconómica y de la estructura del sistema de salud impiden generar atenciones de calidad a la mayoría de los afectados por esta patología.

Según un estudio publicado en el año 2014, por Patricio Fuentes y Cecilia Albala del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Servicio de Neurología, (Fuentes & Albala, 2014) refieren que Chile está en una etapa avanzada de transición demográfica con la población mayor de 60 años de edad que representan el 60% de la población total y cuyo número de personas de edad avanzada ha más que duplicado entre 1990 y 2014. El rápido avance económico a promovido cambios significativos en la organización social a la que el país no está acostumbrado. Los problemas de salud Mental de las personas mayores son particularmente difíciles en las actuales estructuras sociales y de salud del país. La prevalencia de Demencia en personas mayores de 60 años excede 8% y es aún mayor en la población rural. Hay más información sobre la Demencia en la comunidad médica y científica local, así como también un aumento de la conciencia dentro de la comunidad civil, pero una insuficiente capacidad de respuesta del Estado a las amplias necesidades diagnósticas y terapéuticas de los pacientes y cuidadores.

En el año 2017 el Departamento de Economía de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, publicó un estudio (Hojman, Duarte, Ruiz-Tagle, BudnichM, Delgado, & Slachevsky, 2017), en el que evaluó el costo económico de la demencia en Chile, y su variación según el nivel socioeconómico (NSE). Utilizaron datos primarios a partir de una encuesta a 330 cuidadores primarios informales, que a su vez completaron un cuestionario sociodemográfico para evaluar la gravedad de la demencia y la carga del cuidador. Llegando a la conclusión de que los costos de la demencia se dividen en tres componentes: los costos médicos directos (atención médica, medicamentos, pruebas); costos sociales directos (servicio social, guardería); y los costes indirectos (en su mayoría asociados a los cuidados informales). El costo promedio mensual por paciente se estima en US \$ 1.463. Los costos médicos directos representan el 20%, los costes sociales directos el 5% y los costes indirectos el 75% del costo total. El costo medio mensual se encuentra inversamente relacionada con el

NSE, un patrón en gran medida por los costos indirectos. El costo mensual para el NSE alto es de US \$ 1.083 y US \$ 1.588 para el NSE bajo. El análisis de regresión sugirió que la severidad de la demencia y la cuenta de la carga del cuidador se encuentra entre el 49 y el 70% de la diferencia en el costo indirecto a través del NSE. Sin embargo, entre un tercio y la mitad de la variación entre NSE no es debido a un gradiente en la gravedad de la demencia sino más bien a los costos médicos directos que aumentan a mayor NSE, lo que refleja las diferencias en el poder adquisitivo, mientras que los costos indirectos están inversamente relacionados con el NSE y logran compensar las diferencias en los costos médicos. Por otra parte, en los grupos de más bajo NSE, las mujeres cuidadoras, por lo general miembros de la familia que están inactivas en el mercado laboral, proporcionan los cuidados informales. El costo medio anual de demencia en Chile es de (US \$ 17,559 mil), menor en comparación con los países que generan niveles de ingresos más altos (US \$ 39.595) y la proporción de los costos relacionados con el costo informal es mayor (74% comparado con el 40%). Definiendo que el NSE es un factor determinante en el costo de la demencia y que, en ausencia del acceso universal al tratamiento, parte del costo social de la demencia, potencialmente conserva o aumenta la desigualdad de ingresos y género.

Chile es un país poco estudiado en materia coyuntural de rápido desarrollo y envejecimiento. En el 2012, se realizó una publicación de un análisis generado por el Hospital Clínico Universidad de Chile, departamento de Neurología Cognitiva y Unidad de Demencias, en la Universidad de Oxford, en nombre de la sociedad de Gerontológica de América, (Gitlin & Fuentes, 2011), en el que concluyen que los adultos mayores, particularmente aquellos que tienen comprometido recursos económicos y salud, pueden particularmente ser más vulnerables a los factores de estrés social y psicológicos asociados con los procesos de transiciones dramáticas que experimentan, además de los cambios culturales concomitantes. Por otra parte, las mejoras del bienestar económico del país podría pronosticar beneficios imprevistos y oportunidades para los adultos mayores en el futuro, tales como acceso o la creación de tecnologías mejoradas para hacerles la vida más fácil.

Según el mismo estudio, Chile se encuentra en lo que se conoce como una etapa avanzada de transición demográfica, al igual que los países desarrollados, el 22,3% de la población total esta entre el rango etario de 0 a 14 años, el 68,1% de 14 a 64 y el 9,6% son mayores de 65 años. La población mayor de 60 años de edad representa el 13% de la población total (Los demógrafos y la Ley N°19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, consideran envejecimiento de la población de 60 años en adelante). Esto guarda relación con la disminución de la tasa de reemplazo de la población que es de 2,1 hijos promedio por mujer, valor que permite asegurar el reemplazo generacional. En Chile la tasa global de fecundidad (TGF), según el Instituto Nacional de Estadística, es de 1,9 de niños por mujer para el 2014, cifra que habría disminuido para el 2015 a 1,8. (INE, 2017)

En un estudio generado en el 2017, por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los

Alimentos de la Universidad de Chile, (Albala, 2017), se logró observar que la población adulta mayor que cumple con criterios de fragilidad y pre-fragilidad, son altamente prevalentes en la sociedad chilena y que se encuentran fuertemente asociadas a los niveles de deterioro cognitivo y la depresión que este grupo experimenta. Se concluyó que un aumento de la tasa de muerte fue asociado con los grupos de fragilidad, pero el estado cognitivo subyacente es probablemente el componente de menor supervivencia. Situación alarmante ya que, conociendo la expectativa de vida de esta población, resulta imperiosa la necesidad de crear estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno, con el objetivo de disminuir la carga social y mejorar el estilo de vida de estas personas.

Por último, en el año 2016 se publicó un estudio de cohorte, (Ferrecio, 2016) por el Centro Avanzado de Enfermedades Crónicas, la Universidad de Chile y la Universidad Pontificia Católica de Chile, en la región del Maule, específicamente en la comuna de Molina, denominado Maule Cohorte (MAUCO), ya que esta región, que se encuentra en el Centro de Chile, tiene las más altas tasas de mortalidad por Enfermedades Crónicas, (Icaza & Núñez, 2006), con el 46.5% de mortalidad de la población total por enfermedades cardiovasculares y el 61% por enfermedades cerebrovasculares isquémicos, así como la mayor incidencia de cáncer de estómago. Dentro de la Región del Maule, Molina tiene la más alta tasa de mortalidad debido a la diabetes, demencia, de Alzheimer, enfermedades cardiovasculares y neumonía. Por lo que resulta de fundamental importancia profundizar en el estudio de los factores ambientales comunes, ya que podría constituir en el origen de estas enfermedades crónicas, en especial en el deterioro neurocognitivo mayor, ya que estos pudiesen producir una inflamación crónica cerebral y estrés oxidativo.

## IMPACTO SOCIAL Y ECONOMICO

Según un estudio realizado en Brasil y publicado el presente año estima que la prevalencia de la demencia ha aumentado dramáticamente en todo el mundo, pasando de 47,47 millones de personas en el 2015 a un pronosticado 75,63 millones en el 2030 y 135,46 millón en el 2050. Situación que impacta de manera directa y agresiva a la sociedad y gobiernos que deben de aumentar los recursos económicos destinados para cubrir el manejo integral de esta patología.

El mismo estudio demostró que los costos para el tratamiento de la Demencia aumento con el pasar de los años de \$604 mil millones para el 2010 a \$818 mil millones para el 2015. Así como también que con respecto a la transición demográfica, particularmente entre los países de renta media alta, la carga financiera asociada con la aparición de las enfermedades no transmisibles asociadas al envejecimiento humano puede tener un impacto económico sustancial dentro de los sistemas nacionales de la Salud Pública. (Ferretti C, Una evaluación de los costos directos e indirectos de la demencia en Brasil., 2018)

Este estudio llegó a la conclusión de que los costos de la enfermedad no son solo directos

sino también indirectos, demostrando así que del 100% del valor anual destinado para el manejo de esta patología, el 43,1% corresponde a los costos directos, predominantemente sociales, que convertidos a dólar corresponde a la suma de \$308,1 mil millones, así como los costos médicos, que también son directos, y representan el 19,0% de valor total y corresponde a \$136,0 mil millones, y por último el costo indirecto que corresponde a lo invertido en cuidadores informales y representa el 37,9% y estima \$271.1 millones. (Ferretti C, Una evaluación de los costos directos e indirectos de la Demencia en Brasil., 2018)

Esta demostrado que la Demencia no solo compromete la calidad de vida de quienes poseen esta enfermedad, sino también de las familias y el nivel de productividad de cada uno de ellos, pero de los cuidadores de esta clase de pacientes. Es importante que los gobiernos del mundo discutan políticas de salud relacionadas con la demencia y de esta manera poder garantizar la prestación de atención de apoyo adecuada en salud no solo para este grupo de personas sino también de sus respectivos cuidadores.

Estudios han demostrado que el grupo de cuidadores familiares de personas con Demencia lo hacen a un costo considerable para su bienestar propio. Existe un fuerte consenso que indica que el cuidado del adulto mayor con esta discapacidad genera no solo efectos negativos en la parte física sino también mental, donde se describen patologías con un alto índice de prevalencia e incidencia de origen psiquiátrica, depresión y ansiedad. La literatura ya describe un Síndrome conocido como el Del Cuidador, que no es nada que un conjunto de signos y síntomas generados por altos niveles de estrés relacionado a la actividad diaria de cuidado. En este grupo, los más altos índices, los describen las mujeres. (Schulz. & Lynn M. Martire, , 2004)

Los cambios demográficos día a día están conduciendo a cambios mas drásticos con respecto al aumento dramático de las cifras de prevalencia de demencia a nivel mundial, situación que genera que la carga económica sea cada vez mas importante. Para el 2010 el costo total a nivel mundial destinado para el manejo de esta patología fue de US \$817,9 millones, aproximadamente el 1% del producto interno bruto mundial (PIB). Este costo varía ampliamente según el tipo de país. En países de ingresos altos el costo es de 1.2% de PIB y sobretodo es formal. Por el contrario, en países de ingresos bajos solo se destina el 0,24% de PIB y la mayor parte de los costos son informales, demostrando así una clara desigualdad social en salud.

En Chile a pesar de los veintinueve años del retorno de la democracia y estabilidad, así como el crecimiento de su economía, sostenida y constante, la desigualdad de la clases sociales y económicas se ha mantenido perenne. En el 2009 el coeficiente Gini fue de 0.53, inferior a la media de América Latina. Una de las expresiones mas importantes de la desigualdad es la existencia de un sistema de salud de 2 niveles, con un componente privado para los hogares de ingresos económicos más altos y un componente público que opera en más de la tres cuartas partes de la población, con importantes diferencias en cuanto a cobertura y calidad. Si bien la cobertura de la atención médica de la Demencia ha aumentado considerablemente desde 2000, no cubre un plan integral en el manejo y tratamiento de esta patología. (DA, F, J, BudnichM, C, & A, 2017)

La Universidad de Chile y el Departamento de Investigación Académica de Las Facultades

de Medicina y Economía indagaron al respecto del costo del tratamiento de la Demencia en Chile, y de una muestra de 340 muestras por conveniencia, realizada a cuidadores informales, indicó que el costo de la demencia por paciente alcanza un promedio de 915 dólares mensuales, cifra que aumenta a 950 dólares con los costos médicos del cuidador. Además, la investigación advierte que existe una brecha entre los estratos socioeconómicos altos (696 dólares en promedio mensuales) y los más bajos (1.021 dólares), demostrando que la demencia es mas costosa, en 33% en los niveles socioeconómicos más bajos. Además, un cuarto de las personas encuestadas dice que dejan de trabajar para cuidar a un familiar, afectando mayoritariamente a mujeres de entre los 18 y 60 años, situación que impacta de manera directa a los ingresos de los individuos y de la familia. (Campos, 2017)

Situación similar a la ocurrida a nivel mundial con respecto al crecimiento de la prevalencia de la Demencia en relación con la renta de los países, a continuación, la descripción gráfica y proyección por año.

**Figura 1. El crecimiento de la Demencia en numero de personas (en millones) en países de renta económica baja, media y alta.**

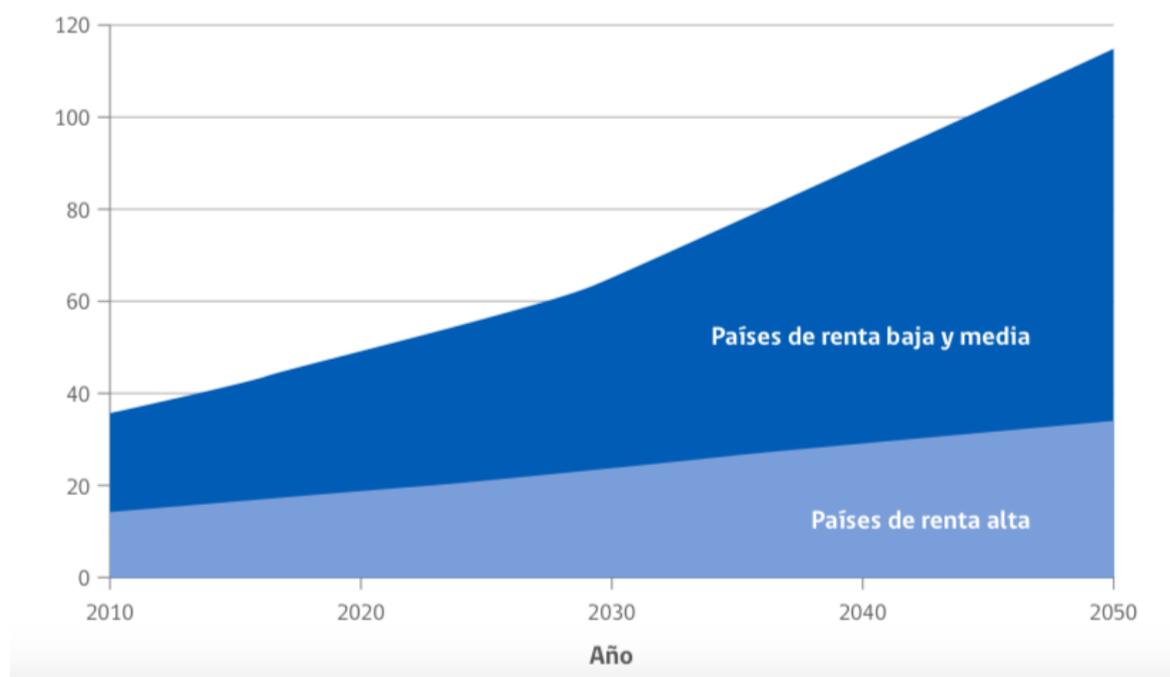


Figura 1.- Alguien en el mundo desarrolla Demencia cada 3 segundos, para el 2015 se estima que existen alrededor de 46,8 millones de personas con algún tipo de Deterioro Neurocognitivo Mayor, cifra que se duplica cada 20 años, por lo que se estima que en el 2017 este numero no será menor a 50 millones, alcanzando los 75 millones en 2030 y proyectándose en 131.5 millones para el año 2050. Este aumento se dará en los países en desarrollo. El 58% de las personas diagnosticadas con esta patología viven en países de

ingresos socioeconómicos bajos y medios, pero para el 2050 esto aumentará a 68%. El crecimiento más rápido en la población anciana se está produciendo en China, India y sus vecinos del Sur de Asia y el Pacífico Occidental. (ADI, 2015)

## IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Demencia en la actualidad se ha convertido en una condición física y mental que a diario afecta a más personas y familias en el mundo, el envejecimiento de la población determina un aumento de la prevalencia e incidencia de las personas afectas por esta patología. Chile no es la excepción, esta patología que genera discapacidad, dependencia y además de otras morbilidades ocupa el 3er lugar de años de vida saludables perdidos (AVISA), en la población generalmente mayor de 65 años (según el Plan Nacional de demencia). En Chile el 1% de la población presenta algún tipo de Demencia y la mayor prevalencia se da en los niveles socioeconómicos bajos y rurales.

Este trastorno neuropsiquiátrico da al 23% de (AVISA), y cada vez su inicio se da en etapas más tempranas de la vida. Por lo que resulta importante llegar oportuna y anticipadamente a la detección de esta enfermedad para su manejo integral y así poder disminuir el costo social y económico que demanda esta patología. Situación que se constituye en un gran reto para el Sistema de Salud en la actualidad.

Considerando los múltiples desafíos que generan las demencias por su complejidad y barreras para la atención es fundamental el diseño registro y sistematización oportuna de los datos estadísticos que generen una identificación del problema, no solo de manera individual sino más bien general, para de esa manera generar políticas que impacten de manera directa a este grupo de personas. Si bien diversos estudios demuestran la importancia de la implementación del manejo personalizado, es importante el monitoreo grupal para la distribución adecuada de los recursos dentro de los diferentes niveles.

En la sociedad chilena existen mitos infundados sobre la Demencia y se asocian principalmente a la alteración de la memoria como parte normal de un envejecimiento, es por ello por lo que la pesquisa generalmente se realiza en etapas más avanzadas, cuando se manifiestan cambios más bien conductuales que cognitivos y afectivos. A pesar de los grandes despliegues en los últimos años de educación pública sobre la demencia, esta continúa siendo la responsable de un gran impacto sobre el portador, cuidador principal / familia y la sociedad en general. En este sentido este trabajo de grado propone responder las siguientes interrogantes:

¿Permiten los registros estadísticos mensuales realizar un monitoreo de las demencias?

¿Se han comportado homogéneamente la prevalencia de la Demencia en las diferentes regiones de Chile?

¿Tendrá la región del Maule un comportamiento similar al resto de las regiones?

¿Es el sexo una variante significativa y homogénea por región?

## OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### OBJETIVO GENERAL

- Describir geográficamente la prevalencia de la Demencia en Chile de la población bajo control en atención primaria, periodo 2011 a 2017.

### OBJETIVO ESPECIFICO

- Diferenciar la prevalencia de la Demencia en la Población bajo control en Chile en la atención primaria por regiones y sexo, en el período 2011 - 2017.
- Identificar la prevalencia de la Demencia de la Población bajo control en Chile en los programas de Atención Primaria en la región de Maule durante el periodo 2011-2017.
- Ilustrar las regiones con mayor índice de prevalencia de Demencia en atención primaria durante el periodo 2011-2017.

## METODOLOGÍA

Primero: Se tomaron datos del Departamento de Estadística e Información del Ministerio de Salud (DEIS), a través de los resúmenes estadísticos mensuales (REM) del 2011 al 2017, que son la fuente oficial del registro histórico de las atenciones otorgadas a la población diferentes establecimientos del Sistema de Salud. Segundo: Luego por medio de Excel se realiza una captación de los datos extraídos del REM, codificados por el CIE 10 y utilizando el apartado de Alzheimer y otras demencias específicamente de atención primaria. Tercero: Se utiliza el Software Stata para la administración de los datos y se considera la población por región extraída del INE.

## DESARROLLO

### A. ANALISIS DE DATOS:

1.- Tasa de prevalencia por demencia en la población bajo control de atención primaria periodo 2011-2017

<b>Región</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Media Nacional	0,853	1,057	1,077	0,616	0,723	0,721	0,940
XV de Arica y Parinacota	1,67	1,61	1,61	0,19	0,27	0,19	0,19
I de Tarapacá	1,46	1,31	1,18	0,11	0,16	0,24	0,24
II de Antofagasta	0,11	1,81	1,35	0,17	0,33	0,62	1,13
III de Atacama	0,14	0,14	0,13	0,20	0,30	0,31	0,50
IV de Coquimbo	0,74	0,85	1,00	0,41	0,62	0,60	0,003
V de Valparaíso	0,50	0,66	0,72	0,38	0,56	0,48	0,73
XIII de Metropolitana	1,09	1,10	1,21	0,67	0,69	0,72	1,01
VI del Libertador Bernardo O'Higgins	0,93	1,32	0,15	0,46	0,48	0,62	1,01
VII del Maule	0,49	1,37	0,72	0,72	1,24	0,90	1,13
VIII del Biobío	1,00	1,04	1,28	0,97	1,04	1,06	1,07
IX de la Araucanía	0,58	0,97	0,76	0,48	0,78	0,76	0,96
XIV de los Ríos	0,75	1,30	1,25	1,66	0,57	0,56	1,11
X de los Lagos	0,57	0,75	0,65	0,57	0,93	1,10	1,41
XI de Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	0,48	0,60	0,20	0,54	2,57	0,58	0,73
XII de Magallanes y la Antártica	0,55	0,74	0,88	0,44	0,41	0,49	1,67

2.- Tasa de prevalencia de la población femenina bajo control en atención primaria

<b>Región</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nacional	0,25	0,31	0,3	0,2	0,24	0,23	0,31
XV de Arica y Parinacota	0,34	0,34	0,38	0,05	0,08	0,070	0,04
I de Tarapacá	0,32	0,29	0,27	0,04	0,05	0,078	0,09
II de Antofagasta	0,03	0,56	0,38	0,06	0,11	0,182	0,41
III de Atacama	0,05	0,05	0,04	0,07	0,13	0,123	0,2
IV de Coquimbo	0,2	0,22	0,27	0,13	0,19	0,190	0
V de Valparaíso	0,14	0,19	0,21	0,11	0,16	0,15	0,22
XIII de Metropolitana	0,33	0,32	0,35	0,22	0,24	0,24	0,35
VI del Libertador Bernardo O'Higgins	0,23	0,35	0,39	0,15	0,14	0,19	0,34
VII del Maule	0,15	0,47	0,21	0,21	0,4	0,27	0,35
VIII del Biobío	0,29	0,31	0,37	0,3	0,33	0,33	0,32
IX de la Araucanía	0,18	0,31	0,21	0,15	0,23	0,22	0,31
XIV de los Ríos	0,21	0,37	0,36	0,66	0,2	0,19	0,4
X de los Lagos	0,17	0,22	0,21	0,19	0,31	0,39	0,46
XI de Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	0,1	0,18	0,05	0,14	0,74	0,13	0,25
XII de Magallanes y la Antártica	0,18	0,22	0,29	0,13	0,13	0,14	0,55

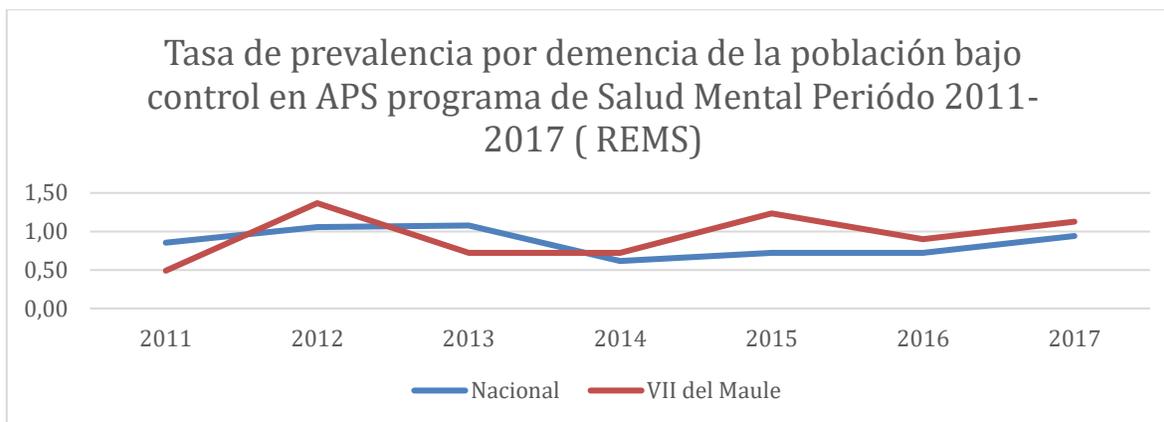
3.- Tasa de prevalencia de la población masculina bajo control en atención primaria programa de salud mental.

<b>Región</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nacional	0,35	0,42	0,45	0,2	0,24	0,25	0,3
XV de Arica y Parinacota	0,99	0,93	0,86	0,1	0,1	0,05	0,12
I de Tarapacá	0,9	0,8	0,7	0,04	0,07	0,1	0,08
II de Antofagasta	0,06	0,81	0,68	0,06	0,13	0,3	0,38
III de Atacama	0,04	0,04	0,05	0,08	0,06	0,07	0,13
IV de Coquimbo	0,34	0,41	0,46	0,14	0,24	0,22	0
V de Valparaíso	0,21	0,27	0,28	0,15	0,22	0,18	0,27
XIII de Metropolitana	0,4	0,42	0,48	0,2	0,2	0,22	0,28
VI del Libertador Bernardo O'Higgins	0,49	0,63	0,74	0,16	0,2	0,24	0,33
VII del Maule	0,19	0,41	0,29	0,3	0,42	0,35	0,41

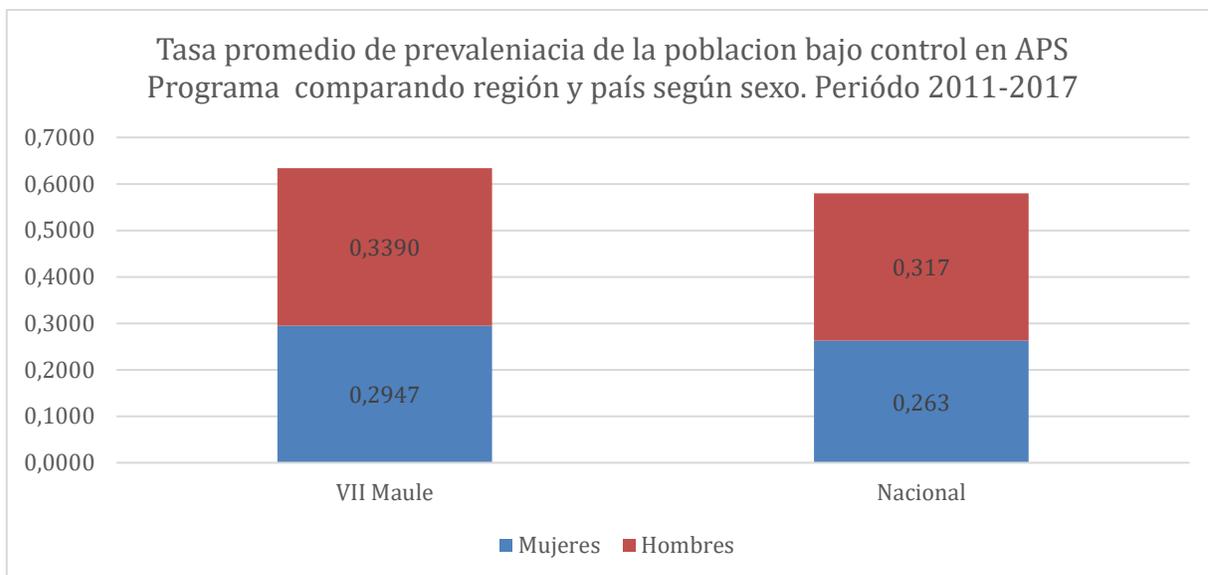
VIII del Biobío	0,41	0,41	0,52	0,34	0,36	0,38	0,4
IX de la Araucanía	0,22	0,34	0,32	0,17	0,31	0,3	0,31
XIV de los Ríos	0,34	0,56	0,53	0,35	0,17	0,17	0,31
X de los Lagos	0,23	0,31	0,24	0,19	0,33	0,33	0,49
XI de Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	0,32	0,28	0,12	0,29	1	0,36	0,28
XII de Magallanes y la Antártica	0,22	0,35	0,34	0,19	0,16	0,24	0,64

## Objetivo II

- Identificar la prevalencia de la Demencia de la Población bajo control en Chile en los programas de Atención Primaria en la región de Maule durante el periodo 2011-2017.



Podemos observar que la región del Maule durante el periodo 2011-2017 fluctúa por sobre y debajo de la media nacional. Existieron dos Pink el año 2012 y el 2015, y desde el 2016 al año 2017 presenta una tendencia al aumento igual que el nacional.

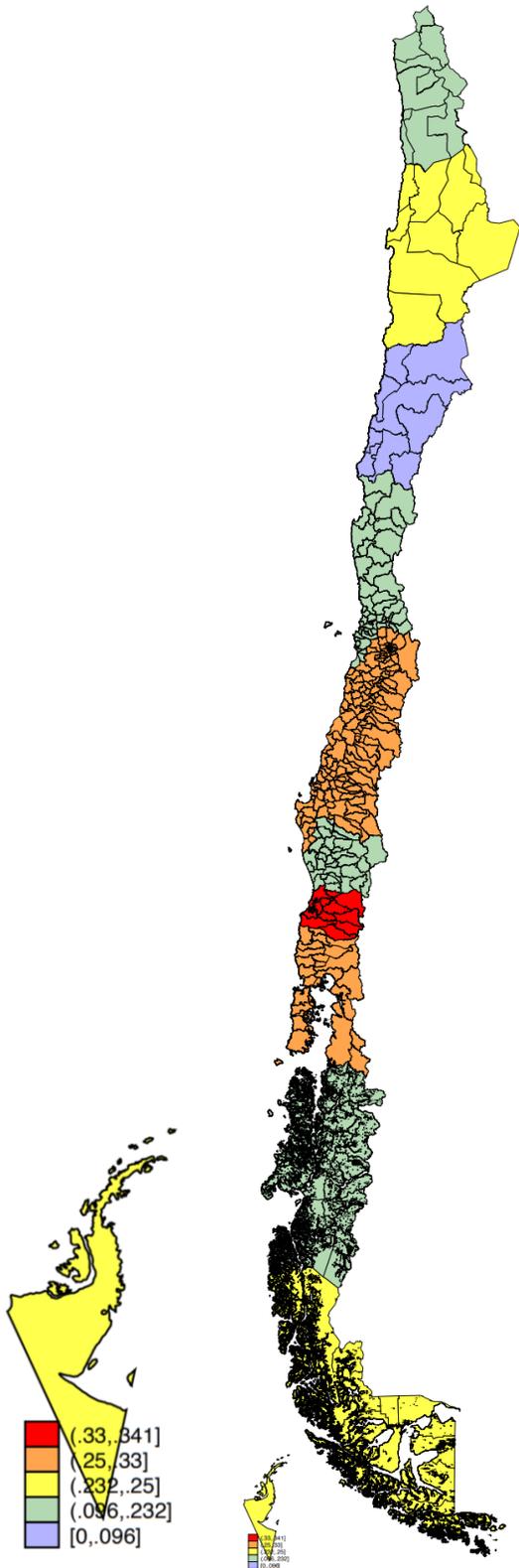


En cuanto al promedio nacional de hombres y Mujeres, Maule se encuentra por sobre la media nacional.

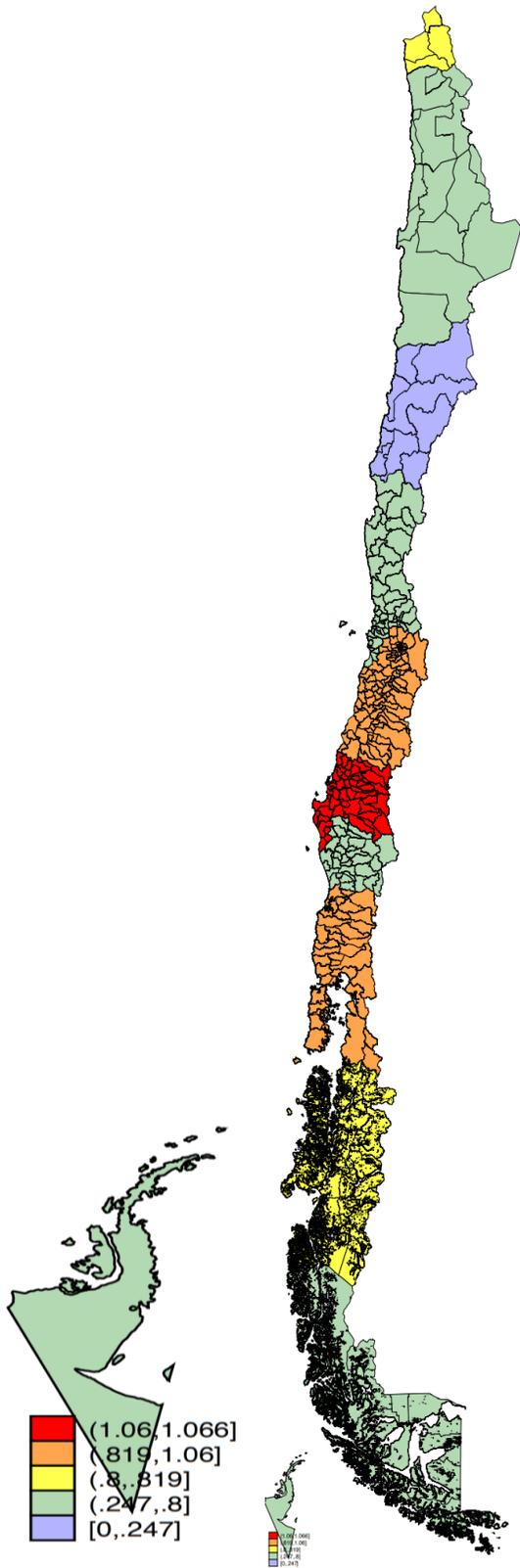
Objetivo III



# Mujeres



Total



## B. REFLEXIONES:

Estos análisis de los registros de la población en control con demencia en centros de atención primaria han dado lugar a las siguientes reflexiones:

- Los registros estadísticos actuales: No permiten realizar un monitoreo de la demencia, ya que el dato que se cuenta es solo el número de hombres y mujeres que han recibido atención en el programa de atención primaria no el total de personas portadoras de Demencia.
- En cuanto a la calidad del dato: No permite tener claridad si existe un monitoreo efectivo de las personas que asisten atención primaria con demencia, ya que este presenta frecuencias atípicas de registro lo que dificultan un análisis más transversal. Sería interesante poder registrar que tipo de demencia presentan los usuarios o que factores de riesgo tenían asociado permitiendo realizar un análisis más profundo de la interacción de los factores modificables, la educación, las oportunidades sociales y la región, el género o la etnia permitiendo abordarlos con planes de prevención más georreferenciados.
- El cálculo de la prevalencia: En Chile al igual que otros países tiene limitaciones metodológicas importantes.
- Existen regiones como Magallanes, Lagos y Antofagasta donde existe una mayor prevalencia el de la población en control femenina en atención primaria el 2017 con Demencia que no podemos dar cuenta que exista necesariamente un mayor índice de demencia, sería interesante indagar aspectos referente a las estrategias de los equipos para la adhesión a los programas, las ocupaciones de las mujeres que participan, los niveles de escolaridad y los factores de riesgo de salud como accidentes vascular, uso o contacto con pesticidas entre otras.
- En las regiones de Magallanes, Los Lagos y Maule existe una mayor prevalencia el de la población en control masculina en atención primaria el 2017 con Demencia que no podemos dar cuenta que exista necesariamente un mayor índice de demencia, sería interesante indagar aspectos referente a las estrategias de los equipos para la adhesión a los programas, las ocupaciones de los hombres que participan, los niveles de escolaridad y los factores de riesgo de salud como accidentes vascular, uso o contacto con pesticidas entre otras.
- Según los datos entregados por Casen 2015 y 2018 las regiones que cuentan con más hogares carente de escolaridad entendiéndose con esto Un hogar es carente

en escolaridad si al menos uno de sus integrantes mayores de 18 años ha alcanzado menos años de escolaridad que los establecidos por ley, de acuerdo con su edad coinciden con las regiones de Los Lagos y Del Maule que tienen mayor población en control promedio.

## Bibliografía

- Black, & Andreasen. (2015). *Texto Introductorio a la Psiquiatría*. Mexico: El Manual Moderno.
- Russo, M. J., & Bartolini, L. C. (03 de Julio de 2012). *Science Direct*. Obtenido de Neuología Argentina:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1853002812000389>
- Black, & Andreasen. (2015). Trastornos Neurocognitivos. En Black, & Andreasen, *Texto Introductorio a la Psiquiatría* (págs. 474, 475). Mexico: El Manual Moderno.
- Jones, D. S., & Greene, J. A. (11 de Febrero de 2016). *The Journal New England*. Obtenido de Perspective (History of Medicine):  
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1514434>
- Satizabal, C. L., Beiser, A. S., & Chouraki, V. (10 de Febrero de 2016). *The Journal New England*. Obtenido de Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1504327>
- O.M.S. (1 de Enero de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS:  
<http://www.who.int/countries/chl/es/>
- Broche, Y., Fernandez, Z., Gonzalez, B., & Hernandez, M. (26 de Febrero de 2018). Conocimiento público y creencias sobre las demencias: un estudio preliminar en la población cubana . (S. E. Neuología, Ed.)  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318300987> .
- MetLife, F. (2006). *Americans fear Alzheimer's more than heart disease, diabetes or stroke, but few prepare*. New York: MetLife Foundation. New York: Health Awareness.
- Romero, F., Dominguez, R., R, B., & Rodriguez, O. (11 de 2015). DEMENCIAS. *ACTUALIZACIÓN* , 4297.
- NEUROLOGIA, S. E. (2014). A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the Phototest for cognitive impairment and dementia. *PubMed* , 7.
- Córcoles D, e. a. (2017). Síntomas neuropsiquiátricos como factor de confusión en la detección de la demencia. *Elsevier España* , 6.
- Tuero, G. C. (2010). Perception, attitudes and needs of Primary Care professionals as regards the patient with dementia. *PubMed* , 589-590-591.
- FMI. (01 de Enero de 2018). *Fondo Monetario Internacional*. Recuperado el 2018, de La Tercera.: <http://d2vpb0i3hb2k8a.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/7/2018/01/26/ranking.png>
- Fuentes, P., & Albala, C. (8 de Diciembre de 2014). *PubMed*. Obtenido de Demend Neuropsychol: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619178/>
- Hojman, D., Duarte, F., Ruiz-Tagle, J., BudnichM, Delgado, C., & Slachevsky. (7 de Marzo de 2017). *PubMed*. Obtenido de Plos One:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340351/>
- Gitlin, L. N., & Fuentes, P. (22 de Diciembre de 2011). The Republic of Chile: An Upper Middle-Income Country at the Crossroads of Economic Development and Aging. *OXFORD JOURNALS* , 304.
- INE. (25 de Agosto de 2017). *INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA DE CHILE*. Obtenido de ine.cl: <http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/08/25/nacimientos-en-chile-disminuyeron-2-5-entre-2014-y-2015>
- Albala, C. (2017). Frequency of frailty and its association with cognitive status and survival in older Chileans . *Clinical Interventions in Aging* , 1000.

Ferreccio, C. (2016). Study protocol for the Maule Cohort (MAUCO) of chronic diseases, Chile 2014–2024 . *BMC Public Health* , 2.

Icaza, M. G., & Núñez, M. (1 de Abril de 2006). *Atlas de Mortalidad de Enfermedades Cardiovasculares* . Obtenido de pifrecv.otalca.cl:  
[http://pifrecv.otalca.cl/docs/Atlas\\_de\\_Mortalidad\\_por\\_Enfermedades\\_Cardiovasculares.pdf](http://pifrecv.otalca.cl/docs/Atlas_de_Mortalidad_por_Enfermedades_Cardiovasculares.pdf)

O.M.S. (12 de Diciembre de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de DEMENCIA: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

O.M.S. (12 de Diciembre de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de DEMENCIA: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Pichot, P. (1995). Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos . En J. J.-I. Aliño, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 129). Barcelona : DSM-IV.

OPS. (1 de Enero de 2013). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD*. Obtenido de DEMENCIA:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256\\_spa.pdf;jsessionid=3D7C18CCB16DDC2494A68EF2F2FA5C07?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=3D7C18CCB16DDC2494A68EF2F2FA5C07?sequence=1)

Ferretti C, S. F. (2018). Una evaluación de los costos directos e indirectos de la demencia en Brasil. *PLoS ONE* , 12.

Ferretti C, S. F. (2018). Una evaluación de los costos directos e indirectos de la Demencia en Brasil. *PLoS ONE* , 11.

Schulz., R., & Lynn M. Martire, . (2004). Cuidado familiar de personas con demencia. *Am J Psychiatry Geriatr* , 242.

DA, H., F, D., J, R.-T., BudnichM, C, D., & A, S. (2017). El coste de la demencia en un país desigual: El caso de Chile. *PLoS ONE* , 2.

Campos, M. T. (27 de Agosto de 2017). *Universidad de Chile*. Obtenido de Uchile.cl:  
<http://www.uchile.cl/noticias/114673/tratamiento-de-demencia-en-chile-es-mas-caropara-estratos-mas-pobres>

ADI. (2015). *Dementia statistics*.