

# Revisión

## CAMDEX y demencia en Mallorca. Un estudio piloto

G. Caffaro Rovira, R. Leal Feito, J. Mesquida Estelrich, L. Caldentey Manresa, M. Meseguer Barrios, F. Díaz Beunza\*

### Introducción

El incremento de la esperanza de vida de los individuos residentes en países occidentales, conseguido, gracias a una mejora de las condiciones sanitarias, dietéticas y laborales, y a un descenso actual de la tasa de natalidad, nos da como resultado una inversión progresiva de la pirámide poblacional, generándose así nuevos problemas sanitarios, derivados de la aparición de un número creciente de individuos afectados por enfermedades invalidantes y degenerativas.

La demencia, cuyo riesgo de padecerla, se incrementa con la edad, es una de ellas y si bien no existe un acuerdo en la prevalencia de los individuos que la padecen o la padecerán, sí existe un acuerdo en la hipótesis de que dicha prevalencia aumentará fuertemente en un futuro, proporcionalmente al aumento de la esperanza de vida de la población.

Disponemos de varias herramientas de trabajo para abordar poblaciones geriátricas en busca de individuos afectados en mayor o menor grado del síndrome de demen-

cia. Una de ellas es CAMDEX publicado en 1988, por Martin Roth y Felicia Hupperth. Es un test que consta de 334 ítems, divididos en ocho secciones donde se incluyen instrumentos como el MMSE de Folstein y el CAMCOG de Roth, además de escalas que ayudan al diagnóstico diferencial con la demencia, como la organicidad, la depresión o los accidentes vasculares del individuo y la escala de Hachinsky para la isquemia.

El objetivo de nuestro estudio fue conocer la herramienta diagnóstica CAMDEX y sus problemas concretos.

### Material y métodos

CAMDEX es un test con ocho secciones de desarrollo progresivo, y requiere en su conjunto para su aplicación de una hora aproximadamente, por individuo entrevistado.

La primera sección, recoge los antecedentes personales y familiares y pretende reflejar el estado actual de los individuos en su globalidad somatopsíquica.

En la segunda sección, se aborda un examen cognoscitivo donde se exploran las áreas correspondientes de orientación, lenguaje, atención, percepción, pensamiento abstracto, cálculo, memoria y praxis. Las observaciones del entrevistador durante la entrevista quedan reflejadas en un tercer apartado de veinticuatro ítems. La cuarta sección (sección D), comprende un breve examen físico que incluye: la toma de tensión arterial, exploración de reflejos, marcha y las alteraciones de la percepción además de signos extrapiramidales, con el ánimo de diferenciar las demencias primarias de las secundarias. La sección E está destinada a las siguientes pruebas complementarias: hemograma, niveles de ácido fólico y vitamina B<sub>12</sub>, T<sub>3</sub>-T<sub>4</sub>, TSH; urea, creatinina, perfil hepático y exploraciones radiográficas opcionales. Los fármacos que el paciente consumía en el momento de la entrevista quedan anotados en el apartado F, mientras que una

\* Asociación para el Estudio de las Demencias.  
Camino de Jesús, 40. 07003 Palma de Mallorca.

posible información adicional, que no haya quedado recogida hasta ahora, se podrá anotar en el apartado G, según criterio del entrevistador.

El apartado H comprende la entrevista con un informante, próximo al paciente. Aquí de una forma estructurada se investigan cambios en la personalidad, en la memoria, en las actividades diarias y el funcionamiento general del individuo. Aparición de trastornos delirantes o trastornos del sueño, depresión, ideas paranoicas o accidentes vasculocerebrales.

Por último el paciente puede quedar incluido en uno de los once diagnósticos siguientes: ausencia de enfermedad, cuatro categorías de demencia (demencia senil tipo Alzheimer, demencia multiinfarto, demencia mixta y la debida a otras causas); dos clases de confusión o delirio (estado confusional y estado confusional con demenciación), depresión, ansiedad o trastornos fóbicos; paranoia y otros trastornos psiquiátricos. La clasificación del test permite establecer diagnósticos, posibles, probables y definitivos efectuándose a través de criterios clínicos y neuropsicológicos conjuntamente, mejorando así la eficacia del instrumento.

Para conocer CAMDEX y sus problemas concretos nuestro grupo realizó un estudio piloto, seleccionando una pequeña muestra poblacional de edad mayor o igual a sesenta y cinco años. El tamaño de la muestra fue de N = 40 individuos pertenecientes a un pueblo rural de Mallorca. La selección al azar permitió entrevistar a:

Varones	18	(45 %)
Hembras	22	(55 %)
Edad media:	74,8 años	
Rango:	65-93	

Los entrevistadores fueron médicos, no entrenados previamente y que tardaron una media de sesenta y un minuto por individuo entrevistado.

Una enfermera, realizó las extracciones de sangre, para determinar un perfil hepático, iones, urea y creatinina, niveles de vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico y hormonas tiroideas además de un hemograma completo.

## Resultados

El total de la muestra de individuos seleccionados al azar para realizar el estudio quedó incluido en él, ya que no hubo rechazo por ninguno de ellos para ser entrevistados ni para la realización de los análisis.

Los resultados anormales en los análisis no se correlacionaron con clínica neurológica alguna de los individuos.

El sesenta (60 %) por ciento de los individuos tomaba algún tipo de medicación, de éstos un quince por ciento (15 %) tomaban alguna medicación tranquilizante (BZD) o de supuestos efectos centrales.

Los diagnósticos definitivos fueron:

Demencias primarias:	5	(12,5 %)
Depresión:	2	(5 %)
Demencia vascular:	1	(2,5 %)
Síndrome confusional:	1	(2,5 %)
Demencia secundaria:	1	(2,5 %)
Pseudodemencia depresiva:	1	(2,5 %)
No valorables:	2	(5 %)
Normales:	27	(67,5 %)

## Discusión y conclusiones

Creemos que el hecho de que participen en el estudio todos los individuos seleccionados en la muestra, fue debido a que los médicos entrevistadores eran del municipio y por tanto suficientemente conocidos.

Los resultados del estudio, aunque con una muestra pequeña, no difieren de las prevalencias publicadas por otros autores. Creemos que los puntos de corte para el test cognitivo deben adaptarse a la realidad del medio donde nos desenvolvemos por su fuerte relación cultura-dependiente. Hemos comprobado mediante el estudio que CAMDEX tiene un diseño de entrevista estructurada muy completa que no requiere un entrenamiento excesivo por parte del personal entrevistador y que puede aplicarse en el tiempo de una hora, ayudándonos a realizar un diagnóstico posible o probable de las demencias. Pero no

por ello soluciona el problema del diagnóstico definitivo de la demencia primaria que todavía se apoya en el diagnóstico anatómico-patológico.

### Bibliografía

1. Roth M, Tym Mounjoy C, Huppert FA, Hendrie H, Verma S y Goddard R. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149: 698-709, 1986.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn. revised. DSM-III-R. Washington, DC: Division of Public Affairs, APA.
3. Folstein MF, Folstein SE y McHugh PR. «Mini Mental State»: a practical method for grading the cog

nitive state of patients for the clinical. *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189-198, 1975.

4. Blessed G, Tomlinson BE y Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114: 797-811, 1968.

5. López Pousa S, Llinas J, Amiel J, Vidal C, Vilalta J. Camdex: Una nueva entrevista psicogeriatrica. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 18; 5: 290-295, 1990.

6. Roth M. The diagnosis of dementia in late and middle life in the Epidemiology of Dementia (eds J.A. Mortimer and L.M. Shumann) Oxford; Oxford University Press, 1981.

7. Anthony JC, Le Resche LA, Niaz U, Von Korff MR y Folstein MF. Limits of the Mini-Mental State as a Screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychological Medicine*, 12: 397-408, 1982.