

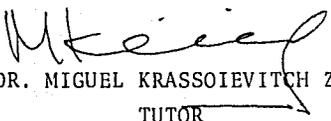
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

11241
19
24

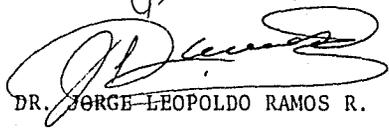
HOSPITAL REGIONAL. "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

"TRADUCCION Y APLICACION DE UN EXAMEN CORTO
DEL ESTADO MENTAL"

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD COMO
MEDICO PSIQUIATRA
P R E S E N T A
ADALBERTO M E N A CALDERA



DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH Z.
TUTOR



DR. JORGE LEOPOLDO RAMOS R.
ASESOR

MEXICO, D.F.

1990





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

	Pág.
Introducción	
Demencia	1
Pacientes y método	15
Procedimiento	17
Resultados	19
Comentario	23
Referencias	26
Anexos	31

I N T R O D U C C I O N
D E M E N C I A

La demencia no era una preocupación primordial de salud pública antes del siglo veinte, sin embargo, actualmente es considerada un problema clínico muy extendido:

"...representa un serio problema de salud mental en los países desarrollados y probablemente pronto lo será en la mayoría de los países" (1).

La prevalencia de demencia severa en la población mayor de 65 años, en Estados Unidos de Norteamérica, se calcula entre 1.3% a 6.2%, mientras que la prevalencia de demencia leve y moderada ha sido reportada entre 2.6% a 15.4% (2). En el mismo país, un millón de pacientes requerían atención institucional a causa de demencia en 1977, y se esperaba un incremento a casi 1.4 millones de pacientes de este tipo para el año 2 000 (3).

El costo estimado para el cuidado de estos pacientes, sobre todo los más afectados, se calcula en billones de dólares. Además el impacto de la demencia en la calidad y forma

de vida de un paciente y su familia puede ser devastador. -- Los miembros de la familia se enfrentan a la perspectiva de -- presenciarse el deterioro gradual en el intelecto, recuerdos y relaciones personales de un ser querido. Pueden encontrarse también ante términos confusos, explicaciones causales inciertas y la carencia de tratamientos definitivos. Su visión del futuro se vuelve poco promisorias al asumir la difícil responsabilidad de proporcionar cada vez más cuidados a su enfermo. Las decisiones sobre el cuidado para el paciente se entremezclan, continua y progresivamente, con la preocupación por el bienestar familiar (4).

Es así que encontramos calificativos como: "la enfermedad del siglo", "problema mayor de salud pública", "la epidemia silenciosa" (5), refiriéndose a la demencia de Alzheimer. Esta "enfermedad peculiar de la corteza cerebral", reportada inicialmente por el psiquiatra y patólogo Alois - - - Alzheimer en 1906, afecta entre uno y dos millones de personas en los Estados Unidos de Norteamérica (6), afecta a una de cada 6 personas con más de 60 años y aumenta exponencialmente a partir de tal edad (7).

La tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R), incluye a la demencia entre los "síndromes mentales orgánicos". Se entiende por síndrome mental orgánico un conjunto de signos y -

síntomas psicológicos o conductuales, sin tener en cuenta su etiología (por ejemplo, síndrome de ansiedad orgánico, demencia); el término "trastorno mental orgánico" designa un síndrome mental orgánico en particular, del que se conoce o presume su etiología (por ejemplo, delirium por abstinencia alcohólica, demencia por infarto múltiple) (8).

En la demencia, de acuerdo al DSM-III-R: "La sintomatología esencial...consiste en un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a un deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de juicio, y otras alteraciones de las funciones corticales superiores o a cambios de personalidad. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y las relaciones con los demás. El diagnóstico de demencia no se establece si tales síntomas sólo aparecen en presencia de una reducción de la capacidad para mantener o dirigir la atención hacia estímulos externos...se da por supuesta siempre la presencia de alguna causalidad orgánica subyacente...puede ser progresiva, estática o en remisión" (9).

Según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); "...la demencia es un síndrome, habitualmente de naturaleza crónica o progresiva en el que hay una deficiencia de todas las funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, orientación, comprensión, cál

culo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio y que está asociada a una condición orgánica que afecta el funcionamiento cerebral. El requisito primario para el diagnóstico de demencia es la evidencia de una declinación de la memoria y el pensamiento, suficientes para provocar un funcionamiento deficiente en la vida cotidiana. La demencia es más que dismemoria; también están afectados el pensamiento y la capacidad de razonar y hay una reducción del flujo de ideas. Para que el diagnóstico de demencia sea posible, la conciencia debe ser clara" (10).

Aunque la demencia se presenta con más frecuencia en las personas ancianas, no es un síndrome exclusivo de ellas, pudiéndose hablar de demencia infantil; "...algunos factores etiológicos específicos pueden causar una demencia a cualquier edad" (11).

En las personas de edad avanzada, la demencia se desarrolla insidiosamente, como resultado de enfermedad cerebral primaria, enfermedades sistémicas, trastornos psiquiátricos o reacción a medicamentos. Frecuentemente no se reconocen con prontitud suficiente (12).

Se considera a la demencia, en general, como un síndrome plurietiológico. En el DSM-III-R se mencionan 23 causas de demencia (13). Otras fuentes refieren que: "pueden -

causar la demencia más de 60 procesos patológicos" (14). La tabla I muestra algunos ejemplos.

TABLA I

PLURIETIOLOGIA DE LA DEMENCIA

Enfermedad de Alzheimer
 Enfermedad de Parkinson
 Enfermedad de Pick
 Enfermedad de Wilson
 Enfermedad de Huntington
 Parálisis supranuclear progresiva
 Tumores cerebrales
 Síndromes paraneoplásicos
 Gliosis subcortical primaria
 Encefalopatía pugilística
 Hematoma subdural
 Intoxicación por metales pesados
 Pelagra. Deficiencia de vitamina B₁₂ o ácido fólico.
 Demencia "sensible a corticoides"
 (sarcoidosis, collagenosis)
 Enfermedad de Whipple
 Porfiria
 Multiinfartos
 Encefalopatía de Biswanger
 Multiembólica

Cardiogénica

Sífilis

Enfermedad de Creutzfeld-Jakob

Hidrocefalia normotensa

Encefalopatía del SIDA

Hipotiroidismo

Hipopituitarismo

Hipo o hiperparatiroidismo

Encefalopatías metabólicas y postanóxicas

Hipo o hipercalcemia

Entre el 50% y el 75% de los pacientes que sufren un proceso demencial tienen enfermedad de Alzheimer (15).

Recordemos que existe controversia respecto al uso de los términos "demencia" y "deterioro", cuando las deficiencias cognitivas y el resto de los síntomas asociados aparecen inscritos en el marco de una enfermedad particular o en presencia del uso de drogas (e.g. hipotiroidismo, corticoides) - (16).

Sin embargo, con los antecedentes mencionados, la identificación del trastorno específico subyacente en un síndrome demencial puede constituir un reto formidable.

Al encontrarnos con un paciente de edad que se queja

de disminución de la energía y entusiasmo, pérdida del interés en asuntos previamente importantes, inestabilidad afectiva e incremento de la ansiedad; deberíamos pensar en la posibilidad de una enfermedad demencial. La evaluación inicial incluye: historia clínica completa, tomada del paciente y otros informantes, exploración física enfocada en las funciones neurológicas, y un examen mental que explore con detalle la orientación, memoria, habilidad de cálculo y el estado emocional del paciente.

En los pacientes ancianos, en particular: "Una buena historia clínica es de importancia capital. Hay que obtenerla de la manera y en el lugar apropiados: con mucha calma y detalle, en un ambiente tranquilamente íntimo, y con la ayuda del familiar más próximo al paciente: hay que ganarse la confianza de éste con todo el esfuerzo; escuchar y preguntar adaptándose al nivel sociocultural de la persona con la que vamos a entablar la entrañable transacción que implica la relación médico-enfermo" (17).

De tal forma, es indudable que el examen clínico no carece de valor, ya que es en cierto sentido, un examen psicométrico, más burdo pero indispensable. Es en él donde se manifiesta la sagacidad del clínico, quien procura y se ingenia para establecer una estimación de la pérdida intelectual.

A la investigación clínica, los psicólogos añaden el valioso apoyo de las pruebas graduadas y validadas. Pichot (1949) da como definición del deterioro mental: la diferencia entre la eficiencia anterior y la eficiencia actual, lo que indica la dificultad de la valoración, puesto que por lo general la eficiencia anterior no ha sido determinada. El interés de la valoración psicométrica se debe a que, en muchos enfermos, que van a consultar al especialista y que viven en su medio familiar existen numerosas formas "infraclinicas" de debilitamiento demencial. "Uno siempre se sorprende al observar hasta que punto estructuras verbales y costumbres espacio temporales pueden engañarnos sobre la degradación de las facultades intelectuales. Se trata éste de un problema cuyo interés práctico va creciendo al compás de la prolongación de la vida humana" (18).

Se ha postulado también la dificultad de encontrar pruebas objetivas que definan la situación mental del anciano a través de tests, cuestionarios o escalas, que deben de ser simples, sencillas y de fácil comprensión para no fatigar al anciano al realizarlos, y así tests como el de Wechsler (WAIS) resultan poco prácticos aun en pacientes sin demencia (19).

Sea cual sea el enfoque, se acepta que una valoración neuropsicológica integral debe cubrir las principales áreas de la función cognitiva: inteligencia, memoria, atención, con

centración, lenguaje, solución de problemas, pensamiento abstracto, lectura, pronunciación y habilidades de cálculo, sensación y percepción, habilidades motoras y aspectos como el nivel de vigilia y el rendimiento mental. Se incluye generalmente alguna valoración de la personalidad.

"las pruebas neuropsicológicas...representan un excelente complemento de la exploración clínica...(pero)..no son suficientes, por sí mismas, para establecer un diagnóstico... se crearon a partir de pacientes con lesiones circunscritas del cerebro, en sujetos adultos...probablemente el punto débil...(es que)...su validez en el enfermo de edad es aun poco conocida" (20).

Las áreas esenciales de la función cognitiva pueden ser evaluadas con diferentes grados de énfasis por pruebas como: la batería neuropsicológica de Halstead-Reitan (21); la batería neuropsicológica de Luria-Nebraska (22); la escala de memoria de Wechsler (23); el test de Rey-Osterrieth (24) y el esquema de diagnóstico neuropsicológico de Ardila-Ostrosky Canseco (25).

La evaluación neuropsicológica de pacientes con síntomas de demencia ha mostrado utilidad para el diagnóstico diferencial, para establecer una línea basal desde la cual valorar la naturaleza y la tasa de la declinación cognitiva, para

el manejo y rehabilitación del paciente y para evaluar la efi
cacia del tratamiento. El diagnóstico diferencial típico in-
cluye distinguir entre condiciones irreversibles, como la de-
mencia tipo Alzheimer y condiciones reversibles como la hidro-
cefalia normotensa, demencias relacionadas con trastornos me-
tabólicos y la pseudodemencia de la depresión (26). Las prue
bas neuropsicológicas formales ayudan a delinear los déficits
cognitivos y conductuales específicos, y proporcionan informa
ción para establecer un plan individual de manejo (27).

En la consulta diaria, se encuentran pacientes que no
requieren la evaluación neuropsicológica integral con los ins
trumentos mencionados arriba. Por razones prácticas, una se-
lección más corta de tareas particularmente sensitivas para -
disfunción orgánica cerebral se han utilizado como "batería -
de tamizaje", esto se encuentra plagado de problemas ya que -
la "organicidad" no es un proceso global y unitario, y los dé
ficits focales se ocultan con frecuencia. El test de tamiza-
je más comunmente usado por los psicólogos clínicos es el --
test gestáltico visomotor de Bender, criticado por su uso -
"continuo e inapropiado" para detectar la presencia de "daño
orgánico cerebral" (28).

No es recomendable que una batería completa de prue-
bas neuropsicológicas sea administrada si la cuestión diagno
s tica es simplemente determinar la ausencia contra la presen-

cia de demencia o la severidad de la misma. Aun así, se han descrito tests como la Escala Extensa para Demencia (EED), - que califica la función intelectual de pacientes con demencia: "Ha sido investigado su uso para discriminar pacientes demenciados de no demenciados, esta escala puede ser útil, particularmente en pacientes de más de 65 años, para ayudar a distinguir la demencia de la normalidad.....La EED tiene alta - sensibilidad y especificidad que apoya la utilidad psicométrica del test. Se ha descrito elevada validez y confiabilidad para el mismo...La administración de esta escala requiere de un psicómetro y se aplica aproximadamente en 20 minutos a sujetos control y en una hora a los pacientes" (29).

El examen cualitativo y detallado del estado mental - puede llevarse a cabo en sujetos hospitalizados (30). Sin embargo, se ha considerado difícil, para el clínico, el llegar a tener completo dominio sobre todos los elementos de tal exploración. Asimismo se dice que el gasto y el tiempo requeridos para una evaluación psicométrica formal, no se justifican en la mayoría de las evaluaciones médicas rutinarias. Lo anterior ha dado lugar al desarrollo de varios exámenes cortos del estado mental para la "detección" de demencia, delirium y trastornos relacionados, en una población general, pacientes internados en hospitales generales y pacientes psiquiátricos (31,32).

Tanto el coeficiente del estado mental de Kahn y asociados (33), como el cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (34), carecen de tareas específicas de aprendizaje y recuerdo. En el examen de tamizaje de capacidades cognitivas de Jacobs y cols. (35) y el test de memoria-concentración descrito por Blessed y cols., 30 o más items deben ser aplicados y calificados por separado. En su forma original, estos tests son voluminosos y algo difíciles de manejar a menos que sean usados con mucha frecuencia (36).

Se ha reportado, que una versión limitada del test de orientación-memoria-concentración distingue entre grados leves, moderados y severos de demencia. Pero este examen corto resulta demasiado sencillo para el paciente ambulatorio corriente (37).

El "miniexamen del estado mental" (mini-mental status test) de Folstein y asociados, es el que ha sido utilizado con mayor frecuencia para fines de tamizaje (38). Ha sido validado en varias formas y en poblaciones grandes (39). Aunque se basa primordialmente en tareas relacionadas con el lenguaje, no parece distinguir entre enfermedad focal y daño hemisférico difuso. En este test solo tres palabras se usan para registro y recuerdo subsecuente. La elección de las palabras no se especifica y se deja a la discreción del examinador. Así, un juego diferente de palabras puede ser usado con

cada paciente, un punto que traería dificultades para interpretar los resultados de la tarea de rememoración (40).

Se ha descrito también, una versión modificada del "miniexamen del estado mental" (3MS), "Un examen más integral, que tiene una puntuación más refinada; promete mayor utilidad en rastreos epidemiológicos y estudios longitudinales" (41).

El examen corto del estado mental de Kokmen y colaboradores, cuya traducción y aplicación son objetivos de este trabajo, contiene muchos de los items que forman parte de los tests mencionados arriba para la evaluación del estado mental. La puntuación total del mismo produjo valores aceptables de sensibilidad y especificidad para detección de pacientes con déficits cognitivos.

Los componentes de este test son items breves y selectivos. Los items de orientación son convencionales, pero la valoración y la calificación de cada uno de ellos es importante. La serie de dígitos es un test simple de atención, la mejor actuación del paciente debe ser anotada. Las palabras a recordar, en el subtest de aprendizaje, se escogieron arbitrariamente, incluyen dos sustantivos comunes, uno fácil de visualizar (manzana), el otro una estructura alargada no tan común (túnel). Las otras dos palabras son; un concepto común pero abstracto (caridad) y un apellido conocido (Sr. Pérez).

Los elementos de cálculo, representan las cuatro operaciones aritméticas básicas (suma, resta, multiplicación y división). Cada una de ellas requiere de cierta capacidad para calcular, no son tan simples como los números derivados directamente de las tablas de multiplicar. Los pares de palabras son items - comunes, presentan una distracción a las cuatro palabras que deben ser, independientemente, aprendidas y retenidas. Los - cuatro items de información son simples, y en algun grado sobrepaprendidos. Para la tarea de definir una isla, se necesita una considerable capacidad para integrar el lenguaje. La tarea de construcción, no solo incluye el hacer una copia de un objeto cotidiano estilizado, sino también dibujar una carátula conceptualizada de un reloj. (42).

En base al examen corto del estado mental descrito en último término, y que se puede utilizar en un servicio de consulta externa, en esta investigación se llevó a cabo la aplicación de una versión traducida de tal examen a dos grupos de pacientes (uno de los cuales incluyó sujetos con diagnóstico de demencia). Se trató de realizar una evaluación inicial de la efectividad del mismo en la detección de déficits cognitivos. Para lograr este objetivo, se efectuó un modelo de investigación tipo encuesta comparativa prospectiva.

PACIENTES Y METODO

Se estudiaron dos grupos de pacientes. Uno formado por personas en las que se hubiese diagnosticado demencia de cualquier causa, incluyendo demencia de causa y mecanismo desconocidos. Se formó un grupo control de pacientes, con otros diagnósticos y que continuaran con sus actividades habituales en el trabajo y/o el hogar.

El total de pacientes en el primer grupo fue de 13 y en el segundo de 15. Se estudiaron en el H.R. "20 de Noviembre"; en el servicio de consulta externa de Psiquiatría.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes que desearan cooperar en el estudio, de ambos sexos, mayores de 50 años, con expediente en el servicio y que hubieran terminado la educación primaria.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes que no desearan participar en el estudio, pacientes con trastorno severo del lenguaje, incapacidad para hablar o entender el español, dolor intenso o conducta que hiciera el examen imposible.

Los criterios de eliminación fueron: documentación de retraso mental, extravío de la cédula de recolección de datos, suspensión de la aplicación del test antes de haberlo terminado de administrar e imposibilidad de localizar el expediente del paciente.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: el examen corto del estado mental de Kokmen y cols. (ECM), descrito en los anexos del presente trabajo, así como la historia clínica del expediente de cada paciente incluido.

PROCEDIMIENTO

Se realizó la traducción del examen corto del estado mental. Esta se presentó al tutor y asesor del estudio, así como en las reuniones de evaluación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la U.N.A.M.

Se cambiaron los ítems número 2 del subtest de aprendizaje; y el 1 y 2 del subtest de información por otros más accesibles para los pacientes de la muestra a estudiar.

Se solicitó a los médicos adscritos y residentes del servicio de Psiquiatría, que informaran sobre los pacientes que llenaran los criterios de inclusión, y que se les pidiera su anuencia para participar en el estudio.

Posteriormente se entrevistaba a cada paciente, se le explicaba el motivo y se aplicaba el examen corto del estado mental. Sólo hubo un contacto con cada paciente para fines del estudio.

Se revisó el expediente de quienes completaron el examen; todos aquellos que llenaran los criterios del Manual --

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - - - (DSM-III-R), para el diagnóstico de demencia pasaron a formar parte del grupo de estudio. Aquellos pacientes que no llenaran estos criterios, y que continuaran trabajando o ejerciendo sus labores en el hogar formaron el grupo testigo.

El análisis estadístico se llevó a cabo con t de Student, para comparación de medias de muestras independientes. Se anotó el promedio (\bar{x}) y la desviación estandar (S). Se calculó la varianza (S^2), para ajustar los grados de libertad en aquellos casos en los que se encontraron razones de varianzas que indicaran heterogeneidad. La asesoría estadística fue proporcionada por el Lic. en Matemáticas Jorge Galicia Tapia del Departamento de Investigación del H.R. "20 de Noviembre".

R E S U L T A D O S

El examen traducido al español se aplicó en total a 28 pacientes, divididos en dos grupos que se incluyeron en el estudio. 35.7% de los sujetos eran varones y 64.3% mujeres. Todos los sujetos que completaron el examen eran diestros en lo concerniente a preferencia manual.

No hubo diferencias significativas en lo referente a edad y escolaridad entre los dos grupos; el promedio de edad en el grupo de pacientes con diagnóstico de demencia fue de 64.8 años y en el grupo control de 62.4 años ($t = 0.76$). Los promedios de escolaridad fueron respectivamente de 9.3 años y 10.5 años ($t = 0.69$).

Se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) para todas las puntuaciones de los subtests, a excepción del subtest de información ($t = 1.45$ con 26 g.l.)

En la puntuación total del test se encontraron también diferencias significativas ($p < .005$).

Los resultados del análisis estadístico de los datos se detallan en las tablas II, III y IV.

T A B L A II

Promedios (\bar{x}), desviaciones estandar (S), y varianzas (S^2) de las puntuaciones obtenidas en el examen corto del estado mental por los pacientes del grupo con diagnóstico de demencia. Se incluyen edad y escolaridad ($n = 13$)

	$\bar{x} \pm S$	S^2
Orientación	6.54 \pm 1.76	3.10
Atención	4.15 \pm 1.40	1.97
Aprendizaje		
Núm. de palabras	3.60 \pm 0.77	0.59
Núm. de intentos	2.50 \pm 0.97	0.94
Cálculo	1.69 \pm 1.50	2.23
Abstracción	0.15 \pm 0.38	0.14
Información	2.20 \pm 1.20	1.53
Construcción	1.70 \pm 1.00	1.06
Recuerdo	0.77 \pm 1.00	1.19
Puntuación total	19.38 \pm 6.60	43.26
Edad	64.80 \pm 7.10	50.70
Escolaridad	9.30 \pm 4.40	19.73

T A B L A III

Promedio (\bar{x}), desviaciones estandar (S), y varianzas (S^2) de las puntuaciones obtenidas en el examen corto del estado mental por los pacientes del grupo control. Se incluyen edad y escolaridad (n = 15)

	$\bar{x} \pm S$	S^2
Orientación	7.90 \pm 0.26	0.07
Atención	6.00 \pm 0.80	0.71
Aprendizaje		
Núm. de palabras	4.00 \pm 0.00	0.00
Núm. de intentos	1.50 \pm 0.70	0.55
Cálculo	2.90 \pm 1.20	1.50
Abstracción	1.80 \pm 1.30	1.74
Información	2.80 \pm 0.90	0.89
Construcción	3.20 \pm 0.90	0.89
Recuerdo	2.00 \pm 1.50	2.29
Puntuación total	30.20 \pm 3.50	12.30
Edad	62.40 \pm 8.80	77.26
Escolaridad	10.50 \pm 4.50	20.40

TABLA IV

Valores calculados t de Student para las puntuaciones de los subtests, puntuaciones totales, edades y escolaridades en la comparación de medias de los grupos a los que se aplicó el examen corto del estado mental.

Orientación	[$t(13) = 2.76; p < .05$]
Atención	[$t(26) = 4.20; p < .05$]
Aprendizaje	
Núm. de palabras	[$t(12) = 1.88; p < .05$]
Núm. de intentos	[$t(26) = 3.04; p < .05$]
Cálculo	[$t(26) = 2.28; p < .05$]
Abstracción	[$t(17) = 4.63; p < .05$]
Información	[$t(26) = 1.45; no se encontró diferencia significativa.$]
Construcción	[$t(26) = 4.02; p < .05$]
Recuerdo	[$t(26) = 2.42; p < .05$]
Puntuación total	[$t(26) = 5.31; p < .005$]

Edad $t(26) = 0.76; no hay diferencias$

Escolaridad $t(26) = 0.69; no hay diferencias$

COMENTARIO

En el presente estudio se realizó la comparación de dos grupos de pacientes, a quienes se aplicó una versión traducida del examen corto del estado mental descrito inicialmente por Kokmen y cols. (42). El número total de pacientes que se logro estudiar no puede ser considerado como una muestra significativa, pero puede servir de base para posteriores trabajos sobre el tema.

Mediante la comparación de los grupos, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del test, lo cual sugiere que éste puede resultar útil para detectar déficits cognitivos. Lo anterior se encuentra paradójicamente apoyado por lo pequeño de la muestra estudiada. Podría, pues, intentarse la determinación ulterior de su validez y confiabilidad, y tratar de establecer el grado de sensibilidad y especificidad del mismo, en la población que acude a este hospital, respecto de trastornos específicos (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer).

Los resultados obtenidos, parecen apoyar la idea de que ninguno de los subtests o componentes del examen son, in-

dependientemente, tan buenos como la puntuación total del mismo. Por consiguiente, el administrar todos los componentes y evaluar el puntaje total tiene un valor definitivo.

Es claro que un test corto como el utilizado en este trabajo no debería utilizarse como la única base para el diagnóstico de demencia, ya que algunos pacientes con demencia pueden puntuar alto, y algunos pacientes no demenciados pueden puntuar bajo en él. Teniendo además en consideración que: "El clínico es quien tiene la responsabilidad de establecerlo o excluirlo...(y)...lo cierto es que todo médico con la motivación, el interés y la preparación suficientes sabe que su labor en ese sentido es insustituible" (25). Hay que tener en mente que en la mayoría de las situaciones, ante un paciente con demencia, una buena dosis de suspicacia y la aplicación de las habilidades clínicas básicas conducirán a un diagnóstico correcto, que puede ser establecido con un alto grado de certeza durante la vida del paciente.

Sin embargo, este tipo de tests, resultan valiosos en el campo de la investigación al proporcionar medidas objetivas para la valoración de los pacientes.

Consideramos pues, que no es la función de este tipo de evaluaciones el "detectar" un padecimiento en particular, "como si se tratara de reacciones químicas que detectan la

presencia de determinadas sustancias" (25). Se trata entonces, de aumentar la precisión de las observaciones del clínico en una búsqueda sistemática y orientada, dentro del contexto de la actividad cotidiana en un servicio de consulta externa.

R E F E R E N C I A S

1. Krassoievitch Z, M.: Demencia presenil y senil Salvat, México, 1988. pág. 7
2. Mortimer, J.A.; Schuman, L.M.: The Epidemiology of Dementia Oxford University Press, New York, 1981.
3. Wang, H.S. en Wells, C.E. (ed): Dementia F.A. Davis, Filadelfia, 1977. pág. 15-26
4. Council on Scientific Affairs.: Dementia JAMA 256:2234 - 2238, 1986.
5. Krassoievitch Z, M.:op. cit. pág. 8
6. Small, G.W.; Greenberg, D.A.: Biologic Markers, Genetics, and Alzheimer's Disease Arch Gen Psychiatry 45:945-947, 1988.
7. Schoenberg, B.S.: Epidemiology of Dementia Neurologic -- Clinics Saunders, Filadelfia, 1986; 4:447-457.
8. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) Masson, Barcelona. 1988. pág. 127.
9. Ibid. pág. 127
10. Krassoievitch Z, M.: op. cit. pág. 10

- 11 American Psychiatric Association.: op. cit. pág. 129
- 12 Council on Scientific Affairs.: op. cit. pág. 2235
- 13 American Psychiatric Association.: op. cit. pág. 130
- 14 Martínez-Lage, J.M.: Envejecimiento cerebral, demencia de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. Medicine 46: - 2952-2958, 1988.
- 15 Council on Scientific Affairs.: op. cit. pág. 2236
- 16 Krassoievitch Z, M.: op. cit. pág. 11
- 17 Martínez-Lage, J.M.: op. cit. pág. 2955
- 18 Ey, H; et. al.: Tratado de Psiquiatría. 8a. ed.Masson, México, 1987. pp. 551-553.
- 19 Herrero, F.J.: Psicología de la Senectud Medicine 46: 2959-2965, 1988.
- 20 Krassoievitch Z, M.: op. cit, pág. 173.
- 21 Boll, T.J.: The Hallstead-Reitan Neuropsychology Battery en Filskov, S.B. y Boll, T.J. (eds): Handbook of Clinical Neuropsychology, Interscience, Nueva York, 1980.
- 22 Golden, C.J.; Hammeke, T.A.; Purisch, A.D.: The Luria-Nebraska Battery Manual Western Psychological Services, - Los Angeles, 1980.
- 23 Wechsler, D.:A standardized memory scale for clinical use J Psychol 19:87-95, 1945.

- 24 Osterrieth, P.A.: Le test de copie d'une figure complexe Arch Psychol 30: 206-256, 1944
- 25 Krassoievitch Z, M.: Demencia presenil y senil Salvat, México, 1988. pp. 177-181
- 26 Reynolds, Ch.F.; et. al: Bedside differentiation of Depressive Pseudodementia from Dementia Am J Psychiatry 145: 1099-1103, 1988
- 27 Becker, B.; Kay, G.G.: Neuropsychological Consultation in Psychiatric Practice Psychiatric Clinics of North America 9: 225-265, 1986
- 28 Bigler, E.D.; Ehrfurth, J.W.: The continued inappropriate use of the Bender Visual Motor Test. Professional Psychol 12: 562-569, 1981
- 29 Lau, C.; et. al: Sensitivity and Specificity of the Extended Scale for Dementia Arch Neurol 45:849-852, 1988
- 30 Strub, R.L.; Black, F.W.: The Mental Status Examination in Neurology. F.A. Davis, Filadelfia, 1977
- 31 Anthony, J.C.; LeResche, L.; Niaz, U.; vonKorff, M.R.; Folstein, M.F.: Limits of the "mini-mental state" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients Psychol Med 12: 397-408, 1982
- 32 Smyer, M.A.; Hofland, B.F.; Jonas, E.A.: Validity study of the short portable mental status questionnaire for the elderly J Am Geriatr Soc 27: 263-269, 1979
- 33 Kahn, R.L.; Goldfarb, A.L.; Pollack, M.; Peck, A.: Brief

- objective measures for the determination of mental status in the aged Am J Psychiatry 117: 326-328, 1960
- 34 Pfeiffer, E.: A short portable mental status questionnaire for assessment of organic brain deficit in elderly patients J Am Geriatr Soc 23: 433-441, 1975
- 35 Jacobs, J.W.; Bernhard, R.M.; Delgado, A.; Strain, J.J.: Screening for organic mental syndromes in the medically ill Ann Intern Med 86: 40-46, 1977
- 36 Blessed, G.; Tomlinson, B.E.; Roth, M.: The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. Br J Psychiatry 114: 797-811, 1968
- 37 Katzman, R.; Brown, T.; Fuld, P.; Peck, A.; Schechter, R.; Schimmel, H.: Validation of a short orientation-memory-concentration test of cognitive impairment. Am J Psychiatry 140: 734-739, 1983
- 38 Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P.R.: "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician J Psychiatr Res -- 12: 189-198, 1975
- 39 Folstein, M.; Anthony, J.C.; Parhad, I.; Duffy, B.; Gruenberg, E.M.: The meaning of cognitive impairment in the elderly J Am Geriatr Soc 33: 228-235, 1985
- 40 Dick, J.P.R.; Guiloff, R.J.; Stewart, A.; Blackstock, J.; Bielawska, C.; Paul, E.A.; Marsden, C.D.: Mini-mental state examination in neurological patients J Neurol Neurosurg Psychiatry 47: 496-499, 1984

- 41 Teng, E.L.; Chui, H. Ch.: The modified mini-mental state (3MS) examination J Clin Psychiatry 48: 314-318, 1987
- 42 Kokmen, E.; Naessens, J.J.; Offord, K.P.: A short test - of mental status: description and preliminary results - Mayo Clin Proceedings 62: 281-228, 1987

A n e x o s

DESCRIPCION DEL EXAMEN CORTO DEL ESTADO MENTAL (ECM)

Generalmente el test es presentado al paciente con una declaración como la siguiente: "ahora quisiera explorar su memoria y otros datos, relájese por favor, ponga atención a las preguntas que le haga y contéstelas lo mejor que pueda".

Orientación.- Se pedía al paciente su (1) nombre completo, (2) dirección, localización actual, esto es, (3) edificio, (4) ciudad y (5) estado. La fecha, (6) ya sea el día de la semana o el día del mes, (7) el mes y (8) el año. Cada respuesta correcta vale un punto, la puntuación máxima es 8.

Atención.- Se le dice al paciente: "le voy a decir una serie de números, ponga atención por favor, espere a que yo termine y luego repítamelos en el mismo orden que se los dije". Generalmente se dice una serie de 5 dígitos al paciente. Si responde correctamente se incrementa a 6 y luego a 7. Se registra la mejor actuación del paciente. si es capaz de repetir siete dígitos consecutivos el test termina. El número de dígitos repetidos correctamente es la puntuación; la máxima es siete, la mínima cero.

Aprendizaje.- Se le dice al paciente: "le voy a decir cuatro palabras, por favor apréndalas y téngalas en mente y - me las repite las veces que se lo pida". Las cuatro palabras son siempre: "manzana", "Sr. Pérez", "caridad", y "túnel". - Se pide al paciente que las repita. Si las aprende en la primera oportunidad se prosigue con el siguiente subtest. Si el paciente no fue capaz de aprender las cuatro palabras, se le repite en un máximo de cuatro ocasiones, y se registra el número de veces que el paciente requirió que se le repitieran - para aprender las cuatro palabras. Si el paciente no pudo - aprender las cuatro palabras al final de la cuarta oportuni-- dad se registra su mejor actuación (el número de palabras - aprendidas y el número de veces que se le repitieron). El -- aprendizaje se califica en dos partes. Se gana un punto por cada palabra aprendida (un máximo de 4 puntos). Uno menos - que el número de oportunidades (un máximo de 4) requeridas para aprender las palabras, es restado de la puntuación total. Por lo tanto los valores restados deben estar entre 0 y 3.

Cálculo aritmético.- Se pide al paciente que multiplique 5 por 13, que reste 7 de 65, que divida 58 entre 2 y que sume 11 y 29. Cada respuesta correcta gana un punto y la puntuación máxima es cuatro.

Abstracción.- Se usa la interpretación de similitudes como test de abstracción. Los pares de palabras son los si--

güentes: naranja/plátano; caballo/perro y mesa/librero. Se otorga un punto por cada par sólo para interpretaciones definitivamente abstractas (por ejemplo, caballo/perro = animal). Las interpretaciones concretas o la incapacidad para ver una similitud no obtiene puntos para ese par de palabras. La puntuación máxima es 3.

Información.- Se pide al paciente que nombre al presidente actual de la República Mexicana, que diga quien fue el descubridor de América, que diga el número de semanas en un año y que defina una isla. Cada respuesta correcta gana un punto y la puntuación máxima es 4.

Construcción.- Se pide al paciente que dibuje la carátula de un reloj marcando las 11:15 y también que copie un cubo tridimensional. El paciente puede ver el diagrama de un cubo mientras dibuja su propia versión. Por cada construcción, un dibujo conceptualmente adecuado se califica con 2, un dibujo menos que completo obtiene una marca de 1 y la incapacidad para llevar a cabo la tarea obtiene una puntuación de cero. La puntuación máxima para la tarea de construcción es 4.

Recuerdo.- Al final del examen se pide al paciente que repita las cuatro palabras del subtest de aprendizaje. No se proporcionan pistas ni recordatorios. El paciente gana

un punto por cada palabra que recuerda y la puntuación máxima es 4.

Puntuación total.- La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los 8 subtests. La máxima posible es 38.

RESUMEN DEL EXAMEN CORTO DEL ESTADO MENTAL (ECM)

SUBTEST	MAXIMA PUNTUACION POSIBLE
Orientación	8
Atención	7
Aprendizaje	
Número de palabras aprendidas (un máximo de 4)	4
Número de oportunidades (un máximo de 4) para aprenderlas - 1	
Cálculo aritmético	4
Abstracción	3
Información	4
Construcción	4
Recuerdo	4
Puntuación total*	38

*Puntuación total = suma de las puntuaciones de los subtests - (Número de oportunidades para aprenderlas - 1). Por ejemplo si un paciente aprendió las cuatro palabras en la primera --

oportunidad no se resta nada de la suma de las puntuaciones de los subtests. Si un paciente requirió cuatro oportunidades para aprender algunas o las cuatro palabras, entonces se resta tres de la suma de las puntuaciones de los subtests.

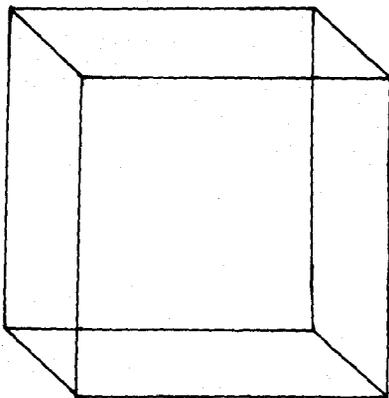


Fig 1. Cubo tridimensional que se pide copien los pacientes, en el componente de construcción del examen corto del estado mental.

EXAMEN CORTO DEL ESTADO MENTAL (ECEM)

ORIENTACION: (se registran las respuestas correctas)

Nombre completo (); dirección (); localización -
actual: edificio (); ciudad (); estado (); fecha: día -
de la semana o día del mes (); mes (); año ().

TOTAL _____ (MAXIMO 8)

ATENCION: "Le voy a decir una serie de números, por favor --
póngales atención, espere a que termine y repítamelos en el -
mismo orden en que se los dije". (Iniciar con serie de 5 dígi
tos y aumentar hasta 7).

NUMERO DE DIGITOS REPETIDOS CORRECTAMENTE _____ (MAXIMO 7)

APRENDIZAJE: "Le voy a decir cuatro palabras, por favor, - -
apréndalas y me las repite cuando yo se lo pida". ("MANZANA",
"SR. PEREZ", "CARIDAD", "TUNEL").

NUMERO DE PALABRAS APRENDIDAS _____ (MAXIMO 4)

NUMERO DE INTENTOS PARA EL APRENDIZAJE _____ (MAXIMO 4)

CALCULO: (se registran las respuestas correctas)

"Multiplique 5 por 13" (); "reste 7 de 65" (); -
"divida 58 entre 2" (); "sume 11 y 29" ().

TOTAL _____ (MAXIMO 4)

ABSTRACCION: (semejanzas, un punto por cada interpretación de
finitivamente abstracta).

Naranja/plátano (); caballo/perro (); mesa/libre-
ro ().

TOTAL _____ (MAXIMO 3)

INFORMACION: (se registran respuestas correctas)

Presidente actual de la Rep. Mexicana (); Descubridor de América (); número de semanas en un año (); defina una isla ().

TOTAL _____ (MAXIMO 4)

CONSTRUCCION:

Dibuje la carátula de un reloj que marque las 11:15

2 1 0

Copia de un cubo tridimensional

2 1 0

TOTAL _____ (MAXIMO 4)

RECUERDO: Repetir las cuatro palabras del subtest de aprendizaje (un punto por cada palabra) TOTAL _____ (MAXIMO 4)

PUNTUACION TOTAL _____ (MAXIMO 38)

SEXO _____

EDAD _____

ESCOLARIDAD (AÑOS) _____

ESTADO CIVIL _____

OCUPACION _____

DIAGNOSTICO _____

PREFERENCIA MANUAL _____

EXPEDIENTE _____

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA
(DSM-III-R)

A. Pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto y largo plazo. El deterioro de la memoria a corto plazo - (incapacidad para aprender nueva información) se manifiesta - a través de la incapacidad de recordar el nombre de tres objetos al cabo de cinco minutos. El deterioro de la memoria a - largo plazo (incapacidad para recordar una información que - era conocida en el pasado) se manifiesta a través de la incapacidad para rememorar hechos del propio pasado del sujeto - (por ejemplo, lo que le ocurrió ayer, lugar de nacimiento, - profesión) o hechos conocidos por todos (por ejemplo, presidentes anteriores, fechas señaladas).

B. Al menos uno de los siguientes síntomas:

1) deterioro del pensamiento abstracto, manifestado - por la incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias - entre palabras relacionadas entre sí, dificultad en la definición de palabras y conceptos, así como en otras tareas similares;

2) deterioro de la capacidad de juicio, indicado por la incapacidad de tomar medidas razonables en cuanto a cuestiones y problemas relacionados con el trabajo o el contacto interpersonal y familiar;

3) otros trastornos de las funciones corticales superiores, como afasia (trastorno del lenguaje), apraxia (incapacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la comprensión y la función motora están intactas), agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial se halla intacta), y "dificultades constructivas" (por ejemplo, incapacidad para copiar figuras tridimensionales, ensamblaje de bloques, o poner palillos en orden de acuerdo con modelos específicos);

4) modificaciones de la personalidad (alteración o --acentuación de los rasgos premórbidos).

C. La alteración en A Y B interfiere de forma significativa en las actividades laborales o sociales habituales, o en las relaciones con los demás.

D. No aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. Además 1) o 2):

1) demostración, a través de la historia, el examen físico, o las pruebas de laboratorio, de una causa (o factor) orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración;

2) en ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atri-

búirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico (por -- ejemplo, una depresión mayor que fuera responsable del dete-- rioro cognitivo).