



11227
12
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**EVALUACION DE LOS
TRASTORNOS COGNOSCITIVOS
EN LA EDAD AVANZADA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA INTERNA

PRESENTA :

LETICIA BOETA ANGELES

NOVIEMBRE DE 1991





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

Antecedentes	1
Material y Metodos	8
Resultados	77
Discusión	10
Conclusiones	16
Bibliografía	24

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población en los años recientes ha incrementado la atención de los problemas biológicos, sociales y médicos de la senectud. Los cambios psicológicos asociados al envejecimiento ocupan un lugar importante en la investigación de este campo. La probabilidad de alteraciones mentales aumenta con la edad, y una parte de este aumento esta asociado a los cambios degenerativos.

Los médicos han reconocido la demencia como una entidad común en la vejez. Sin embargo, es recientemente cuando se han hecho estudios de investigación epidemiológica, habiendose iniciado en Noruega en 1951 ⁽¹⁾ siendo los Estado Unidos de Norte América y la Gran Bretaña los países que hasta el año de 1985 tenían el mayor número de estudios de prevalencia publicados. En nuestro país ni en América Latina existe ningún estudio al respecto. Se han realizado diferentes calculos de prevalencia de demencia en ancianos, (2, 3, 4, 5, 6, 7). En una revisión de estudios se encontró que 11.5-13.7% de la población de 75 años o más cursa con demencia de moderada a severa. Sin embargo, existen otros estudios en donde la prevalencia de demencia severa fue de 1.6% en personas que viven en su casa, y de 4.5% en personas que se encuentran en alguna institucion, siendo éstos datos contrastantes con un reciente estudio en Newcastle que encuentra una prevalencia de 13%; encontrándose también una prevalencia de 50% en asilos.

En el envejecimiento normal hay una continuidad de las funciones mentales superiores o bien una mínima reducción de estas, que no interfieren con actitudes de la vida diaria, considerandolos con ello como dentro de la normalidad.

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por deterioro progresivo en varias funciones corticales intelectuales incluyendo la memoria, raciocinio, lenguaje y comportamiento que impiden la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria.⁽⁶⁾ Es un trastorno que es mal entendido, múltiples enfermedades se relacionan con demencia, por lo que se ha utilizado una clasificación en la que se categoriza la demencia de la siguiente manera: Demencia sola, si se encuentra demencia relacionada a signos neurológicos; y en asociación con una enfermedad sistémica. En los ancianos puede ser difícil distinguir clínicamente entre depresión y demencia; para poder hacer una distinción deben buscarse signos y síntomas característicos de depresión, como retardo psicomotor, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, etc., (8, 9, 10).

En Estados Unidos de Norte América se reconoce la enfermedad de Alzheimer como un problema de salud pública importante, (11, 12, 13, 14, 15) por lo que la medición de los cambios cognoscitivos patológicos se ha convertido en un área importante, y se han desarrollado múltiples pruebas de escrutinio, diagnóstico y seguimiento a largo plazo, tanto en pacientes en comunidad como institucionalizados. (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24)

Aproximadamente el 15% de los pacientes con pérdidas crónicas de las funciones mentales superiores tiene causas tratables de demencia las que incluyen medicación, insuficiencia renal, anemia, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad tiroidea, deficiencia de vitamina B12 y depresión. Aproximadamente el 15-25% de los pacientes ancianos con demencia tienen enfermedad vascular cerebral, incluyendo infarto, infartos lacunares o "demencia multiinfarto". (25,26,27,28,29)

Se ha postulado que algunos factores influyen en la prevalencia de demencia; ⁽³⁰⁾ entre ellos se encuentra la edad. Existe una clara evidencia de que la demencia está asociada con la edad, aunque Herderson y Huppert (1984) han descrito que existe una caída rápida en algunos estudios de prevalencia por arriba de los 85 años. Hay una notable evidencia en la longevidad de las mujeres, así como de mayor frecuencia de enfermedades mentales en éstas, lo cual es apoyado por casi todos los estudios, con excepción de el estudio realizado por Bollerup en 1975. En este se encuentra un exceso en hombres con deterioro cognoscitivo lo cual probablemente esté influenciado por los efectos del alcoholismo. En cuanto a la clase social, existen pocos datos al respecto, pero la mayoría concuerda en que no hay asociación entre la demencia y la clase social, pero se han encontrado mayores frecuencias con un nivel educativo bajo.

Se ha propuesto que al menos la mitad o probablemente el 70% de los pacientes con demencia padezcan la enfermedad de Alzheimer, enfermedad primaria progresiva crónica de causa desconocida.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo basado en la información obtenida en el Proyecto CUPA un programa de vigilancia epidemiológica, asistencia, enseñanza e investigación que se realiza en el Centro Urbano Presidente Aleman, un multifamiliar construido y propiedad inicialmente del I.S.S.S.T.E., en el que por ese motivo la mayoría de sus habitantes son derechohabientes de la institución. A partir de su creación el proyecto busca (1) identificar a las personas mayores de 60 años que residen en forma permanente en esa Unidad; (2) realizar encuesta de valoración clínica para enfermedades agudas o crónicas en el mismo consultorio o utilizando los recursos del Hospital Regional "20 de noviembre"; (4) vigilar la evolución de los ancianos en forma periodica. Dentro de la información que comprende la encuesta actual se ha incluido el Mini Examen Mental de Folstein (MEMF), una prueba de las funciones mentales superiores publicada en 1975 por Marshal Folstein y Susan E. Folstein, con el proposito de tener un método rápido para valorar las funciones mentales superiores. Aunque no fué el primero ni tampoco es el último ⁽¹⁷⁾, el examen ha tenido un éxito inusitado en vista de que se ha aplicado en otros países, además de que a pesar de ser breve, investiga diferentes áreas intelectuales a diferencia de otros metodos que se limitan a explorar una función (por ejemplo memoria MSQ). Como se señaló, la prueba es breve casi siempre se realiza en 5-10 minutos consiste, en once preguntas en su versión original y permite dar una calificación máxima de 30

puntos y calificaciones menores que denotan diferentes grados de deterioro. En nuestra versión decidimos eliminar un trabalenguas (no ifs, ands or buts), ya que no existe traducción al español, y asignar dos puntos al cumplimiento de órdenes escritas por lo que la evaluación se realiza en 10 preguntas.

Con base en lo anterior, una persona examinada se clasificó con una calificación normal si tenía 30-25 puntos, con deterioro leve si tenía de 24-20 puntos, deterioro moderado con 19-15 puntos y deterioro severo con 14 puntos o menos.

El estudio se realizó en personas identificadas en el Censo de 1991, efectuado de enero a septiembre del mismo año y que consistió en las siguientes partes: 1) visita de puerta en puerta a cada uno de los 1,080 departamentos del Multifamiliar; 2) identificación e invitación a participar; 3) Encuesta en el domicilio; 4) cita y evaluación clínica en el consultorio destinado a las labores del Proyecto dentro de la misma Unidad. Aunque el número de personas que rechazan participar es bajo, muchas de ellas acceden a ser encuestadas pero por diferentes razones no asisten a la valoración clínica complementaria (falta de interés, problemas de horario, incapacidad física). Por esa razón no se ha logrado cubrir el total de censados elegibles con valoración clínica y ha sido necesario repetir indefinidamente las visitas domiciliarias de los casos pendientes.

En el caso de las personas que componen este estudio se incluyeron los elegibles, encuestados y con MEMF; los resultados

corresponden al total de personas con estos criterios, examinados hasta el 30 de septiembre de 1991, y se presentan en forma de distribución de frecuencia y proporciones por grupos de edad, por sexo, por grado de deterioro y relación con enfermedades.

RESULTADOS

Se estudiaron 300 pacientes ambulatorios con edades entre 60 u 95 años de edad (tabla 1), entre los que se encontrarán 64 hombres (21.4%) y 236 mujeres (78.6%) en quienes se aplicó el Mini Examen Mental de Folstein (tablas 2 y 3) en su domicilio o en consultorio. El mayor número de personas se encontró entre el grupo de edad de 60-69 años, 123 pacientes. seguido por el grupo de 70-79 años de edad (120 pacientes), quedando en tercer lugar el grupo de 80-89 años de edad con 49 pacientes, el grupo minoritario fue el de 90 años o más con una población de 8 personas.

Las calificaciones del Mini Examen Mental de Folstein (MEMF), después de la encuesta fueron las siguientes (tabla 4). Ciento cincuenta y cinco pacientes (51.6%) alcanzaron una calificación de 30 puntos (normal), en tanto que en ciento diez (36.6%), se obtuvo una calificación baja pero sin deterioro cognoscitivo; el 88.2% de la población estudiada tuvo una calificación normal. Por otra parte, en el grupo de hombres el 9% presentó un deterioro leve, en los grupos de edad de 70-79 y 80-89 años (7 y 17% respectivamente) en tanto que en el grupo de 90 años o más el 50% presentó deterioro leve. El cuatro por ciento de los pacientes del grupo de 60-69 años tuvo deterioro moderado y no hubo pacientes en otros grupos de edad que lo presentaran. Se encontró deterioro severo en el 8% de los casos del grupo de edad de 80-89 años, coincidiendo también en que no hubo pacientes de otros

grupos de edad que ingresaran a esta clasificación de deterioro (tabla 5).

En el grupo de mujeres de 90 años o más el 33% tuvo deterioro leve, en tanto que entre los 80-89 años sólo el 8% y de los 70-79 años el 4%. Deterioro moderado se encontro en el 8% del grupo de 80-89 años; 2% en el grupo de 70-79 años y el 1% del grupo de 60-69 años; lo que suma un total de 3% del grupo total de mujeres. El deterioro severo se encontro en 3% de la población de mujeres teniendo mayor prevalencia en el grupo de 90 años o más, seguidos por el grupo de 80-89 años (tabla 6).

De las enfermedades que se relacionaron con una calificación baja en el Mini Examen Mental de Folstein (tabla 7) destacan Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, alcoholismo, disminución de la agudeza visual, sordera. Las enfermedades que más se relacionaron con deterioro leve fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus, seguidas por enfermedad vascular cerebral, alcoholismo y disminución de la agudeza visual. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con calificación baja no mostraron relación con otra enfermedad. La hipertensión arterial fue la enfermedad que más se relaciono con deterioro moderado, seguida por diabetes mellitus y disminución de la agudeza visual, y la minoría de los casos no tuvo relacion con alguna enfermedad. En el grupo con deterioro severo la mayoría de los pacientes no presentaron relacion con alguna enfermedad y los que sí se relacionaron, lo hicieron con padecimientos como hipertensión arterial y enfermedad vascular cerebral.

De la población estudiada el 11.6% de los casos tiene algún grado de deterioro cognoscitivo. El deterioro leve se encontró en 6.6% de la población y las enfermedades con las que estuvo más relacionada fuerón la hipertensión arterial y diabetes mellitus. El deterioro moderado que se encontró en 2.4% de la población se relaciono con hipertensión arterial. El deterioro severo (2.6%) se realacionó con hipertensión arterial.

DISCUSION

Existen muchas causas de deterioro cognoscitivo, la cuales abarcan padecimientos orgánicos y psiquiátricos. En su forma más severa este concepto abarca el grupo de demencias, el cual ha evolucionado en los últimos años, de ser un grupo de enfermedades graves y sin remedio hasta reconocerse que a pesar de que en la mayoría no es posible mejorar la calidad de vida ni el pronóstico, existen causas que de corregirse pueden cambiar notablemente las expectativas del paciente.

La epidemiología de los trastornos cognoscitivos ha tenido que evolucionar también ante la necesidad de incorporar nuevos conocimientos acerca de las causas que ocasionan este problema, la aparición de nuevas enfermedades capaces de producirlo (la lesión de sistema nervioso central por VIH es buen ejemplo de lo anterior), la elaboración de nuevos conceptos sobre el origen de los trastornos demenciales (demencias corticales y subcorticales), diferencias clínicas y etiológicas y respuesta terapéutica ^(31, 32, 33), y la importancia que tienen los padecimientos psiquiátricos como causas de deficiencias en la realización de pruebas para valorar las funciones mentales superiores y que puede motivar diagnósticos erróneos. Tampoco debemos olvidar que existen muchas enfermedades de órganos vitales para el funcionamiento adecuado del Sistema nervioso central o capaces de producir alteraciones tan generalizadas que pueden ocasionar deterioro cognoscitivo o inclusive demencia por múltiples mecanismos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, Insuficiencia hepática

ca, insuficiencia renal, hipotiroidismo etc.). Por estas razones resulta interesante valorar la frecuencia del deterioro cognoscitivo a través del desempeño de un grupo de personas sometidas a una prueba de detección como es el MEMF y posteriormente establecer la causa definitiva después del estudio de tamizado. Tratándose de la investigación epidemiológica de las demencias en México, la tarea resulta dos veces más atractiva: 1) por un lado no se han realizado estudios de prevalencia en población general en nuestro medio y las evidencias de su importancia provienen de lo publicado por servicios e instituciones especializadas en Neurología y Psiquiatría, de que como es, lógico resaltan la importancia del problema, pero probablemente lo amplifican, por estar orientados a atender este tipo de pacientes. Por otro lado, la epidemiología de los trastornos cognoscitivos en el anciano ambulatorio es una zona desierta al igual que el conocimiento de otras áreas gerontológicas y geriátricas en nuestro medio, en donde la investigación de las personas de edad avanzada se ha basado en el concepto "De viejo adulto" (34). Con este criterio, la investigación geriátrica en nuestro medio se basa en estudios para valorar en forma abierta la eficacia de algunos medicamentos de eficacia demostrada a esta edad o bien, se orienta a mostrar las características clínicas de las enfermedades frecuentes en otros grupos de edad pensando que por ello se realiza "investigación geriátrica". Este estudio esta encaminado a la investigación geriátrica prospectiva, por lo que es el inicio del proyecto.

Los trastornos cognoscitivos y la demencia en la edad avanzada difieren en cuanto a causas y factores predisponentes,

manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial. Resulta lógico que el tratamiento tampoco sea el mismo. Se ha demostrado por una parte que existe un descenso normal en la rapidez con que se realizan algunas funciones mentales superiores relacionadas "amnesia benigna de la senectud", aunque como sucede con otras áreas del envejecimiento el grado de deterioro funcional del Sistema nervioso central varía de una persona a la otra y existen individuos que alcanzan el límite de la esperanza biológica de vida en buenas condiciones neuro-psiquiátricas. De cualquier forma, al valorar las funciones mentales superiores de un anciano debemos tomar en cuenta: 1) El grupo de edad al que pertenece (7a, 8a, 9a, 10a década de la vida), 2) antecedentes de enfermedades capaces de producir daño neurológico directo o indirecto (diabetes mellitus, hipertensión arterial), 3) ingestión de fármacos, 4) condiciones socioeconómicas, 5) signos neurológicos, 6) enfermedades de los órganos de los sentidos relacionados con la comunicación (la vista y el oído sobre todo). De esta forma podremos establecer si es uno o son varios los factores responsables y de acuerdo con la clasificación de Raymond Adams podremos decidir si se trata de: 1) trastorno demencial acompañado de manifestaciones sistémicas, 2) trastorno demencial con signos neurológicos, 3) trastorno demencial sin otras manifestaciones que no sean las de las funciones mentales superiores. Llevar a cabo esta tarea equivale a cubrir los criterios propuestos para definir la demencia en el DSM-III-R y llegar al diagnóstico concluyente. El presente trabajo es el primer intento para establecer la prevalencia del deterioro cognoscitivo en personas de edad avanzada, ambulatorias en su mayoría, en nuestro país.

La población estudiada no es representativa de todos los ancianos Mexicanos por corresponder en su mayoría a trabajadores jubilados del I.S.S.S.T.E. y sus cónyuges, esto es, residentes de una zona urbana de clase socioeconómica media o media-baja. Si bien se ha demostrado la tendencia de la población mexicana a residir o emigrar hacia las zonas urbanas, también hay compatriotas en áreas rurales, propicias en algunos casos y desfavorables en la mayoría de ellos, para alcanzar la longevidad. De hecho, está demostrado que del total de personas que han migrado de zonas rurales a urbanas en nuestro país, la proporción de personas mayores de 65 años es más grande que la de otros grupos de edad. Se encuentra que hay cinco entidades de la República en la que residen 80% de los ancianos en México: (Distrito Federal, Estado de México, Veracruz, Jalisco, Nuevo Leon, [INSEN datos no publicados]). Por esa razón consideramos que la comunidad estudiada es semejante en sus condiciones socioeconómicas a la de muchos ancianos en nuestro país.

El instrumento utilizado para valorar el deterioro cognoscitivo es una prueba que por sencilla, fácil de aplicar y de interpretar se ha difundido fuera de los Estados Unidos y a países que la han aplicado en otros idiomas. Los enunciados que componen las preguntas son muy sencillas y con excepción del trabalenguas que decidimos suprimir otorgando 2 puntos al enunciado que explora comprensión y cumplimiento de ordenes escritas, todas las demas pueden realizarse en cualquier grupo de edad. Las limitaciones para esta prueba serían el analfabetismo, que le restaria 2

puntos en la pregunta de cumplimiento de ordenes escritas y 1 punto al pedir al entrevistado escriba su nombre, y por otro lado la ceguera y la sordera que pueden dar lugar a calificaciones bajas en tareas que el paciente deba realizar con ayuda de esos sentidos. A pesar de lo anterior el MEMF permite identificar a la persona con deterioro cognoscitivo de una manera especifica, aunque su sensibilidad es baja, puesto que denota problemas muy amplios y por lo tanto el número de falsos negativos es considerable (34, 35, 36). Desde este punto de vista el MEMF debe considerarse un prueba de tamizado que no sustituye a las pruebas psicológicas para valorar un caso individual ni a otros estudios (bioquímicos, de imagen), que estableceran el diagnóstico definitivo. Sin embargo, sí permite seleccionar en una muestra numerosa a las personas con fallas que pudieran llegar a ser imperceptibles y como prueba de seguimiento es muy ventajoso para el control longitudinal de una cohorte, sin tener que recurrir a estudios más molestos, laboriosos y costosos.

Conociendo su utilidad y sus limitaciones, la aplicación de esta prueba en personas que participan en el Proyecto CUPA, nos mostró que la prevalencia de personas con calificaciones compatibles con el grado de deterioro cognoscitivo relacionado a demencia es del 5%, lo que coincide con cifras obtenidos en otros estudios de población realizados en otros países y que en parte contradice las proposiciones alarmistas de algunos médicos que tratan de extrapolar sus experiencias en centros especializados a la situación de la población general. De hecho, la detección de demencia no ha sido recomendada en personas asintomáticas en la

Guia de Servicios Preventivos Clínicos que elaboro el Preventive Services Task Force Estados Unidos en 1989, y en donde a pesar de que se reconoce su frecuencia cada vez mayor con el envejecimiento, su contribución a la morbi-mortalidad y los costos que representa su tratamiento, no se recomienda la búsqueda sistemática, por las pocas expectativas del tratamiento para muchos casos y por su frecuencia comparativamente baja a la de otros problemas de salud pública. Este documento recomienda la identificación del paciente en riesgo a través de la valoración periódica de su estado funcional. Con base en estos conceptos consideramos que los propósitos del estudio se han cumplido: 1) La prevalencia del deterioro cognoscitivo en población general, 2) demostrar que el deterioro se incrementa con la edad (el número de calificaciones bajas aumenta por decada, 3) La relación del deterioro cognoscitivo con enfermedades capaces de producir demencia 4) La existencia de un grupo de personas en condiciones ejemplares físicas e intelectuales que aunque reducido, atestigua el éxito del cuidado de la salud en las posibilidades de alcanzar la longevidad en condiciones satisfactorias.

Conclusiones

1.- La mayoría de las personas estudiadas tienen calificaciones normales en el Mini Examen Mental de Folstein

2. La proporción de personas con calificaciones bajas en el MEMF aumenta con la edad, aunque el No. de hombres estudiados es reducido para establecer una comparación con las mujeres.

3. El total de personas de ambos sexos con deterioro moderado y severo es de 15 (5%), lo cual correspondería a la prevalencia de calificaciones compatibles con síndromes demenciales, y es semejante a la prevalencia informada de esta enfermedad en la población general de otros países.

4. La prevalencia de calificaciones bajas en personas menores de 90 años es menor que la observada a mayor edad, probablemente por la incompatibilidad para que el paciente demenciado alcance la longevidad.

5. Las enfermedades que más se relacionan con calificaciones bajas en el MEMF fueron hipertensión arterial, diabetes, y Enfermedad vascular cerebral.

TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS

<u>GRUPOS DE EDAD</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>
60-69	23	100
70-79	27	93
80-89	12	37
90 o más	2	6
TOTAL	64	236

CUPA 1991

Mini Examen del Estado Mental de Folstein

Calificación
máxima

Calificación
real

5

()

ORIENTACION

Fecha

5

()

Domicilio

RETENCION

3

()

Nombre 3 objetos

ATENCION Y CALCULO

5

()

Resta DE 100-7

J Psychiat Rev 1975;12:189-198

Mini Examen del Estado Mental de Folstein

**Calificación
máxima**

**Calificación
real**

3

()

MEMORIA RECIENTE

Repita los 3 objetos

9

()

LENGUAJE

Escritura

Comprensión

Lectura

J Psychiat Rev 1975;12:189-198

ESTA COPIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Calificaciones obtenidas por el grupo de pacientes en el MEMF

<u>Calif MEMF</u>	<u>HOMBRES (%)</u>		<u>MUJERES (%)</u>	
30	36	(56%)	119	(50%)
29-25	20	(31%)	90	(38%)
24-20	6	(9%)	14	(6%)
19-15	1	(2%)	6	(3%)
14 o menos	1	(2%)	7	(3%)

CUPA 1991

Clasificación del deterioro cognoscitivo en hombres por grupo de edad

	60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	90 o más (%)
24-20	1/23 (4%)	2/27 (7%)	2/12 (17%)	1/2 (50%)
19-15	1/23 (4%)	-	-	-
14 o >	-	-	1/12 (8%)	-

CUPA 1991

Clasificación del deterioro cognoscitivo en mujeres por grupo de edad

	60-69 (%)	70-79 (%)	80-89 (%)	90 o más (%)
24-20	-	4/93 (4%)	3/37 (8%)	2/6 (33%)
19-15	1/100 (1%)	2/93 (2%)	3/37 (8%)	-
14 o <	1/100 (1%)	-	5/37 (14%)	1/6 (17%)

CUPA 1991

Relación entre calificaciones menores de 30 en MEMF con diferentes causas

	28-26	24-20	18-16	14 o menos
D.M	18	4	2	0
HTA	37	4	3	3
EVO	6	3	0	2
Alcoholismo	2	3	1	0
Disminución agudeza visual	6	3	2	2
Parkinson	1	0	0	0
Sordera	1	0	0	0
Hipertiroidismo	1	0	0	0
	---	---	---	---
Sin enfermedad relacionada	65	17	6	7
	---	---	---	---
TOTAL	111	28	8	11

CUPA 1991

BIBLIOGRAFIA

1. Jorm AF, Korten AE, Hederson AS. The Prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:465-479.
2. Preston GAN. Dementia in elderly adults: prevalence and institutionalization. *J Gerontology* 1986;41:261-267.
3. Black SE, Blessed G, Edwarson JA, Kaky WK. Prevalence rates of dementia in an ageing population: are low rates due to the use of insensitive instruments?. *Age and Ageing* 1990;19:84-90.
4. Schoenberg B. Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementing illnesses. *J Chron Dis* 1986;39:1095-1104.
5. Kramer M, German PS, Anthony JC, Von Korff M, Skinner EA. Patterns of mental disorder among the elderly residents of Eastern Baltimore. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:236-245.
6. Report of the Royal College of Physicians by the college committee on geriatrics. Organic Mental impairment in the elderly. *J Roy Coll Physc Lon* 1981;15:141-167.
7. Clarke M, Lowry R, Clarke S. Cognitive impairment in the elderly - a community survey. *Age and Ageing* 1986;15:278-284.
8. Zisook S, BVraff DL. Delirium: recognition and management in the older patient. *Geriatrics* 1985;41:67-78.
9. Hadggerly JJ, Golden RN, Evans DL, Janowsky DS. Differential diagnosis of pseudodementia in the elderly. *Geriatrics* 1988;43:61-74.
10. Harris MJ, Goerz M, Lohr JB. Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease. *Geriatrics* 1989;44:26-30.

11. Wade JP, Mirsen TR, Hachinski VC, Fisman M, Lau C. The Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Arch Neurol 1987;44:24-29.
12. Rubin EH, Morris JC, Grant EZ, Vendegna T. Very mild senile dementia of Alzheimer's type, clinical assessment. Arch Neurol 1989;46:379-382.
13. Storandt M, Hill R. Very mild senile dementia of Alzheimer's type, psychometric test performance. Arch Neurol 1989;46:383-386.
14. Knopman DS, Ryberg S. A verbal memory test with high predictive accuracy for dementia of the Alzheimer's type. Arch Neurol 1989;46:141-145.
15. Ressenber B. Alzheimer's disease: the clinical syndrome; diagnostic and etiologic importance. Acta Neurol Scand (supl) 1990;129:2-4.
16. Galasko D, Klauber MR, Hofstetter R, Salomon DP, Lasker B, Thal J. The Mini-Mental State Examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease. Arch Neurol 1990;47:49-52.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiat Rev 1975;12:189-198.
18. Applegate WB, Blass HP, Williams FT. Instruments for the functional assessment of older patients. N Engl J Med 1990;323:1207-1214.
19. Hughes CP, Berg L, Danziger L, Coben L, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. Brit J Psychiat 1982;140:566-572.

20. McGlone J, Gupta S, Humphrey , Pooenheimer S, Mirsen T
Evan D. Screening for early dementia using memory complaints from
patients and relatives. Arch Neurol 1990;47:1189-1193.
21. Nelson A, Fogel B. Bedside cognitive screening instruments,
a critical assesment. J of Nervous and Mental disease 174;2:73-
83.
22. Shader R, Harmatz J, Salzman CA. A new scale for clinical
assessment in geriatric population: Sandoz clinical assessment
Geriatric (SCAG). J Am Geriatrics Soc 1974;22:107-113.
23. Fillenbaum GG. Comparison of two brief test of organic
brain imparment, the MQS and the short portable MSQ. J Am Geria-
trics Soc 1980;27:381-384.
24. Pfeiffer E. A Short portable mental status questionnaire
for assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am
Geriatr Soc 1975;23:433-441.
25. Larson EB, Reifler BV. Diagnositic evaluation of 200
elderly outpatients with suspected dementia. J Gerontology
1985;40:535-543.
26. Fisher MC. Clinical observations in demented patients.
Neurology 1988;38:1868-1873.
27. Moss R, D'AmicoS, Maletta G. Mental dysfunction as a sign
or organic illness in the elderly. Geriatrics 1987;42:35-42.
28. Gall CM, Black P. Dementia. AFP 1989;39:241-250.
29. O'Brien MD. Vascular dementia in underdiagnosed. Arch
Neurol 1988;45:797-798.
30. Ineichen B. Measuring the rising tide How Many dementia
cases will there be by 2001? Br FJ of Psychia 1987;150:193:200.
31. Huber SJ, Shuttleworth EC, Paulson GW, Bellchamber MJG,

Clap L. Cortical vs subcortical dementia, neuropsychological differences. Arch Neurol 1986;43:392-395.

32. Cumminigs JL, Benson F. Subcortical dementia. Arch Neurol 1984;41:874-879.

33. Whitehouse PJ. The concept o subcortical and cortical dementia: another look. Ann Neurol 1986;19:1-6.

34. Forette F, Henry JF, Orgogozo JM, Dartigues JF, Peré JJ. Reliability of clinical criteria for the diagnosis of dementia. Arch Neurol 1989;46:646-648.

35. Weissman MM, Myer JK, Tishchier GL, HolzerCE, Leaf PH, Orvaschel H, Brody JA. Psychiatric disorder (DSM-III) and cognitive impairment among the elderlyl in a U.S urban community. Acta Psychiatr Scan 1985;71:366-379.

36. Ritchike K. The Screening of cognitive impairment in the elderly: a critical review of current methods. J Clin Epidemiol 1988;41:635-643.