

salud mental

11241

Órgano oficial del



INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, C.P. 14370,
México D. F., Tel. 5 655 28 11 ext. 178, Fax 5 655 28 11 ext. 441, e-mail: perezrh@imp.edu.mx

9

México, D. F. a 21 de julio de 2000

Dr. César González y colaboradores
Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Alvarez"
Calle # 13 Manzana 28 Lote 320
Col. Belisario Domínguez Sección XVI
Tlalpan
14080 México, D.F.

Distinguidos autores:

Por medio de la presente les comunico que su artículo: "EVALUACION DE LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA COGNOSCITIVA PARA DELIRIUM", ha sido aceptado por el Comité Editorial y aparecerá publicado en SALUD MENTAL a partir del volumen 23, no. 4, agosto de 2000.

mente

Dr. Héctor Pérez-Rincón
Editor

295740

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TÍTULO:
"TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA
COGNOSCITIVA PARA DELIRIUM"



ALUMNO:
CESAR GONZÁLEZ GONZÁLEZ



TUTOR TEÓRICO:
DR. FELIPE VAZQUEZ E.



TUTOR METODOLÓGICO:
DR. FRANCISCO PAEZ A.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA".

AÑO 1999.

AGRADECIMIENTOS

**A MI FAMILIA POR SU APOYO, CARIÑO Y
COMPRESION.**

**A MIS COMPAÑEROS, POR LA SANA COMPETENCIA QUE
PERMITIO SUPERARME.**

**A MIS AMIGOS QUE ESTUVIERON SIEMPRE EN LOS
MOMENTOS DIFICILES.**

**A LOS DOCTORES ABDIEL ANTONIO OCAMPO Y
FERNANDO CORCOBADO POR SU ASESORIA
DESEMPEÑADA.**

**A MONICA, JOSE LUIS Y JORGE POR ESTAR SIEMPRE
CONMIGO.**

**A CESAR HEREDIA POR FACILITARME EL EQUIPO DE
COMPUTO.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

TUTORES

TEORICO:

**DR. FELIPE VAZQUEZ DE LUPINAN
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

METODOLOGICO:

**DR. JESUS OCAMPO CASTAÑEDA
MEDICO ADSCRITO AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA CON
MF NUMERO 10 " GUILLERMO DAVILA "**

INDICE

I. ANTECEDENTES.....	3
II. OBJETIVOS.....	9
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
IV. MATERIAL Y METODOS.....	11
V. RESULTADOS.....	19
VI. DISCUSIÓN.....	23
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	26

I. ANTECEDENTES

MARCO TEORICO

El problema que nos ocupa ha sido descrito desde hace 2500 años, (1) y ha recibido diferentes nombres a lo largo del tiempo, tales como "Confusión aguda", "Pseudo senilidad", "Encefalopatía", "Síndrome orgánico cerebral", "Falla cerebral Aguda", etc.; (2,3,4) hoy mejor conocido como Delirium. (2)

El Delirium se define actualmente como un deterioro cognitivo global y reversible, (5,6) en donde el principal síntoma es una alteración de la conciencia, con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, (7) y que puede en algunos casos preceder al coma. (8)

Afecta en promedio el 18 % de los pacientes hospitalizados (8), pero en otros reportes lo han situado entre el 10 y el 30 % o hasta el 40 % (9,10) y en población geriátrica puede llegar al 56 % (11) algunos servicios como cirugía general y cuidados intensivos puede llegar la prevalencia al 25 y 50 % respectivamente. (12) El porcentaje de mortalidad a tres meses entre los pacientes de la población general que han presentado Delirium esta entre el 23 y 33 %

(3,9) aproximadamente y en la población geriátrica puede llegar hasta el 65 % (11) A un año el índice de mortalidad es del 50 %. (3)

Las causas fundamentales del Delirium pueden ser alteraciones neurológicas, (3) fármacos, (12,13,14) venenos, endocrinopatías, enfermedades de órganos y sistemas, enfermedades carenciales, infecciones sistémicas, desequilibrio hidroelectrolítico, estados postoperatorios y trauma cerebral o general. (2,3)

Hay un gran número de alteraciones bioquímicas que se han descrito en el Delirium; se ha observado hiperactividad dopaminérgica, reducción de los niveles de Acetilcolina, incremento de la actividad Gabaérgica, niveles altos de Glutamato; la Serotonina, y los péptidos opioides también han sido involucrados. (3,8)

Varios factores de riesgo se han identificado, los cuales pueden contribuir a la presentación del Delirium tales como la edad, los procesos de envejecimiento cerebral, enfermedad cerebral estructural, alteraciones de la audición o la visión, privación sensorial, disminución del sueño, etc. (2,3,9,11,15,16)

El Delirium debe diagnosticarse clínicamente, ya sea utilizando la interpretación de los signos y

síntomas o apoyándose en los criterios del DSMIII-R, el cual en su criterio A incluye una definición y en sus criterios B y C hace una descripción clínica detallada, (17) cosa que contrasta con el DSMIV, en el cual desaparecen los criterios con descripción clínica y solo conserva las características del Delirium debido a... Una manera más objetiva y estandarizada de apoyar el diagnóstico que debemos utilizar para hacer investigación es la utilización de escalas clinimétricas. (1) Desde la introducción del DSMIII (que dicho sea de paso fue superior en este tema al DSMIII-R), se han diseñado varias escalas; (18) una de ellas es el Minimental State Examination, (19) que aunque solo detecta el deterioro cognitivo sin diferenciar si se trata de Delirium o Demencia, ha sido utilizado hasta la actualidad. A partir de Minimental State Examination y el D-Scale (que podemos llamar pioneros) surgieron otras escalas, que se han clasificado para su estudio en: Escalas de Tamizaje para ser utilizadas por enfermeras (NEECHAM, Confusión Scale, Confusion Rating Scale, Clinical Assesment of Confusion-A, Nursing Delirium Rating Scale); de entrevista diseñadas para médicos (Delirium Symptom Interviw); lista de cotejo para psiquiatras (Delirium Scale, Confusional State Evaluation, Global Accessibility Rating Scale, Confusion Assesment method); de severidad (Delirium Rating Scale, memorial

Delirium Assesment Scale), (4,18) de todas estas escalas solo 7 se les ha evaluado la sensibilidad y especificidad, por lo tanto solo estas son útiles metodológicamente para la investigación. Todas ellas presentan algunos inconvenientes o dificultades que pueden obstaculizar la investigación, algunas tienen que ser contestadas por el paciente, otras se modifican con el nivel cultural, otras deben ser cotejadas por enfermeras y médicos, en las que se puede confundir la sintomatología si el personal no tiene adiestramiento en psiquiatría y además la mayoría requiere que el paciente tenga la función del habla íntegra. Por este motivo el Estados Unidos de Norteamérica, a partir de 1990, se desarrolló la escala cognitiva para Delirium, que fue diseñada para pacientes que no podían hablar, ya sea por su padecimiento médico o por los procedimientos terapéuticos. La escala incluye varios subtest: orientación, atención, memoria, comprensión y vigilancia, valorados por medio de 9 items, en los que incluye preguntas con opciones, láminas con figuras y un listado de letras, el paciente contestará si o no haciendo una señal con los ojos o los dedos cuando considere que la respuesta es correcta. La puntuación por cada subtest es de 6 puntos, la puntuación máxima para un estado cognitivo preservado será de 30 puntos.

(21)

JUSTIFICACION

El Delirium es un síndrome frecuente en el hospital general, es una de las principales complicaciones de los pacientes de los servicios de Medicina Interna, Unidad de cuidados Intensivos, Cirugía general y Vascular y geriatría principalmente. (1,2,3,4,6,12,15,18,20) No obstante la frecuencia del mismo se subdiagnostica, de un 32 al 67 % no es detectado por el psiquiatra, (1) en un estudio 37 % (de 74 pacientes) fueron diagnosticados como deprimidos por los médicos consultantes. (10)

Por esto se han diseñado un sin número de escalas clinimétricas en los Estados Unidos de América, (18) de las cuales muy pocas llegan a nuestro país, de estas el Mini Mental State Examination y el Sympton Rating Scale For Delirium (SRSD) (22) son los más utilizados.

Estas escalas tienen ciertos inconvenientes; el Mini Mental no es específico para Delirium y el nivel cultural del paciente interfiere con su calificación y el SRSD de Trzepacz es un listado de síntomas que se recopila del expediente clínico. Por tal motivo la presente investigación plantea la posibilidad de proporcionar un instrumento que será contestado por el

paciente, sin que interfiera su incapacidad para contestar, bien sea producto de la patología de base o los métodos de intervención terapéutica. (21)

Es un estudio novedoso, sin antecedentes en México, factible de ser realizado con los medios que disponemos, y proporcionará un instrumento útil para estandarizar los criterios en la investigación clínica.

II. OBJETIVOS

1. Traducir al castellano la Escala Cognoscitiva para el Delirium.
2. Evaluar la consistencia interna de la Escala Cognoscitiva para el Delirium.
3. Evaluar la confiabilidad inter evaluador de la Escala Cognoscitiva para el Delirium.
4. Evaluar la validez concurrente, de la Escala Cognoscitiva para el Delirium.
5. Evaluar la validez predictiva de la Escala Cognoscitiva para el Delirium.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la consistencia interna y confiabilidad interevaluador de la escala Cognoscitiva para el Delirium?

¿Cuál es la validez concurrente, y predictiva de la escala cognoscitiva para Delirium?

IV. MATERIAL Y METODOS

El primer paso fue obtener la autorización de los autores Robert T. Hart, James Levenson, posteriormente se hizo una primera traducción al español por un traductor independiente, esta versión se tradujo nuevamente al inglés por otro traductor independiente y se corrigieron las discrepancias. Después de la traducción del inglés al español y del español al inglés, se obtuvo una segunda versión al español. (26)

a) DISEÑO:

Se llevó a cabo una investigación de proceso, transversal.

b) UNIVERSO Y MUESTRA.

Se obtuvo una muestra tipo censo de casos consecutivos de sujetos que cumplieron con los criterios de selección para diferentes grupos de estudio, los pacientes de Delirium fueron reclutados de los servicios de Medicina Interna y Terapia intensiva del hospital de especialidades de Centro Medico Nacional Siglo XXI, del hospital General de Zona # 30 "Venados" y del Hospital general de Zona # 1B "Troncoso" del IMSS. Los pacientes Con Esquizofrenia, Depresión y Demencia se reclutaron del Hospital de

Psiquiatría San Fernando y UMF con psiquiatría # 10 del IMSS.

Se incluyeron 22 pacientes con diagnóstico de Delirium, 22 pacientes con Demencia, 25 pacientes con Esquizofrenia y 30 pacientes con Diagnóstico de Depresión Mayor, el tamaño de la muestra fue similar al estudio original. (21)

c) **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

Criterios generales:

- Cualquier sexo, mayores de 18 años, derechohabientes del IMSS.
- Consentimiento para participar.

Para el grupo con Delirium:

Inclusión: Cumplir con los Criterios Diagnósticos del DSMIV para Delirium.

No Inclusión: Pacientes con Demencia, Depresión o Esquizofrenia concomitante.

Para el grupo de Demencia:

Inclusión: Cumplir con los criterios diagnósticos del DSMIV para Demencia en cualquiera de sus variantes.

No inclusión: No cursar con Delirium en el momento de la aplicación de la escala.

Para el grupo de Esquizofrenia:

Inclusión: Cumplir con los criterios diagnósticos del DSM IV para esquizofrenia.

No-inclusión: No cursar con Delirium o Demencia.

Para el grupo de Depresión:

Inclusión: Cumplir con los criterios diagnósticos del DSMIV para Depresión Mayor o Distimia.

No Inclusión: No cursar con Delirium o Demencia.

d) VARIABLES E INSTRUMENTOS.

El Delirium fue considerado toda aquella reducción de la capacidad para mantener la atención hacia estímulos externos y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos, la Esquizofrenia por presencia de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones auditivas, pérdida de la capacidad asociativa, conducta catatónica y afectividad embotada. El trastorno depresivo si hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de capacidad para experimentar placer, aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar, ideas de muerte recurrentes. La Distimia cuando hay presencia de estado de ánimo deprimido comunicado por el sujeto u observado por los demás que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años. Por último la Demencia se definió por deterioro de la memoria a corto y largo plazo; el deterioro de la memoria a corto plazo cuando exista incapacidad para

recordar el nombre de tres objetos al cabo de cinco minutos, el deterioro de la memoria a largo plazo cuando haya incapacidad para rememorar hechos pasados del sujeto, además de deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de juicio, afasia, apraxia y agnosia. (17)

A todos los pacientes se les aplicó la escala cognitiva para Delirium que se pretende validar, fue diseñada por Robert P. Hart y James L. Levenson en 1990 posteriormente validada de esta fecha hasta el 1994, en el Medical College of Virginia Hospital. La escala consta de 9 ítems distribuidos en 5 subtest: orientación, fijación, memoria, comprensión y vigilancia, el subtest de orientación tiene una pregunta en el que se valora el mes, la hora del día y el lugar donde se encuentra el paciente con opciones para que él elija la respuesta correcta. (21) En la fijación se utiliza la subescala de memoria visual de Wechsler, haciendo que el paciente indique la respuesta correcta pasando hacia adelante y hacia atrás. (23, 24, 25) La memoria consta de dos ítems en la que se utilizan láminas con figuras comunes de tamaños aproximados de 1.5 cm por 3.5 cm las cuales se le mostrarán al paciente, quien deberá indicar cuantas figuras se le mostraron. En la comprensión por medio de un ítem se hacen preguntas inverosímiles y en el otro ítem se muestran figuras al paciente quien deberá de

elegir el objeto que no pertenece a un grupo común. Por último en el subtest de vigilancia se recitan una serie de letras en las que se repite determinada letra el paciente tendrá que reconocer la letra que se repite. El paciente responde haciendo un señal con los ojos (sí o no) o bien con los dedos. El puntaje por subtest es de 0 a 6, y el máximo para la escala es de 30 (que sería un estado cognitivo integro). Los autores establecen como punto de corte 18 o 19, puntajes bajos de 9.5 ± 5.0 en el estudio original se obtuvieron en pacientes con Delirium. La duración de la aplicación es de 10 a 15 minutos. (21)

La escala que se utilizó como "estándar de oro" comparativo fue el Minimental State Examination, dicho instrumento fue validado en los Estados Unidos de América en 1975, es útil para cuantificar la severidad del deterioro cognitivo, su sensibilidad es del 87% y su especificidad del 82% con un rango de falsos positivos del 39 %, consta de 10 ítems divididos en varios subtest: orientación, aprendizaje, atención y cálculo, memoria y lenguaje, para aplicarlo se requieren de 5 a 10 minutos, la puntuación máxima es de 30 con un punto de corte entre 23 y 24 puntos. (19,26,27)

e) PROCEDIMIENTO.

Se obtuvo la autorización del comité de ética de los hospitales y el consentimiento informado por parte de los pacientes o los familiares en aquellos que tuvieron algún impedimento. Primeramente los pacientes diagnosticados con Delirium fueron captados en una libreta de registro, un clínico experto los entrevistó clínicamente y les hizo un examen neurológico, los diagnosticó basándose en los criterios del DSMIIIR, posteriormente el investigador principal les aplicó en forma independiente la Escala Cognoscitiva para Delirium (ECD) y el Minimental State Examination (MMSE), por último se aplicó el MMSE y la ECD a los pacientes de los grupos de Esquizofrenia, Depresión y Demencia que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSMIIIR para estos padecimientos, previa entrevista clínica y examen neurológico realizado por el clínico experto. Se formó un expediente integrado por las dos escalas, el consentimiento del paciente firmado y una ficha de identificación integrada por los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, número de afiliación, lugar de origen y residencia, ocupación, diagnóstico de enfermedad médica, diagnóstico psiquiátrico, exámenes de laboratorio y gabinete, medicamentos utilizados. Se vaciaron los datos obtenidos de las variables y la puntuación de las escalas en una hoja de concentración de datos donde se les dio tratamiento estadístico.

f) ANALISIS ESTADISTICO.

Se procedió en primer término a la descripción de variables utilizando media y desviación estándar para variables continuas y frecuencias y porcentajes para variables discretas.

Para la evaluación de ECD se utilizó el alfa de Crombach para la medición de la consistencia interna. El coeficiente de correlación de Pearson fue utilizado para la evaluación de la validez concurrente con el MMSE. Como prueba de hipótesis se utilizó un ANOVA unidireccional con corrección de Bonferroni.

g) RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.

Para la presente investigación se contó con los investigadores (3 individuos), quienes no recibieron remuneración; así mismo los recursos materiales fueron limitados: computadora, impresora, disketts de 3 1/2, fotocopias de ambas escalas (700); todo fue financiado por los investigadores.

h) CONSIDERACIONES ETICAS.

Esta investigación no implica riesgo alguno para la salud de los pacientes, por lo que no viola ningún precepto estipulado en la convención de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos. Al ser una investigación inocua, de acuerdo a la ley

general de Salud vigente, solo se requirió el consentimiento verbal del paciente o su familiar.

V. RESULTADOS

Se estudiaron 22 sujetos con diagnóstico de Delirium, que fueron contrastados con 22 sujetos con demencia, 25 sujetos con esquizofrenia y 30 con Depresión mayor. En la tabla #1 se muestra los datos demográficos relevantes para los cuatro grupos.

TABLA #1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS POR GRUPO DIAGNÓSTICO.

Variable	Delirium (1)	Demencia (2)	Esquizofrenia (3)	Depresión Mayor (4)	P Bonferroni
Edad	47.8+-13.2	66.5+-16.9	31.9+-12.05	40.0+-17.0	2>1,2y1>3
Sexo masculino					
Femenino	13(59.1%)	11(50.0%)	10(40.0%)	18(60.0%)	X2 n.s.*
	9(40.9%)	11(50.0%)	15(60.0%)	12(40.0%)	
Escc	8.0+-4.0	7.0+-4.0	7.5+-3.0	9.3+-3.2	n.s.

*no significativo.

a) Comportamiento psicométrico de la escala Cognoscitiva para Delirium (ECD).

El promedio total de la ECD para los dos grupos fue de 19.0+-7.0, con un rango entre 0 y 29 puntos. El alfa de Cronbach del instrumento fue de 0.77.

En el estudio piloto del instrumento, dos evaluadores entrenados evaluaron a 10 pacientes con Delirium en forma independiente con el fin de determinar la confiabilidad interevaluador. El coeficiente de correlación intraclase encontrado para el total de la escala fue de 0.72.

b) Comparación de la ECD entre grupos de diagnóstico.

Como una forma de valorar la validez de predicción del instrumento, se contrastaron los reactivos y el total de la escala entre los 4 grupos diagnósticos estudiados. Los resultados se muestran en la tabla # 2.

TABLA # 2 COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS DE LOS PUNTAJES DE CADA SUBTEST DE LA ESCALA COGNOSCITIVA PARA DELIRIUM (ECD)

	Delirium	Demencia	Esquizofrenia	Depresion	ANOVA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(Bonferroni)

Orientación	1.3+-0.9	5.2+-1.3	6.0+-0.0	6.0+-0.0	F196, gl 95,3 p<0.0001 2>1,3,4>1,2
Atención	0.72+-0.9	0.9+-1.1	2.0+-1.8	2.6+-1.9	F8 gl 95,3 p<0.00001 3,4> 1 4>2
Memoria	1.9+-1.3	3.7+-2	4.8+-1.1	5.1+-1.2	F23 gl 95,3, P<0.0001 2,3,4>1 4>2
Comprensión	3.7+-1.5	4.3+-1.6	4.6+-1.1	5.2+-1.0	F5 gl 95,3. P<0.0001 4>1
Vigilancia	1+-1	4+-2.3	4.6+-1.4	5.5+-0.8	F41 gl 98,3 P<0.0001 2,3,4>1 4>2
Total	8.2+-2.5	18.5+-5.2	22.2+-3.1	24.6+-2.4	F104 gl 98,3 P<0.0001 2,3,4>1 3,4>2

*** Se anota la significancia estadística y la diferencia entre los grupos.

La calificación en el Minimental State Examination (MMSE) entre los cuatro grupos también difirió significativamente (Delirium 7.8+-7.0, Demencia 19.1+-3.8, Esquizofrenia 23.7+-3.2 y Depresión Mayor 26.0+-2.7, F81,gl 95,3, p<0.0001).

c) Correlaciones.

El total de la escala Cognoscitiva para Delirium correlacionó directa y significativamente con el total del MMSE ($r=0.86$, $p<0.0001$). La edad correlacionó en forma inversa y significativa con la ECD ($r=-0.29$, $p=0.003$) y con el MMSE ($r=-0.27$, $p=0.005$). La escolaridad no correlacionó significativamente con los puntajes de ambas escalas.

VI. DISCUSIÓN

La traducción al castellano de la escala Cognoscitiva para Delirium (ECD) arrojó un nivel de consistencia aceptable y una confiabilidad interevaluador de 0.72. Los puntajes para la ECD entre los grupos de diagnóstico estudiados fueron significativamente diferentes, siendo menor para el grupo de Delirium que para el resto de las entidades nosológicas. EL ECD correlacionó significativamente con el MMSE, que es una de las mediciones más frecuentemente utilizadas para este tipo de trastornos.

La distribución demográfica de este estudio fue similar a la reportada por los autores originales de la escala.(21)Al igual que en dicho estudio sólo se encontraron diferencias significativas en aquellas en las que se esperaba que sucediera(edad, escolaridad).

La consistencia interna reportada por Hart y Cols(21) fue de 0.87 y la de este estudio de 0.77.Un factor que puede tener cierta influencia en las evaluaciones cognoscitivas es la escolaridad. El promedio de escolaridad en la población mexicana fue entre 7 y 9 años para los diferentes grupos, mientras que los grupos de los autores originales tendían a agruparse en niveles de escolaridad de preparatoria en

adelante (18). A pesar de ello la consistencia interna encontrada está en niveles aceptables.

Las comparaciones entre grupos diagnósticos de la ECD tuvieron exactamente las mismas direcciones en el estudio de Hart y Cols(21) y en este estudio mexicano. Es decir, el grupo con Delirium calificó significativamente más bajo que los otros tres y el grupo con Demencia fue más bajo que el de depresión y Esquizofrenia, ello confirma la similitud entre la versión inglesa y castellana.

Cuando se contrastaron los valores promedio reportados en la versión inglesa, se encuentra que los valores promedio para cada grupo diagnóstico son diferentes a los valores mexicanos. Los valores del grupo Delirium son bastante similares, con una diferencia de apenas un punto promedio, sin embargo, en el caso de la demencia, la muestra mexicana calificó 5 puntos promedio debajo de la muestra americana. Ello puede deberse a la severidad de las demencias incluidas y a la escolaridad de los pacientes. Los grupos con Depresión Mayor y Esquizofrenia mexicanos calificaron 4 puntos promedio mas abajo que la muestra americana. Ello claramente puede ser efecto relacionado con el nivel de escolaridad y lo poco familiarizada que esta la población mexicana con los exámenes calificados.

Cabe mencionar que este mismo efecto fue reportado por Becerra y Cols (28) cuando evaluaron psicométricamente a pacientes con el MMSE.

Las correlaciones entre la ECD y el MMSE fueron prácticamente iguales en ambos grupos. El estudio original hizo una evaluación temporal del instrumento, cosa que no se llevó a cabo en este estudio y será un elemento a evaluar en el futuro. Sin embargo, en este trabajo si se reporta la confiabilidad interevaluadores, cosa que no sucede en el trabajo de la versión inglesa. Se considera que en este tipo de instrumentos donde el clinico es evaluador, este tipo de análisis es de la mayor relevancia.

En conclusión, la Escala Cognoscitiva para Delirium en su versión castellana es un instrumento tan válido y confiable como el que le dio origen y puede ser una opción útil para llevar a cabo investigación en Delirium en población de habla castellana.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Inouye S K: The Dilema of Delirium: Clinical and Research Controversies Regarding Diagnosis and Evaluation of Delirium in hospitalized Elderly Medical Patients. Am J Med 1994; 97: 278- 287
2. Lipowski Z J: Delirium in The Elderly Patient. N Engl J 1989; 320: 578- 582
3. Kaplan H: Delirium en Sinopsis de Psiquiatría. Panamericana, Buenos Aires 1996 : 351- 357
4. Wise M G: Delirium Due to a General Medical Condition, Delirium Due to Multiple Etiologies, and Delirium Not Otherwise Specified in Synopsis of Treatment: Psychiatric Disorder. American Psychiatric Press, Washington 1996 : 201- 209
5. Murray G B: Confusion, Delirium y Demencia en Psiquiatría de enlace en el Hospital General. Diaz de Santos, Barcelona 1994: 111- 147
6. Menchon Magriña J M: La agitación en Interconsulta Psiquiátrica. Biblio Stm, Barcelona 1997: 425- 434

7.DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona 1995: 129- 138

8.Trzepacz P T: The Neuropathogenesis of Delirium a Need to Focus Our Research. Psychosomatics 1994; 35: 374- 388

9.Tune L: Delirium in Textbook of Geriatric Neuropsychiatry. American Psychiatric Press, Washington 1994: 356- 365

10.Scott C: The Misdiagnosis of Delirium. Psychosomatics 1997; 3: 433- 439

11.Inouye S K: Precipitating Factors for Delirium in Hospitalized Elderly Persons. JAMA 1996; 275: 352- 358

12.Kishi Y: Delirium in Critical Care Unit Patient Admitted Throught an Emergency Room. Gen Hosp Psychiatry 1995; 17: 371- 379

13.Tune L: Anticholinergic Effects of Drugs Commonly Prescribed for the Elderly: Potential Means for Assessing Risk of Delirium. Am J Psychiatry 1992; 149: 1393- 1394

14. Berstein J G: Geriatric Psychopharmacology and Dementias: Alzheimer's and HIV in Drug Therapy in Psychiatry. Mosby Year Book, St Louis Missouri 1995: 441- 474

15. Edwar R: A clinical prediction Rule for Delirium After Elective Nocardiac Surgery. JAMA 1994; 271: 134-139

16. Gokgoz L: Psychiatric Complications of Cardiac Surgery Postoperative Delirium Syndrome. Scan Cardiovasc J 1997; 31: 217- 222

17. DSM-III-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona, 1988: 122- 279

18. Trzepacz P T: A Review of Delirium Assessment Instruments. Gen hosp Psychiatry 1994; 16: 397- 404

19. Folstein M F: " Mini- Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. J Psychiatry Res 1975; 12: 189-198

20. Robertsson B: Confusional State Evaluation (CSE): an instrument for measuring severity of Delirium in the elderly. Acta Psychiatric Scandinavica 1995; Supl: 565-568

21.Hart R P: Validation of a Cognitive Test for Delirium in Medical ICU Patients. Psychosomatics 1996; 37: 533- 546

22.Kane J F: Recognizing and Treating Delirium in Patients Admitted to General Hospitals. South Med J 1993; 86: 985- 988

23.Wechsler D: Manual for the Wechsler Memory Scale-revised. San Antonio, Tx, Psychological Corporation 1987

24.Quereshi M Y: A comparison of the WAIS and the WAIS R for Ages 61- 91 Years. Psychological Assessment 1990; 2: 293- 297

25.Mittinber W: Identification of Malingered Head Injury on the Wechsler Memory Scale- Revised. Psychosological Assessment 1993; 5: 34- 40

26.De la Peña F: Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. Salud Mental 1996; 19: 17- 23

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

27. Beristain X: El Examen Neuropsicológico en Neuropsiquiatría. Moises Gaviria Vilchis, Colombia 1995: 133- 162

28. Becerra B: Validez y reproductibilidad del examen cognoscitivo breve (Mini-mental State Examination) en una unidad de cuidados intensivos especiales de un hospital psiquiátrico. Salud Mental 1992;15:41-45

(16)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMNSXXI
HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SN FERNANDO**

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

NUMERO DE AFILIACION:

ESCOLARIDAD:

LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA:

OCUPACION:

DIAGNOSTICO MEDICO:

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DSM-III-R:

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

TRATAMIENTOS UTILIZADOS:

PUNTUACION DE LA ESCALA COGNITIVA PARA DELIRIUM:

PUNTUACION DEL MINI-MENTAL STATE:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
TEST COGNITIVO PARA DELIRIUM.

ORIENTACION.

1.- ¿En qué mes estamos? (leer la pregunta y subrayar la respuesta)

Cuatro meses antes dos meses después mes correcto cuatro meses después
¿Qué hora del día es en este momento?

Tres horas más tarde hora correcta seis horas antes nueve horas después

¿En que lugar estamos?

Consultorio Casa Iglesia Hospital

ATENCION.

Subtest de memoria visual del Weschler Memory Scale Rev.

MEMORIA

4.- Le mostraré dibujos de objetos comunes, escuche y observe con atención (*nombre los objetos y muestre la figura por tres segundos*).

FORMA A

mesa carro martillo taza llave

FORMA B

perro cuchillo pantalón botas cepillo

¿Cuántos dibujos le mostré?

5 3 10 7

5.- Ahora voy a mostrarle más dibujos, algunos ya los vio, algunos no. Me los mostraré por primera vez, permítame saber si ya vio los dibujos o no. Indícame, indicándome **SI (MOSTRAR)** o **NO (MOSTRAR)**, recuerde decir **SI** con su cabeza si ya los vio y **NO** si no los ha visto.

FORMA A

carro llave
vaso camión
cerradura taza
mesa silla
martillo serrucho

FORMA B

tenedor cepillo dental
botas cuchillo
cepillo zapato
gato perro
vestido pantalón

COMPRESION

Le voy a hacer preguntas que puede contestar **SI** o **NO**, si su respuesta es **SI** indíquelo con su cabeza (mostrar), si su respuesta es **NO** indíquelo con su cabeza (demostrar) *subrayar la respuesta correcta*:

¿Puede una piedra flotar en el agua?	NO	SI
¿Se puede usar un martillo para clavar clavos?	SI	NO
¿Dos Kilos de harina pesan más que uno?	SI	NO
¿Se puede caminar en agua profunda con botas de plástico?	NO	SI

FORMA B

¿Flotará una hoja en el agua?	SI	NO
¿Sirve el martillo para cortar madera?	NO	SI
¿Un kilo de harina pesa mas que dos kilos?	NO	SI
¿Un buen par de botas de plástico te cubren del agua?	SI	NO

7.- Cual de estos dibujos no pertenecen al mismo grupo de los otros tres? Señale el dibujo que no pertenece levantando un dedo al momento de nombrarlo.

FORMA A

autobús	tren	bicicleta	durazno
mano	casa	pie	nariz

FORMA B

mesa	cama	escritorio	cabra
vestido	elote	blusa	zapato

VIGILANCIA

8.- Voy a leerle una larga lista de letras, cuando usted escuche la letra H lo indicará levantando el dedo y lo bajará cuando no lo escuche. *Leer la lista a ritmo de una letra por segundo, tache con una línea si el paciente responde y ponga un círculo si el paciente omite(/ respuesta, 0 omisión). Antes de iniciar el examen use la secuencia BHD como un ejemplo para que entienda el paciente las instrucciones, si es necesario repetir las instrucciones.*

FORMA A

H E G H F E H D H F H C B F H A D H C E H I H G D H C E B H E G H I
H C H E H F C I H E B H G F D H B E

FORMA B

H B H A E H B H C F A H F H G H C G D H C B A H G D E H C H B E H D
G H D A F H B Y F H E B H D H E H G

9.- Le voy a leer nuevamente una serie de letras, cuando usted escuche C o . , indíquelo levantando el dedo(*demostrar*), y bájelo cuando no lo escuche. *Apliquelo como la H, usando como ejemplo B E I C, si el paciente tiene diez errores de las 22 letras se suspende la aplicación y se califica 0.*

FORMA A

C A H E F A C D C F E H B F C A D E H A E I E G D E G H B C A G C I E
H C I E F H I C D B C G F D E B A

FORMA B

F E G C H G D E H B A E G D A C H E B A E D G C D A E B C A F C B E
H F A E F C B I F E A D C B E A C G

**CUADRO DE CONVERSION DE LA PUNTUACION DE LA ESCALA
COGNITIVA PARA DELIRIUM.**

Orientación: Puntaje total $(0-3) \times 2 =$ Puntaje del subtest $(0-6)$.

Atención: Puntaje hacia delante $(0-14) +$ Puntaje hacia atrás = Puntuación total.

Puntaje total.	Puntaje de la subescala.
>- 11	6
7-10	4
3-6	2
<- 2	0

Memoria: Reconocimiento incidental $(0-1) \times 2 +$ Memoria de reconocimiento $(0-10) =$ Puntaje total.

Puntaje total	Puntuación de la subescala.
11-12	6
9-10	4
7-8	2
0-6	0

Comprensión: Comprensión $(0-4) +$ Abstracción = Puntaje total.
Puntaje total $(0-6) =$ puntuación de la subescala $(0-6)$.

Vigilancia: Cancelar las H correctas $\times 2$ menos errores cometidos $(0-36) +$ Las C y E contestadas correctamente $\times 2$ menos los errores cometidos $(0-36) =$ al puntaje total.

Puntaje preliminar.	Puntaje de la subescala.
55-72	6
37-54	4
19-36	2
0-18	0

PUNTAJE DE LA ESCALA: Suma de las 5 subescalas $(0-30)$.



HE CMN Siglo XXI
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

MINI- EXAMEN MENTAL

Mini Mental State Examination. M. F. Folstein; S. E. Folstein; P. R. McHugh

NOMBRE _____ CED. FILIACION _____
FECHA _____ ENTREVISTADOR _____ PUNTUACION _____

Respuesta Incorrecta = 0 puntos Correcta = 1 punto

Se considera como normal por encima de 24 aciertos, y se considera demencia menos de 15.

1. ORIENTACION. (10 puntos)

Pregunte: ¿Cual es la fecha de hoy? y después pregunte específicamente las partes omitidas; p. ej. ¿Cual es el día de la semana? ¿En que época del año estamos?

- 1 ___ Fecha (p .ej. 24 de enero)
- 2 ___ Año
- 3 ___ Mes
- 4 ___ Día (lunes, etc.)
- 5 ___ Época del año

Pregunte: ¿Puede decirme el nombre de este hospital? ¿En que piso estamos, o en que Servicio está Ud. Internado? ¿En que ciudad estamos? ¿Que zona o colonia de la ciudad? ¿De que país o estado?

- 6 ___ Hospital
- 7 ___ Piso o Servicio
- 8 ___ Ciudad
- 9 ___ Zona o colonia
- 10 ___ País o estado

2. REGISTRO. (3 puntos)

Pregunte al sujeto si puede poner a prueba su memoria. Entonces pronuncie de manera clara y despacio, las palabras " BOLA ", " BANDERA ", " ARBOL ", dando aproximadamente un segundo para cada palabra. Una vez pronunciadas, pídale que se las repita. La primera repetición determinará su calificación (0-3) pero insista pronunciandose las hasta que el sujeto pueda repetirlos completos. Si después de seis intentos no es posible, se invalidará la prueba de recuerdo reciente.

- 11 ___ Bola
- 12 ___ Bandera
- 13 ___ Arbol
- 14 ___ Número de ensayos.*

3. ATENCION Y CÁLCULO. (5 puntos)

Pida al sujeto que cuente de siete en siete hacia atrás, iniciando a partir del número 100, detengase después de cinco sustracciones (93, 86, 79, 72, 65). Califique el número total de respuestas correctas. Si el sujeto no lo puede llevar a cabo, pídale que deletree la palabra " MUNDO " de atrás hacia adelante. La calificación será el número de letras en el orden correcto. P. ej. odnum = 5, onudm = 2 y registre como deletreó el sujeto.

- 15 ___ " 93 "
- 16 ___ " 86 "
- 17 ___ " 79 "
- 18 ___ " 72 "
- 19 ___ " 65 "
- 20 ___ Número de letras en orden Registro de como deletreó _____

4 MEMORIA RECIENTE. (3 puntos)

Pida al sujeto que le mencione las tres palabras que Usted le habrá pedido a recordara previamente. (Calif.que 0-3)

- 21 ___ Bola
22 ___ Bandera
23 ___ Árbol

5. LENGUAJE. (9 puntos)

NOMBRAR: Muestre al sujeto un reloj de pulsera y preguntele ¿Que es?. Repítalo con un lápiz.

- 24 ___ Reloj
25 ___ Lápiz

REPETIR: Pida al sujeto que repita la frase " Sin excusas ni pretextos "

- 26 ___ Repetición

SEGUIR DIRECTIVAS: Consta de tres etapas, se da al sujeto un pedazo de papel en blanco y se le pide verbalmente " tome el papel con la mano derecha, dóblelo a la mitad y pongalo en el suelo "

- 27 ___ Tomar el papel (mano derecha)
28 ___ Doblarlo a la mitad
29 ___ Ponerlo en el suelo

LEER: En un pedazo de papel en blanco escriba, con letras grandes y visibles, la oración " Cierre sus ojos ". Pídale que lea en voz alta lo que está escrito que haga lo que dice el papel. Se califica como correcto si en efecto cierra sus ojos.

- 30 ___ Cierre sus ojos

ESCRIBIR: Se da al sujeto un pedazo de papel en blanco y se le pide que escriba una oración. Esta debe ser espontánea. Contener un sujeto y verbo, además de ser congruente.

- 31 ___ Escribe la oración

COPIAR: En un pedazo de papel dibuje dos pentágonos que se intersectan, cada lado de aprox. 25 mm y pídale que los copie exactamente. Deben estar presentes los diez ángulos y deben utilizarse dos para que califique un punto. No se toma en cuenta la rotación o el temblor.

- 32 ___ Copia los pentágonos



Registre mediante un círculo el nivel de alerta del sujeto:

- a) Coma b) Estupor c) Somnolencia d) Alerta o despierto