

## *Enfrentamiento del deterioro cognitivo para médicos de Atención Primaria de Salud*

### *Facing cognitive decline for Primary Health Care Physicians*

Andrés Glasinovic P<sup>1</sup>, Jessica Troncoso A<sup>2</sup>, Jimena Tiznado R<sup>3</sup>.

#### **Resumen**

Los problemas cognitivos tienen una alta prevalencia, un alto impacto socioeconómico y de salud pública, siendo una causa importante de morbimortalidad y dependencia, provocando un importante impacto psicosocial, tanto en los pacientes como en sus familiares/cuidadores. Dado lo anterior, se crea en Chile el Programa Nacional de Demencias, el cual se encuentra en fase piloto desde el año 2017 y la inclusión del Alzheimer y otras demencias a las Garantías Explícitas en Salud (GES) en Octubre del año 2019, en el que el equipo de salud de la atención primaria cumple un rol protagónico. Es de vital importancia que el médico que trabaja en un contexto de APS cuente con las competencias necesarias y esté empoderado para enfrentar de manera integral los pacientes con demencia con un enfoque técnico adecuado, basado en la evidencia, bajo los principios del modelo de atención integral en salud. Los objetivos de este artículo fueron revisar la epidemiología e impacto del deterioro cognitivo como gran problema de salud pública, identificar los principales test cognitivos y su utilidad en la evaluación clínica, conocer el proceso de estudio diagnóstico y manejo integral, en un contexto de atención primaria para un paciente con sospecha y/o confirmación de deterioro cognitivo.

#### **Palabras Clave**

Cognición, demencia, atención primaria de salud, anciano.

#### **Abstract**

The cognitive problems have a high prevalence, a high socioeconomic and public health impact, being an important cause of morbimortality and dependence and causing an important psychosocial impact in patients and their families/caregivers. Because of these reasons, it was created in Chile the National Programme of Dementia, which is in a pilot phase from 2017 and the inclusion of the Alzheimer and other Dementia to the Explicit Health Guarantees in October 2019, in which primary care health team plays a leading role. It is of vital importance that the physician who works in primary care, have the necessary skills to deal with patients living with dementia, in a comprehensive manner with an appropriate technical medicine based approach, under the principles of the comprehensive health care model. The objectives of this article is to review the epidemiology and impact of the cognitive impairment as a great public health problem, identify the main cognitive tests and their usefulness in the clinic evaluation, know the diagnostic study process and integral management in the context of Primary Care of a patient with suspicion and/or confirmation of cognitive impairment.

#### **Key Words**

Cognition, dementia, primary health care, aged.

1. Médico Familiar mención adulto, profesor asistente, departamento de medicina familiar y atención primaria, Universidad de Los Andes, Chile. Departamento de medicina interna, Clínica Las Condes.

2. Médico Familiar, centro de salud familiar norte, Corporación municipal de desarrollo social, Antofagasta.

3. Médico Familiar mención adulto, Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

## Introducción

**S**e estima que alrededor de 35 millones de personas en el mundo tienen hoy algún tipo y grado de demencia, cifra que se duplica cada 20 años, proyectándose en 135 millones al año 2050<sup>1</sup>. Se espera que para el año 2030 la prevalencia de la demencia aumente en alrededor del 50% en los países de altos ingresos y casi en un 80% en países de medianos y bajos ingresos<sup>2</sup>. En Chile, un 26% de los adultos mayores reporta problemas de memoria en los últimos 6 meses<sup>3</sup>, un 10,4% presentan un deterioro cognitivo y el 4,5% presenta deterioro cognitivo asociado a discapacidad<sup>4</sup>. El 7% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres), presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial: 13% de las personas entre 75 y 79 años, y 36,2% en mayores de 85 años<sup>5</sup>. Las demencias figuran en el lugar número 18 de las enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en la población general y ocupa el tercer lugar en los mayores de 65 años<sup>6</sup>. En Chile constituye la 6ta causa específica de muerte, con 3.432 defunciones anuales<sup>2</sup>. Por otro lado está el alto costo financiero. En una cohorte de cuidadores informales de personas con demencia, se observa que la enfermedad conlleva un costo anual de 10.980 dólares (11.472 si se incluyen los gastos médicos del cuidador). A partir de Octubre del 2019 las demencias ingresan al régimen de garantías explícitas en salud (GES) pasando el equipo de atención primaria de salud (APS) a tener un rol protagónico en el estudio y manejo integral del paciente con su familiar, en el marco del modelo de atención integral en salud como parte de una red de servicios de salud.

## Desarrollo del tema

Evaluación clínica inicial del paciente con sospecha de deterioro cognitivo:

Para facilitar el enfrentamiento clínico del paciente con sospecha de deterioro cognitivo, se ha facilitado un esquema con 5 pasos:

### Paso 1: Anamnesis general al paciente y/o acompañante

- Descripción global del problema, tiempo de evolución, impacto en actividades de la vida diaria, escolaridad, cambios en la personalidad o el comportamiento y contexto.
- Entrevista a familiar o cuidador confiable apoyándose

con el test AD8-Ch, y/o test de Pfeffer e indagar acerca de lapresencia de trastornos conductuales con la posibilidad de apoyarse en el Test Neuropsychiatric inventory en español (NPI-Q)

- Otras preguntas clínicas basadas en el diagnóstico diferencial (Fig.1), en especial delirium, caídas, problemas de concentración en infancia (Trastorno déficit atencional con hiperactividad), síntomas constitucionales y trastornos de salud mental.

### Paso 2: Antecedentes mórbidos y biopsicosociales familiares relevantes

En especial fármacos, alcoholismo crónico, accidente vascular encefálico, salud mental, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades, red de apoyo.

### Paso 3: Considerar test breves en la consulta médica:

Cognitivos: En una primera instancia considerar el Test del reloj, Memory Impairment Screening(MIS), el Mini Cog, Test de Fluencia Verbal.

En caso de analfabetismo o bajo nivel educativo podemos aplicar el Foto Test(instrumento multidominio muy breve de aplicar).

Depresión: Yesavage abreviado<sup>8</sup> o las 2 Preguntas de Whooley.

Delirium: Test de Confussion Assessment Method (CAM). Paso 4: Examen físico: Incluye neurológico, cardiovascular, mental, marcha.

### Paso 5: Solicitud de exámenes individualizados al caso, según las sospechas diagnósticas

- Considerar test cognitivos más largos, factibles de realizar por el equipo de salud de APS, como el Montreal Cognitive Assessment(MOCA) y el Mini Mental de FolsteinModificado (MMSE) recordando para este último usar las alternativas del test para personas con bajo nivel educacional y/o analfabetas según sea el caso.
- Laboratorio y neuroimágenes.
- Si existe incertidumbre diagnóstica, considerar evaluación neuropsicológica completa realizada por neuropsicólogo, además de la evaluación por Neurólogo o Geriatra.

El paciente que consulta por queja de memoria puede tener un amplio diagnóstico diferencial que podemos visualizar

en la siguiente figura (Fig.1), el cual es fundamental que el médico de APS lo tenga presente al momento de el proceso diagnóstico.

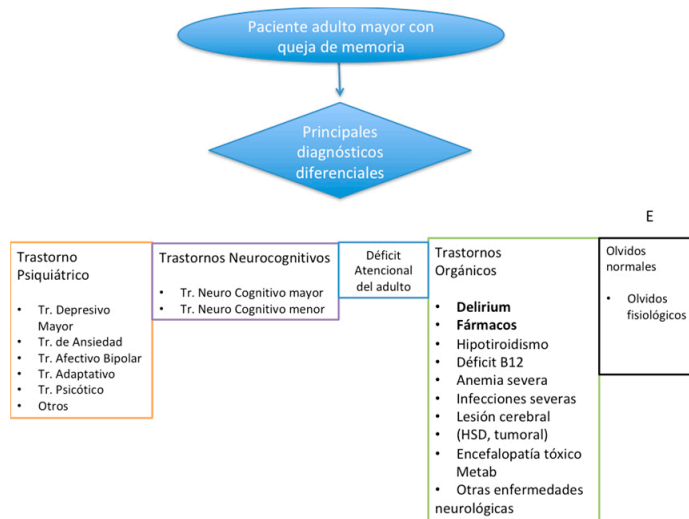


Fig.1 Principales diagnósticos diferenciales del paciente adulto mayor con queja de memoria.

El diagnóstico de las demencias es clínico. Los criterios diagnósticos globalmente consensuados y más actualizados se basan en el Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5) y la principal diferencia entre el trastorno cognitivo mayor y el menor es que en el primero los déficits cognitivos son suficientes para interferir en la independencia del individuo.

Para el diagnóstico diferencial de los trastornos de memoria y su posterior manejo, considerar de manera individualizada las siguientes prestaciones disponibles en APS, garantizadas por el GES:

- Evaluaciones: médico, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, visita integral de salud mental, psicodiagnóstico y consultoría de salud mental por psiquiatría.
- Exámenes de laboratorio disponible: Hemograma/VHS, PCR, perfil hepático, Perfil Lipídico, glicemia, creatinina, sodio, potasio, TSH, examen de orina completa, urocultivo, niveles de vitamina B12 (incorporado desde enero 2020 en canasta GES Demencias), RPR, Test de ELISA VIH.

En el nivel secundario, con derivación médica desde APS,

están disponibles las siguientes prestaciones garantizadas por GES:

- Evaluaciones por profesionales: psiquiatría geriátrica, neurología, fonoaudiología, neuropsicología.
- Laboratorio: 25 OH vitamina D, homocisteína, estudio de líquido cefalorraquídeo, ácido fólico, electroencefalografía, citología.
- Neuroimágenes: Tomografía axial computada (TAC) de cerebro o Resonancia nuclear magnética (RNM) de cerebro, este último presenta una mejor visualización de estigmas de daño vascular y fosa posterior en comparación al TAC de cerebro.

Otros exámenes a considerar por médicos especialistas no incluidos en GES son: Volumetría cerebral en RNM, PET CT glucosa o beta amiloide, SPECT Trodat.

El MMSE, dado que es el test más ocupado a nivel mundial, no sólo tiene un rol complementario al juicio clínico en el diagnóstico, sino que también es el estándar más usado para clasificar y hacer un seguimiento del trastorno cognitivo mayor en leve (mayor a 20 puntos), moderado (19 a 10 puntos) y severo (menor a 10 puntos), variable según el nivel educacional. Se recomienda aplicar este test junto a la Escala de Pfeffer para aumentar la especificidad de la evaluación. Además, existen otros instrumentos para clasificar el grado de deterioro cognitivo como la Escala de Deterioro Global GDS-FAST, que divide las demencias en 7 estadios según sus características.

Existen test cognitivos complementarios al diagnóstico clínico, que pueden ser de gran ayuda para el equipo de salud, dado que poseen buenas propiedades psicométricas. Los principales test, expresados en likelihood ratios, los podemos observar en la siguiente tabla:

Test diagnóstico	Likelihood ratio	
	L.R (+)	L.R (-)
MMSE test	7.45	0.21
Test del reloj Schulman	5.02	0.20
Test Mini Cog	6.56	0.10
Test MIS	9.18	0.23
Test de Fluidez verbal	4.38	0.24
MOCA test	4.78	0.12
ACE-R Test	8.60	0.09

Adaptado de Chan J, et al

Tabla.1: Propiedades psicométricas de los principales test cognitivos.

En la tabla .2 se describen los principales test cognitivos y de salud mental recomendados para el equipo de salud de APS, que son de breve y fácil aplicación. En la tabla se

describe para cada prueba el rango de puntajes posibles, el puntaje de corte alterado promedio y el tiempo de administración promedio de cada prueba.

Test cognitivo /salud mental	Puntaje de la prueba	Puntaje alterado promedio en adulto mayor	Tiempo de administración promedio
MIS	0 a 8 pts.	Menor a 6 pts	3 minutos
Test del reloj	0 a 10 pts	Menor a 9 pts	1 minuto
Mini Cog	0 a 5 pts (cada palabra correcta 1 pto y el reloj correcto 2 puntos)	Alterada si el recuerdo de 3 palabras es erróneo o el dibujo del reloj o puntaje es menor a 3 puntos	3 minutos
Test de Fluidez Verbal de animales	0 pts a sin límite, a mayor puntaje, mejor rendimiento	Menor a 15 puntos	1 minuto
MOCA	0 a 30 pts	Menor a 26 pts	15 minutos
Mini Mental de Folstein	0 a 30 pts	Menor a 25 pts	10 minutos
AD-8 al informante	0 a 8 puntos	Mayor a 2 puntos	2 minutos
Pffefer al informante	0 a 33 puntos	Mayor a 5 puntos	2 minutos
Test de Yesavage versión abreviada de 5 puntos (GDS-5) para depresión	0 a 5 pts	Mayor a 1 punto	1 minutos
Test de CAM (delirium)	Test consta de 4 dimensiones	Alterada la dimensión 1 y 2, además de la 3 o 4	2 minutos

Tabla número 2: Propiedades de los principales test cognitivos y salud mental.

**Diagnóstico definitivo de las demencias:**

Para la mayoría de las veces un médico de APS puede realizar la confirmación o descarte de una demencia. Cuando existe incertidumbre diagnóstica, se requiere de la evaluación complementaria de un médico especialista en el tema y/o de una evaluación neuropsicológica.

El tipo de demencia más frecuente es la Enfermedad de Alzheimer y se estima que de todas las demencias,

corresponde a un 50 a 60% del total. Esta enfermedad se caracteriza por ser lentamente progresiva, al examen físico no hay una gran alteración de la marcha o parkinsonismo, predomina la alteración en la memoria episódica y predominan los trastornos conductuales del área afectiva en las etapas iniciales.

**Trastornos Conductuales:**

Los trastornos neurocognitivos mayores no sólo implican

cambios a nivel cognitivo sino que también cambios en la conducta y síntomas psicológicos del paciente, conocidos como síntomas neuropsiquiátricos. Hablamos de trastornos conductuales cuando estos adquieren una intensidad o impacto significativo en la persona o su entorno. Son muy frecuentes en las personas con deterioro cognitivo y constituye una importante causa de deterioro de la calidad de vida no sólo para el paciente sino también para su cuidador, familia y entorno. Dentro de los más frecuentes encontramos: apatía, desinhibición, ansiedad, irritabilidad, agresión física, agitación, delirio, alucinaciones y las repeticiones frecuentes.

Con el test NPI-Q realizado al informante, es posible objetivar la existencia de ellos, además de su intensidad. Es recomendable llevar un seguimiento posterior a las intervenciones realizadas con esta prueba a lo largo del tiempo, para objetivar la sintomatología.

#### **Manejo integral de personas con deterioro cognitivo**

En la actualidad aún no se cuenta con un tratamiento curativo de las demencias, sin embargo existen múltiples alternativas que permiten disminuir las probabilidades de demencia en personas mayores en riesgo, el control de los síntomas conductuales y psicológicos asociados, además de intervenciones integrales destinadas a mejorar la calidad de vida, la seguridad del paciente, los cuidados y la prevención del estrés del cuidador. En APS se cuenta con un equipo de salud interdisciplinario en el cual distintos profesionales pueden colaborar en el manejo terapéutico, prestaciones definidas en el GES como tratamiento de mediana complejidad. En el GES se garantiza la posibilidad de atenciones, de ser necesarias, por médico, psicólogo clínico, enfermera, kinesiólogo y terapeuta ocupacional, incluyendo además atenciones de salud mental por otros profesionales del equipo (como trabajador social), consultorías de salud mental por psiquiatra e intervenciones psicosociales grupales.

#### **Trastorno cognitivo menor: previniendo el paso a un trastorno cognitivo mayor**

Una investigación publicada en The Lancet del año 2015<sup>21</sup>, muestra que las intervenciones multidominio, que incluyen el entrenamiento cognitivo sumado al consumo habitual de una dieta mediterránea y el control del riesgo cardiovascular en el transcurso de 2 años, tienen un rol sinérgico en la

prevención del deterioro cognitivo en personas mayores de riesgo.

#### **Manejo no farmacológico del trastorno cognitivo mayor por el equipo de salud en APS**

1. Cuidados integrales en las personas con deterioro cognitivo

a) Psicoeducación de la enfermedad: Consiste en explicar al paciente mientras tenga capacidad de comprensión y a la familia, en qué consiste la enfermedad, las expresiones posibles de observar en el tiempo, pronóstico y adelantarse a los eventuales problemas que podrían ir apareciendo en el camino, por lo que se recomienda citar a la familia para consejerías familiares educativas.

b) Redes de apoyo: Tienen un rol vital en el cuidado del paciente, dado que es habitual que la responsabilidad recaiga en una o pocas personas, especialmente frecuente en una hija. Por esta razón, se hace necesario identificar la red de apoyo, con el fin de prevenir la sobrecarga del cuidador.

c) Prevención y manejo del estrés del cuidador: evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador principal (se sugiere aplicar el Test de Zarit abreviado), ofrecer herramientas para el autocuidado, disminuir la carga de éste, contención emocional, ofrecer los llamados “respiros”, que son espacios protegidos de autocuidado y fortalecer la red de apoyo. Evaluación y manejo particular en caso de presentar trastornos de salud mental, sospechar oportunamente en todo cuidador sobrecargado.

d) Medidas de seguridad: uso de brazaletes o cadenas con datos esenciales de identificación, por si la persona se extravía. Contar con un apoderado para firmar documentos legales, evitar manejo de grandes sumas de dinero y control de las finanzas. Consejería en cuanto al manejo en automóvil e ir a lugares potencialmente peligrosos sin compañía.

f) Cuidados en actividades de la vida diaria: dependiendo del grado del deterioro cognitivo, puede que en etapas leves, sólo requiera un grado menor de supervisión de actividades instrumentales por familiares, sin embargo,

ya en etapas moderadas de la demencia es habitual que el paciente requiera asistencia en algunas actividades de la vida diaria. Si a esto se le suman síntomas conductuales disruptivos, frecuentes en esta etapa requerirán cuidadores exclusivos dado la gran complejidad que implica su manejo.

g) Temas legales: considerar que la persona en etapas leves de la demencia, pueda hacer un testamento en vida si lo desea, contar con un apoderado legal para aquellas decisiones importantes y considerar realizar voluntades anticipadas mientras el paciente cuente con la capacidad de juicio conservada.

h) Trastornos de la deglución: es frecuente que las personas con deterioro cognitivo avanzado tengan alterado el proceso de deglución, lo que implica una peor calidad de vida y mayor riesgo de tener neumonías por aspiración. Por lo tanto, considerar una evaluación fonaudiológica para educación y manejo de las alteraciones detectadas.

## 2. Trastornos conductuales

a) Prevención de trastornos conductuales: Es importante conocer las características propias del paciente y adaptar los cuidados a sus necesidades individuales. Además es relevante mantener bajo control patologías que podrían provocar estrés en la persona, educar a los cuidadores y familia en ellos y brindar recomendaciones generales sobre el entorno para que el paciente se sienta cómodo y tranquilo.

b) Manejo de trastornos conductuales<sup>22</sup>:

Paso 1: Evaluar el problema conductual: posibles gatillantes, consecuencias, temporalidad (nuevo/ larga data) y criterios de gravedad.

Ejemplos de criterios de gravedad: nuevo problema conductual (presentación aguda), agresiones físicas, riesgo inminente para la seguridad de la persona mayor o terceros, disrupción para el entorno o familia, sospecha de infección, fármacos o nueva enfermedad orgánica. De presentar alguno de estos criterios de gravedad, pensar como primera alternativa que estamos en un contexto de un delirium y sólo luego de descartar este podemos establecer que estamos ante un trastorno conductual de gravedad en que es altamente probable

la necesidad de manejo farmacológico y otros tipos de manejo de mayor complejidad. Si no tienen criterios de gravedad previamente mencionados, podemos avanzar en los siguientes pasos:

Paso 2: Aplicar técnicas de manejo conductual que funcionan en la mayoría de las personas, nuevos o según experiencia previa que hayan sido exitosos.

Paso 3: Evitar los posibles gatillantes (dolor, miedo, constipación, soledad, cambio de ambiente o rutina).

Paso 4: Seguimiento de los síntomas conductuales (considerar test NPI-Q), si luego de realizar de manera adecuada un manejo integral de estas conductas no se logra controlar, considerar el manejo farmacológico o derivación a nivel secundario.

En el link <https://www.youtube.com/watch?v=p6FiVlqm4E0>, se muestran las estrategias comunicacionales y conductuales que se pueden ocupar en personas con deterioro cognitivo.

## 3. Manejo farmacológico:

Lamentablemente, en la actualidad no contamos con medicamentos que prevengan o detengan la progresión de esta enfermedad; sin embargo, contamos con medicamentos aprobados por la FDA que podrían tener algún rol en tratar de disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad, pero los estudios muestran que sus beneficios son más bien modestos y son pocos pacientes los que realmente se benefician.

Fármacos para el deterioro cognitivo disponibles en el nivel secundario: Considerar en Enfermedad de Alzheimer, demencia Vascular o mixta

- Memantina<sup>23</sup> (para demencia en etapa moderada a severa)
- Inhibidores de la acetil colinesterasa (IACH)<sup>25</sup>: Donepecilo, galantamina, rivastigmina (para demencia en etapa leve a severa)
- Rivastigmina: considerar en especial en demencia por cuerpos de Lewy

Fármacos para los trastornos conductuales<sup>24</sup>: considerarlos solamente si no funcionan medidas de manejo conductual (no farmacológicos) o son muy disruptivos, con riesgo de seguridad para paciente o terceros o en casos en que el beneficio potencial supera sus riesgos.

- Ansiedad / irritabilidad persistente: Inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (citalopram, sertralina, escitalopram); Otros: Memantina, Donepecilo.

- Agitación psicomotora persistente /agresividad física: Antipsicóticos (Risperidona, Quetiapina).
- Insomnio: Trazodona, Mirtazapina, Zopiclona.
- Delirio o alucinaciones disruptivas: Antipsicóticos como risperidona, quetiapina
- Apatía significativa: Donepecilo.

Las dosis de los medicamentos para los trastornos conductuales, deben ser de la menor dosis posible, titulando lentamente, para lograr un control razonable de los síntomas.

#### Conclusiones:

Las demencias tienen un gran impacto en salud pública determinado por su gran prevalencia, carga de enfermedad, morbimortalidad, costos e impacto en la familia. El diagnóstico de los trastornos cognitivos es clínico, siendo frecuente que se requieran exámenes complementarios para descartar causas reversibles y hacer un diagnóstico diferencial adecuado. Existen test cognitivos breves factibles de aplicar en la consulta ambulatoria habitual, con buenas propiedades psicométricas que nos permitirían ayudar a prácticamente descartar una demencia en pacientes con una probabilidad pretest baja. Por otra parte, los trastornos conductuales son frecuentes de observar en los síndromes demenciales y es importante reconocerlos y manejarlos de manera integral por el equipo de salud de APS.

Existen intervenciones multidominios que han demostrado que, en conjunto, pueden tener un rol sinérgico en la prevención del paso de deterioro cognitivo leve a demencia en adultos mayores en riesgo. Dentro de los cuidados integrales que requieren las personas con demencia debemos considerar la psicoeducación, redes de apoyo, cuidados en actividades de la vida diaria, prevención y manejo del estrés del cuidador, medidas de seguridad, temas legales, manejo de los trastornos conductuales y de la deglución. El manejo de primera línea de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias son alternativas no farmacológicas, o sea, de manejo conductual. Las demencias no tienen un tratamiento específico, más bien, existen alternativas farmacológicas que podrían ayudar en el

control de los trastornos conductuales severos y disruptivos y ayudar a enlentecer el paso de la enfermedad en el mejor de los casos.

#### Referencias bibliográficas

1. Alzheimer's Disease International, 2013
2. OCDE 2014
3. Encuesta nacional de calidad de vida del adulto mayor, 2016
4. Encuesta Nacional de salud, 2009 - 2010
5. El Estudio Nacional de la Dependencia realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, en el año 2009
6. Ministerio de salud, Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile, 2007.
7. Plan Nacional de demencias, ministerio de salud, 2017
8. Hoyl M, Trinidad; Valenzuela A, Eduardo y Marín L, Pedro Paulo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile[online]. 2000, vol.128, n.11 [citado 20140705], pp. 11991204
9. M. L. Moralejo Alonso, A. Fuertes Martín. Demencias curables, ¿existen realmente?. An. Med. Interna (Madrid) Vol. 21, N.º12, pp. 602606, 2004
10. Dechent C, Bozanic A, Jiron M, et al. Utilidad clínica del Memory Impairment Screening(MIS): Análisis del instrumento como prueba de tamizaje de memoria, Rev. Chilena. Neuropsicol. 8(2): 46-49, 2013
11. Chan J et al, Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis, JAMA 2015
12. Muñoz C, et al, Utilidad de un Cuestionario breve dirigido al informante para el diagnóstico temprano de casos de demencia: La versión chilena del AD8 (AD-8 CH), 2010 revista médica de Chile
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:189.
14. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2005; 53:695.
15. Thalman, B , Clock Drawing test, 1996
16. Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer del informante, MINSAL, 2008
17. Baldo, J. y Shimamura, A. (1998). Letter and

category fluency in patients with frontal lobe lesions. *Neuropsychology*, 12 (2): 259-267.

18. Cummings J, et al, Inventario neuropsiquiátrico (NPI-Q), Centro Coordinador Nacional del Alzheimer | (206) 543-8637, UDS Versión 3.1, Marzo 2015

19. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:1451.

20. Rodríguez, A, ¿Cómo nos enfrentamos al diagnóstico de demencia?, artículo disponible online en <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/344.html>

21. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, y cols. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomized controlled trial. *Lancet*. 2015;385:2255-2263.

22. Alvarado, R. Qué hacer con los trastornos conductuales en demencia, Manual de Geriátrica MINSAL, 2018.

23. McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD003154. DOI: 10.1002/14651858.CD003154.pub5.

24. Wang J, Yu JT, Wang HF, et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 May 29. pii: jnnp2014308112. doi: 10.1136/jnnp2014308112. (Review)

25. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art.No.: CD005593. DOI: 10.1002/14651858.CD005593.