

Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria

M.V. Zunzunegui Pastor^a, T. del Ser^b, A. Rodríguez Laso^c, M.J. García Yébenes^c, J. Domingo^b y A. Otero Puime^c

Objetivo. Estimar la proporción de casos de demencia detectados en personas mayores de 70 años que residen en sus domicilios y describir la utilización de los servicios sanitarios y sociales que hacen las personas con demencia.

Material y métodos. Encuesta poblacional de los supervivientes de la cohorte «Envejecer en Leganés» iniciada en 1993. En el tercer seguimiento de 1999-2000 se incorporó el diagnóstico clínico de la demencia realizado según el examen neurológico y una extensa batería neuropsicológica. Se preguntó también sobre la utilización de servicios sanitarios y sociales y sobre diagnósticos previos.

Resultados. En la muestra de supervivientes ($n = 527$), la prevalencia de demencia fue de 12,1%. Sólo el 30% de los dementes había sido previamente diagnosticado por los servicios sanitarios. La proporción de demencia no detectada está significativamente asociada con su gravedad (leve, 95%; moderada, 69%; grave, 36%). Comparados con las personas mayores no dementes, los dementes utilizan con mayor frecuencia los servicios hospitalarios, la consulta médica y de enfermería a domicilio y la consulta por terceros, y con menos frecuencia, los servicios preventivos y de rehabilitación. Esta tendencia se acentúa en los pacientes con demencia grave. La utilización de los servicios sociales comunitarios es muy baja (inferior al 8% en los casos más graves).

Conclusiones. La detección de la demencia en los ancianos es muy baja y deben incrementarse los esfuerzos de detección en la atención primaria. También deben aumentar los recursos sociosanitarios específicos para esta población y cambiar las pautas asistenciales del equipo de atención primaria y de los profesionales sanitarios en general.

Palabras clave: Demencia. Diagnóstico. Atención primaria. Utilización de servicios. Detección.

NON-DETECTED DEMENTIA AND USE OF THE HEALTH SERVICES: IMPLICATIONS FOR PRIMARY CARE

Objectives. To calculate the proportion of cases of dementia detected in people over 70 living in their homes and to describe the use made by people with dementia of the health and social services.

Material and methods. Population survey of the survivors of the cohort «Growing old in Leganés», started in 1993. In the third monitoring (1999-2000), the clinical diagnosis of dementia on the basis of a neurological examination and an extensive neuropsychological battery was included. Their use of health and social services and prior diagnoses were also asked.

Results. In the sample of survivors ($n=527$), there was 12.1% prevalence of dementia. Only 30% of the demented had previously been diagnosed by the health services. The proportion of undetected dementia was significantly associated with its seriousness (light 95%, moderate 69%, severe 36%). Compared with older persons who were not demented, the demented used more often hospital services, medical and nursing consultations at home and consultations through third parties; and less often, preventive and rehabilitation services. This trend was accentuated in patients with grave dementia. The use of community social services was very low (below 8% in the most serious cases).

Conclusions. The detection of dementia in the elderly is very low and efforts to detect it in primary care need to be stepped up. Specific social-health resources for this population also need to be increased and the attendance guide-lines for primary care teams, and for health professionals in general, need to be changed.

Key words: Dementia. Diagnosis. Primary care. Use of services. Differential diagnosis.

^aTAISS. Técnicas Avanzadas en Investigación en Servicios de Salud. Madrid. España.

^bServicio de Neurología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.

^cCentro Universitario de Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Correspondencia:
María Victoria Zunzunegui.
TAISS.
C/ Cambrils 41-2.^a.
28034 Madrid. España.
Correo electrónico:
vzunzunegui@taiss.com

Este estudio ha sido parcialmente financiado por la Fundación La Caixa.

Manuscrito recibido el 23 de diciembre de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 10 de febrero de 2003.

Introducción

La detección de la demencia en la atención primaria parece ser muy variable. Las cifras obtenidas en estudios realizados en Suecia, Estados Unidos y el Reino Unido oscilan de 26 a 65%¹⁻³.

El retraso en la detección del síndrome de demencia tiene consecuencias para la calidad de vida de los pacientes y sus familias^{1,2}. Con el diagnóstico temprano los pacientes podrían tener más oportunidades para enfrentarse a situaciones personales y a problemas que más adelante no podrán resolver. Además, el diagnóstico temprano hace más fácil la identificación de la etiología, permite el tratamiento de algunas demencias reversibles y facilita la instauración de medidas farmacológicas y conductuales con demostrada eficacia en el mantenimiento de la función cognitiva y en el retraso de la sintomatología⁴⁻⁸. El estrés de los cuidadores familiares puede reducirse con la educación sobre la enfermedad y con un acceso más fácil a los servicios comunitarios. La utilización de servicios de las personas mayores con demencia parece ser elevada⁹. En EE.UU. se encontró que cada paciente con demencia que vivía en la comunidad utilizaba una media de 3,7 servicios sociales y 3,2 servicios sanitarios de un total de 33 tipos de servicios posibles (24 sociales y 9 sanitarios). Estos servicios apoyan a las personas con demencia y a sus familiares y pueden aumentar el tiempo de permanencia del paciente en su domicilio¹⁰.

No conocemos estudios sobre la detección de la demencia en población española. En nuestro medio casi todas las personas mayores han tenido contacto con su médico de familia en los últimos doce meses y las consultas a domicilio son muy frecuentes¹¹⁻¹³. Por tanto, el equipo de atención primaria tiene muchas oportunidades para detectar la presencia de demencia en los ancianos debido a la alta tasa de frequentación de esta población y de sus familias al centro de salud.

El propósito de este trabajo es estimar la proporción de detección de casos de demencia en los mayores de 70 años que residen en sus domicilios, así como comparar la utilización de los servicios sanitarios y sociales que hacen las personas con demencia con la que realizan las personas mayores sin demencia.

Material y métodos

Población

El presente trabajo se ha realizado en los supervivientes de la cohorte «Envejecer en Leganés». Este estudio longitudinal sobre personas mayores que viven en sus domicilios fue diseñado para evaluar el papel del apoyo social en el mantenimiento de la salud y la capacidad funcional^{14,15}. Comenzó en 1993 con la recogida de datos cada 2 años con una muestra inicial ($n = 1.540$) estratificada por grupos de 2 años de edad (65-66, 67-68, 69-70 hasta

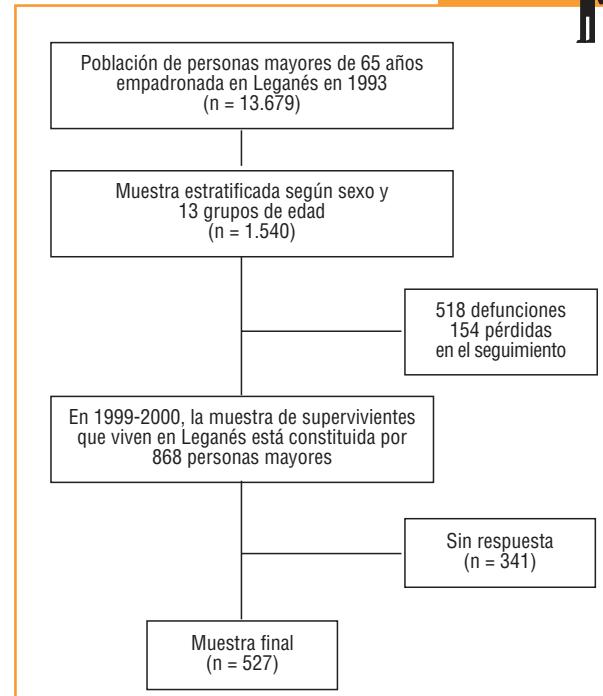
más de 89) y por sexo, extraída del padrón municipal de Leganés. Los datos en este trabajo corresponden al cuarto seguimiento, realizado en 1999-2000, en el que se incluyó una evaluación neuropsicológica para establecer el diagnóstico de demencia. El estudio se propuso a las 838 personas de la cohorte que continuaban vivas y residiendo en Leganés, quienes tenían ya más de 70 años (tabla 1). De ellos, 115 estaban ausentes, 196 rechazaron el estudio y 527 (63%) fueron evaluados. Todos aceptaron voluntariamente participar en el lugar de su conveniencia (domicilio, 442 casos [83,9%]; centro hospitalario próximo, 80 casos [15,2%]; o durante una hospitalización, 2 casos [0,4%]). Tres personas (0,6%) se entrevistaron telefónicamente.

Recogida de información y variables en estudio

La encuesta incluía una evaluación clínica y una evaluación cognitiva realizadas por un neurólogo y un neuropsicólogo. Entre otros, se recogieron datos sociodemográficos, estado de salud, historia de enfermedades crónicas, síntomas de deterioro cognitivo y actividades de la vida diaria. Se realizó un breve examen clínico general y neurológico.

La evaluación cognitiva se realizó mediante una batería de pruebas neuropsicológicas constituida por: el Mini Mental State Examination¹⁶, el Short Portable Mental State Questionnaire¹⁷, el test del informador^{18,19}, el test de los 7 minutos²⁰, el test de la

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Esquema del estudio longitudinal «Envejecer en Leganés» y origen de la muestra poblacional utilizada en este artículo.

campana, recuerdo inmediato y diferido de un breve relato, aprendizaje incidental de 6 figuras simples, Trail making test forma A y el subtest de semejanzas del WAIS.

El diagnóstico de la demencia fue establecido independientemente por dos neurólogos, valorando desde una perspectiva clínica toda la información disponible en la encuesta. Cada sujeto fue clasificado en una de las tres categorías siguientes: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo asociado a la edad (criterios diagnósticos de DSM-IV/IPA-OMS), o demencia (criterios DSM-IV). Para el análisis, se han agrupado en demencia y no demencia. La gravedad de la demencia se clasificó en leve, moderada y grave según criterios DSM-IV.

Se consideraba que el caso estaba detectado y diagnosticado como demente por los servicios sanitarios si el paciente o su acompañante respondía afirmativamente a la pregunta: «¿Ha sido diagnosticado de demencia?». A continuación se le preguntaba qué profesional emitió el diagnóstico: el médico de cabecera, el psiquiatra, el neurólogo o el geriatra.

Para conocer el uso de servicios en el último año se preguntó sobre visitas al centro de salud (por el propio paciente o por terceros), visitas recibidas en el domicilio, visitas a especialistas, urgencias en el hospital, ingresos hospitalarios y utilización de servicios sociales en el domicilio. Las visitas a oftalmología, odontología y rehabilitación se consideraron, a los efectos de este trabajo, como visitas preventivas. Para resumir el número de los distintos tipos de servicios del médico de familia utilizados (visita personal al centro, visita por tercero y visita a domicilio), se elaboró la variable «número de tipos de visita al médico» (de 0 a 3).

Análisis estadístico

Para el estudio de la asociación entre la detección de la demencia y su gravedad y para la comparación del uso de servicios entre las personas mayores con demencia y sin demencia se han contrastado proporciones utilizando la prueba de la χ^2 con nivel de significación de 0,05.

Resultados

Se diagnosticaron 63 casos de demencia (20 leves, 29 moderadas y 14 severas), correspondiendo a una prevalencia del 12%. Estos casos fueron diagnosticados según los datos clínicos recogidos en la encuesta: 25 como enfermedad de Alzheimer probable (4,7%), 17 como enfermedad de Alzheimer posible (3,2%), 4 como demencia vascular probable (0,8%), 8 como demencia vascular posible (1,5%), 5 como demencia con cuerpos de Lewy (0,9%) y 4 como otra causa (0,8%).

Sólo el 30% (IC del 95%, 19-41%) ($n = 19$) de los casos habían sido previamente detectados (7 por el médico de atención primaria, 8 por el neurólogo y 4 por el psiquiatra). La proporción de detección aumentaba significativamente con la severidad de la demencia, pero era independiente de su causa (tabla 2).

La utilización de los servicios de atención primaria realizada por las personas dementes difiere en esta muestra de la de los no dementes (tabla 3). Los dementes visitan menos el centro de salud, reciben más visitas a domicilio tanto del médico como de la enfermera, y consultan más a tra-

TABLA 1 Características sociodemográficas de los supervivientes de la cohorte de Leganés en el año 2000 ($n = 527$)

	N	Prevalencia de demencia (%)		
		Leve/moderada	Grave	Total
Edad (años)				
71-75	169	1,8		1,8
76-80	143	7,7	0,7	8,4
81-85	112	7,1	1,8	8,9
86+	103	26,2	10,7	36,9
Sexo				
Varones	254	7,9	1,6	9,4
Mujeres	273	10,6	3,7	14,3
Nivel educativo				
Menos de primaria	402	9,7	3,0	12,7
Primaria	125	8,0	1,6	9,6

TABLA 2 Número de casos y casos detectados de demencia en personas mayores de 70 años, supervivientes de la cohorte de Leganés, 2000 ($n = 527$)

	Casos con demencia		
	Totales	Detectados	No detectados
Grado de demencia^a			
Demencia leve	20	1 (5%)	19
Demencia moderada	29	9 (31%)	20
Demencia grave	14	9 (64%)	5
Causa de demencia^b			
Enfermedad de Alzheimer	42	13 (31%)	29
Demencia vascular	12	4 (33%)	8
Demencia con cuerpos de Lewy	5	2 (40%)	3
Otra	4	0 (0%)	4
Total	63	19 (30%)	44

^aEl grado de demencia se estableció según criterios DSM-III-R ($\chi^2 = 13,76$; gl = 2; p = 0,001). ^bLa causa de demencia se estableció según los datos clínicos ($\chi^2 = 2,03$; gl = 3; p = 0,56). gl: grados de libertad..

vés de terceros. Este gradiente es especialmente evidente para los pacientes con demencia grave que no acuden personalmente ninguna vez al centro de salud y reciben en el domicilio la visita del médico y la enfermera con una alta frecuencia (84,6 y 69%, respectivamente). Los pacientes con demencia leve/moderada están en una situación intermedia aunque utilizan más la visita por terceros.

Los dementes consultan menos los servicios de utilidad en la prevención de la discapacidad y más los servicios hospitalarios, urgencias e ingresos (tabla 3). Aquellos con demencia reconocida o diagnosticada visitan significativamente menos el centro de salud. Sin alcanzar significación estadística tienden a ver menos a su médico, consultar exclusivamente por terceros, no acceder a servicios preventivos e ingresar más en el hospital.

**TABLA
3****Proporción de sujetos que utilizan los servicios sanitarios según diagnóstico y situación de detección**

	Según diagnóstico			Según detección de la demencia			
	Con demencia			p	Sin detectar (n = 44)	Detectados (n = 19)	p
	Sin demencia (n = 464)	Leve/moderada (n = 49)	Grave (n = 14)				
Visita al médico en el centro	85,5	45,5		< 0,001	44,2	16,7	0,04
Visita del médico a domicilio	23,8	56,3	84,6	< 0,001	62,8	61,1	0,90
Visita al médico por terceros	29,0	77,1	61,5	< 0,001	74,4	72,2	0,86
Visita por terceros (exclusivamente)	3,0	16,3	14,0	< 0,001	11,4	26,3	0,14
Número de tipos de visita al médico de atención primaria ^a				0,006			0,09
0: ninguna	5,6	4,1	7,1		4,5	5,3	
1 tipo	58,6	32,7	50,0		31,8	47,4	
2 tipos	28,2	46,9	42,9		45,5	47,4	
3 tipos	7,5	16,3	0		18,2	0	
Visita de la enfermera al domicilio	10,8	47,9	69,2	< 0,001	53,5	50,0	0,80
Visita a médicos especialistas	52,4	51,1	7,7	0,006	45,2	33,3	0,39
Visita a oftalmología	34,0	29,2	0	0,031	27,9	11,1	0,15
Visita a odontología	16,5	10,4	0	0,161	11,6	0	0,13
Visita a psiquiatría	1,9	2,1	7,7	0,36	4,7	0	0,35
Servicios de rehabilitación	5,0	4,2	0	0,692	4,7	0	0,35
Urgencias hospitalarias	32,9	41,7	61,5	0,05	44,2	50,0	0,68
Ingresos en el hospital	18,2	22,9	53,8	0,015	23,3	44,4	0,10
Atención a domicilio-cuidado del hogar	3,2	4,2	7,7	0,66	2,3	11,1	0,15
Atención a domicilio-cuidado personal	0,2	4,2	7,7	< 0,001	2,3	11,1	0,15

^aLos tipos de visita al médico de atención primaria son: en el centro de salud personalmente, en el centro de salud a través de terceros y en el domicilio.

Discusión

Sólo tres de cada 10 casos de demencia han sido detectados por los servicios sanitarios en nuestro medio. Esta detección está en el rango inferior de la bibliografía consultada¹⁻³. Las personas con demencia tienden a utilizar menos los servicios preventivos y más los servicios hospitalarios, las consultas del médico y la enfermera a domicilio y la consulta por terceros. Estas diferencias se acentúan cuando se trata de demencias graves. Estas mismas diferencias se aprecian entre las personas mayores dementes detectadas y las no detectadas.

Los patrones de utilización de servicios que presentamos ponen de manifiesto las necesidades existentes. Existe una baja utilización de los servicios preventivos de la discapacidad, concretamente de los servicios orientados a las deficiencias sensoriales y a la salud mental. También es baja la utilización de los servicios de rehabilitación y fisioterapia necesarios para recuperar la capacidad funcional comprometida después de un evento agudo o un recrudescimiento de una enfermedad crónica. Es muy baja la cobertura de los servicios sociales: atención a domicilio, centros de día y plazas residenciales de corta estancia que actúen para apoyar a los cuidadores familiares. Sin embargo, la frecuencia

de las consultas a domicilio del médico y la enfermera es alta. Una mayor detección de la demencia debe ir precedida por cambios estructurales y organizativos en la oferta de servicios sanitarios y sociales comunitarios. En ausencia de estos cambios, la detección de la demencia puede llevar a la exclusión de los casos de demencia detectados. De hecho, en este estudio preliminar, la detección de la demencia está asociada a una mayor utilización de los servicios más costosos (visita a domicilio y atención hospitalaria frente a visita a centro de salud), con un defecto de utilización de los servicios de prevención de discapacidad (rehabilitación, oftalmología, odontología).

Puesto que la probabilidad de detección está fuertemente asociada a la gravedad de la demencia, convendría realizar un análisis multivariante de la utilización de servicios, según que el caso haya sido detectado o no, controlado por la gravedad de la demencia. Sin embargo, el pequeño número de casos de demencia (n = 63) nos impide desligar los efectos de la gravedad y de la detección en la utilización de servicios. Como consecuencia, nuestros resultados ofrecen una doble interpretación. Los patrones de utilización de servicios observados pueden estar determinados por la gravedad del caso de demencia o por el hecho de haber sido ya diagnosticado. La primera interpretación sugiere que la grave-



Lo conocido sobre el tema

- Hay una falta de detección de la demencia.
- El diagnóstico precoz de la demencia es deseable para la persona mayor y para su familia.
- Para mantenerse en sus domicilios, las personas con demencia necesitan servicios sociales, preventivos, de rehabilitación y de apoyo a la familia.

Qué aporta este estudio

- Sólo tres de cada 10 casos de demencia están detectados.
- Las personas con demencia utilizan los servicios más costosos, consultas a domicilio y hospitales y hacen escaso uso de los servicios preventivos y de rehabilitación.
- Los casos de demencia ya detectados o graves parecen tener barreras para la utilización adecuada de los servicios de salud y tienen alto riesgo de hospitalización.

dad de la demencia no se ve acompañada por un aumento en la utilización en los servicios orientados a la prevención de la discapacidad y la rehabilitación y los servicios sociales. La segunda interpretación sugiere que la detección de la demencia no se ha visto acompañada por una oferta de servicios adecuada (mayor rehabilitación, atención a la salud mental y a los servicios preventivos de discapacidad y mayor acceso a los servicios sociales comunitarios). Las dos interpretaciones nos llevan a cuestionar por insuficiente la oferta de servicios sociosanitarios ofrecidos a las personas diagnosticadas de demencia. Una explicación complementaria puede ser la actitud ante el enfermo con demencia de los profesionales sanitarios en general y de los de atención primaria en particular. Ante una persona mayor que es diagnosticada de demencia la actitud del personal de primaria puede volverse más pasiva ante la incapacidad de actuar eficazmente con los medios disponibles, especialmente en los casos de demencia grave en los que, a pesar de no disponer de medidas preventivas tan claras como en las demencias leves o moderadas, sí se requieren cuidados específicos. Esta actitud puede ser extensible a los propios familiares, una vez confirmado el diagnóstico o la gravedad de esta enfermedad. Por ello, sería necesario un proceso de cambio mediante actividades de formación y educación junto con un aumento de los recursos específicos para cuidar a este grupo de pacientes.

Es también preocupante la escasa detección de las demencias leves y moderadas y que afecte a todos los tipos de de-

mencia por igual, independientemente de las posibilidades terapéuticas existentes. Una reciente síntesis de la mejor evidencia sobre la eficacia de dos fármacos anticolinesterásicos (donepezilo y rivastigmina) en la enfermedad de Alzheimer, encargada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Salud de Canadá a científicos de las Universidades de McGill y Montreal, concluye que en los casos leves y moderados estos fármacos son capaces de retrasar el deterioro cognitivo de forma significativa durante un período de 6 a 9 meses y que la probabilidad anual de empeoramiento cognitivo es un 38% inferior en los que reciben el tratamiento activo cuando se les compara con el grupo placebo, en un seguimiento de 48 semanas²¹. Los efectos de estos fármacos en los casos graves son menos duraderos según el único ensayo clínico de esta revisión que incluye a pacientes con demencia moderada y grave: las mejoras duran sólo 12 semanas, después de este tiempo las puntuaciones de los pacientes con tratamiento activo convergen con las del grupo placebo. Parece evidente la conveniencia de iniciar el tratamiento farmacológico en los estadios iniciales de la demencia. Las intervenciones psicosociales, tales como las terapias cognitivo-conductuales para ayudar a establecer estrategias de afrontamiento para reducir el estrés y la remiscencia, el recuerdo de la vida y el entrenamiento de memoria, parecen favorecer las conexiones interpersonales y reforzar las habilidades remanentes²².

Una limitación del presente trabajo es su carácter local ya que a pesar de que las características sociodemográficas y de salud de la cohorte inicial «Envejecer en Leganés» no diferían de la media de los ancianos españoles y, aunque es previsible que estos datos puedan generalizarse, no se puede afirmar de forma categórica. Tampoco es homogénea la organización de la atención primaria en el territorio nacional. En cualquier caso, estudios previos han mostrado que la atención primaria en Leganés alcanza buenos estándares de calidad²³⁻²⁵, lo cual hace más preocupantes los hallazgos descritos en este estudio.

En conclusión, la demencia es detectada en menos de un tercio de los ancianos que viven en la comunidad. Las personas con demencia utilizan los servicios más costosos, las visitas a domicilio, las urgencias y los ingresos hospitalarios sin que esta utilización redunde necesariamente en un mejor estado de salud. La reorientación hacia la prevención de la discapacidad y el establecimiento de servicios sociales comunitarios deberían acompañar a la detección de la demencia desde la atención primaria.

Bibliografía

1. Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000;11:223-9.

2. Valcour VG, Masaki KH, Curb D, Lanoie-Blanchette P. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000;160:2964-8.
3. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ* 1988;297:1107-10.
4. Brodaty H, Clarke J, Ganguli M, Grek A, Jorm AF, Khachaturian Z, et al. Screening for cognitive impairment in general practice: toward a consensus. *Alzheimer Dis & Assoc Disord* 1998;12:1-13.
5. Geldmacher DS. Donepezil (Aricept) therapy for Alzheimers disease. *Compr Therapy* 1997;23:492-3.
6. Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, Dekosky ST, Ferriss SH, et al. Consensus statement diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. *JAMA* 1997;278:1363-71.
7. Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Can Med Assoc J* 1999;160(Suppl 12):S1-15.
8. Eccles M, Clarke J, Livingstone M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *BMJ* 1998;317:802-8.
9. Ganguli M, Seaberg E, Belle S, Fisher L, Kuller LH. Cognitive impairment and the use of health services in an elderly rural population: the Movies project. *Monongahela Valley Independent Elderly Survey. JAGS* 1993;41:1065-70.
10. Toseland R, McCallion P, Gerber T, Dawson C, Gieryc S, Guillamo-Ramos V. Use of health and human services by community-residing people with dementia. *Social Work* 1999;44:535-48.
11. García del Campo MM, Zunzunegui MV, Béland F. La consulta por terceros en la atención primaria de las personas mayores. *Aten Primaria* 1995;10:607-14.
12. Béland F, Zunzunegui MV. La utilización de los servicios médicos y sociales por las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995;5:309-24.
13. Alonso J, Orfila F, Ruigomez A, Ferrer M, Anto JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health* 1997;87:365-70.
14. León V, Zunzunegui MV, Béland F. El diseño y la ejecución de la encuesta «Envejecer en Leganés». *Rev Gerontol* 1995;5:215-31.
15. Zunzunegui MV, Béland F, Gutierrez-Cuadra P. Losses to follow up in a longitudinal study of a community dwelling elderly population. *J Clin Epidemiol* 2001;54:501-10.
16. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini Mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
17. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.
18. Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med* 1989;19:1015-22.
19. Morales JM, Gonzalez-Montalvo JI, Bermejo F, Del Ser T. The screening of mild dementia with a shortened Spanish version of the «Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly». *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1995;9:105-11.
20. Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B, Relin M, Brush M, De Meaux RD, et al. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's Disease. *Arch Neurol* 1998;55:349-55.
21. Wolfson C, Oremus M, Shukla V, Momoli F, Demers L, Perrault A, et al. Donepezil and Rivastigmine in the treatment of Alzheimer's disease: a best evidence synthesis of the published data on their efficacy and cost-effectiveness. *Clin Therap* 2002;24:862-86.
22. Kasl-Godley J, Gatz M. Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration theory, therapy, a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review* 2000;20:755-62.
23. Belza MJ, Quiroga J, Béland F, Zunzunegui MV. La hipertensión arterial de las personas mayores: prevalencia, conocimientos, tratamiento y control. *Aten Primaria* 1997;11:231-41.
24. Zunzunegui MV, Béland F, Recalde JM. La utilización de los medicamentos por las personas mayores que viven en su comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:109-15.
25. Recalde JM, Zunzunegui MV, Béland F. Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria* 1998;22:434-8.