



118 <sup>1</sup>Jesús Manuel Vallejo Sánchez  
<sup>2</sup>Manuel Rodríguez Palma

<sup>1</sup>Enfermero. Residencia de Mayores José Matía Calvo. Cádiz.

<sup>2</sup>Enfermero. Máster en Ciencias de la Enfermería. Residencia de Mayores José Matía Calvo. Cádiz.

**Correspondencia:**

Jesús Manuel Vallejo Sánchez

C/ Enrique de las Marinas 27, bajo. 11004 (Cádiz)

Tfno.: 95 622 60 00

E-mail: jmvallejosanchez@yahoo.es

**RESUMEN**

**Introducción y objetivo:** el concepto de *deterioro cognitivo leve* (DCL) define un estado previo en el declinar cognitivo hacia la demencia, donde se observan cambios cognitivos identificables mediante una adecuada evaluación clínica y neuropsicológica. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia del deterioro cognitivo leve en la Residencia José Matía Calvo. **Método:** estudio observacional descriptivo transversal de los residentes institucionalizados con ausencia de patología neurológica o deterioro cognitivo severo de la Residencia de Mayores José Matía Calvo de Cádiz. Se cribó a los sujetos con el mini examen cognoscitivo en la versión de Lobo durante enero de 2008, obteniéndose una muestra de la que se estudiaron variables sociodemográficas y de control (estado cognitivo). **Resultados:** se desprende que la prevalencia de DCL en los ancianos institucionalizados en nuestro centro es del 27%, cifra más elevada que la aportada como media por algunos autores para la población general (15%-20%), pero menor que la establecida en otras residencias de mayores, que oscilan entre el 38,7% y el 44%. **Conclusiones:** el aumento constatado de la prevalencia del deterioro cognitivo en la población mayor y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida de los mayores institucionalizados justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estos ancianos.

**PALABRAS CLAVE**

Deterioro cognitivo leve, residencia de ancianos.

**INTRODUCCIÓN**

Un adecuado funcionamiento cognitivo, al igual que una buena situación anímica, física y socioambiental, son esenciales para la autonomía de la persona. La cognición incumbe la capacidad de atender a lo que nos rodea, concentrarnos en asuntos, aprender nueva información, recordar lo aprendido, reconocer, comprender, expresarnos, ejecutar tareas, razonar ante si-

Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados

153

*Prevalencia of the mild cognitive impairment in institutionalized elders*

**SUMMARY**

**Introduction and objective:** the concept of Mild cognitive impairment defines a previous state in to decline cognitive towards the dementia, where are observed cognitive identifiable changes by means of a suitable clinical and evaluation and neuropsychological. To know the prevalencia of the cognitive slight deterioration in our center. **Methods:** observational, descriptively and transversely study of the residents become institutionalized with absence of neurological pathology or severe cognitive impairment of the home care nursing Jose Matia Calvo of Cadiz. It was sifted to the subjects by the mini cognitive test in the version of Wolf during January, 2008, there being obtained a sample of which were studied social, demography and of control variables. **Results:** it is clear that DCLs prevalencia in the elders become institutionalized in our center is 27 %, number higher than the contributed one like average for some authors for the general population (15-20 %), but minor that the established one in other home care nursing, that range between 38,7 and 44 %. **Conclusions:** the increase stated of the prevalencia of the cognitive impairment in the older population and his repercussion in the level of independence and quality of life of major become institutionalized, justifies the need to identify prematurely such alteration to initiate, as soon as possible, you programme of intervention directed to delaying the dependence, promoting the residual capacities and improving the quality of life of these elders.

**KEY WORDS**

*Mild cognitive impairment, home care nursing.*

tuciones nuevas, juzgar, pensar en abstracto y planificar.

El proceso de envejecimiento cerebral afecta a todos los individuos, manifestándose en el anciano sano como un descenso de funcionalidad en el área cognitiva, asociado a un ralentizamiento psicomotor y que no interfiere en las actividades de la vida diaria (AVD). Hay dificultad en codificar y recuperar la información para recuerdos a cor-



154 to plazo, el aprendizaje es más lento y hay una mínima disminución de la memoria inmediata, sin que se afecte la capacidad de almacenamiento; se hace habitual el descenso de la capacidad de atención, aparece una mayor dificultad para afrontar varias actividades mentales a la vez y cambiar de una a otra, y disminuye la capacidad visuoespacial (1).

Diferentes términos han intentado reflejar estas alteraciones objetivas en la memoria u otras áreas de la cognición en el anciano —en ausencia de criterios para el diagnóstico de demencia—: *olvidos benignos de la senescencia* (Kral, 1962), *deterioro de la memoria asociado a la edad* (Crook T y Cols., 1986), *pérdida de memoria consistente con la edad* (Blackford y La Rue, 1989), *descenso cognitivo asociado al envejecimiento* (Levy, 1994),... siendo el concepto de *deterioro cognitivo leve* (DCL) o *mild cognitive impairment* (MCI) (Petersen y Cols., 1997) el más aceptado en el ámbito científico (2). Dicho concepto surge bajo la hipótesis de que un sujeto, en su declinar cognitivo hacia la demencia, pasa por un estado previo en el que ya se observan cambios cognitivos claramente identificables mediante una adecuada evaluación clínica y neuropsicológica. Este nuevo *constructo* permite identificar sujetos que están en riesgo de padecer una demencia a corto-medio plazo con el fin de detectarlos en estadios precoces de la enfermedad ante la posibilidad —en un futuro próximo— de establecer tratamientos eficaces que disminuyan la probabilidad de transición a demencia y estrategias que retrasen la dependencia y potencien las capacidades residuales del mayor.

El deterioro cognitivo leve (DCL) del anciano es una entidad emergente que se conceptúa como un estado intermedio entre la demencia leve y la normalidad cognitiva. Su nacimiento se justifica porque el rendimiento cognitivo global de la población anciana (como grupo) tiene una distribución continua que decrece de forma casi exponencial conforme se envejece, al menos hasta los 95 años. Gran parte de los ancianos que sufren un deterioro cognitivo no padecen demencia sino una alteración cognitiva más o menos leve, que es más prevalente en los “viejos viejos” (mayores de 75-80 años).

El DCL del anciano tiene varios rasgos de interés: es muy prevalente y afecta a la cuarta o quinta parte de los ancianos (3); su diagnóstico precoz es de importancia sanitaria porque es el preludio frecuente de demencia (4); conlleva un aumento de mortalidad (5, 6). La magnitud del envejecimiento progresivo de la población va a incrementar la cuantía de ancianos con DCL al existir más personas en riesgo, y diversos factores sociales la van a situar como la consulta sanitaria más frecuente (7), por lo que la discusión de esta entidad adquiere cada vez mayor interés. Este hecho toma mayor importancia, si cabe, en los mayores institucionalizados, donde la prevalencia de DCL se sitúa entre el 38,7% y el 44% de la población (8, 9). Esto justifica la necesidad de cuantificar y determinar la magnitud del problema, así como de establecer las medidas adecuadas de intervención.

## OBJETIVO

Conocer la prevalencia del deterioro cognitivo leve en la Residencia de Mayores José Matía Calvo de Cádiz, para planificar las intervenciones del equipo multidisciplinar, adaptándolas al mantenimiento, recuperación o potenciación de la independencia y capacidades residuales del anciano.

## SUJETOS Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal utilizando como muestra a los ancianos ingresados en la Residencia de Mayores José Matía Calvo de Cádiz. Este centro depende del Área de Igualdad de la Excm. Diputación Provincial de Cádiz. Es un centro residencial mixto —atiende a ancianos independientes y dependientes, tanto funcionales como psíquicos de 99 plazas. El nivel socioeconómico y cultural de los residentes es muy heterogéneo, dada la diversa procedencia de los mismos. La financiación de la residencia proviene de la propia Diputación y de la aportación de cada residente. A noviembre de 2007, la ocupación del centro era del 100%, con una edad media de población de 81,63 años (6,3% de los residentes tienen menos de 70 años, 29,8% entre 70 y 79 años, 51,1% entre 80 y 89 años, y 12,8% tienen 90 ó más años). La ocupación interanual es del 98,1% y la distribución por sexos es de 39 varones (39%) y 60 mujeres (61%).

Como variables de estudio se han seleccionado variables sociodemográficas: identificación, edad, sexo, fecha y motivo de ingreso; y variables control: estado cognitivo. Hemos excluido del estudio a los ancianos con patología neurológica o deterioro cognitivo severo, centrándonos en el grupo de ancianos sanos o con un envejecimiento normal, que constituirían la población en riesgo de desarrollar un posible DCL.

A este respecto, nos hemos basado en la revisión crítica del concepto que ha realizado recientemente el grupo de trabajo del *European Consortium on Alzheimer's Disease* (EADC) (10), proponiendo una serie de signos-guía para su detección precoz. Estos criterios son:

1. Quejas cognoscitivas procedentes del paciente y/o su familia.
2. El sujeto y/o el informador refieren un declive en el funcionamiento cognoscitivo en relación con las capacidades previas durante los últimos 12 meses.
3. Trastornos cognoscitivos evidenciados mediante evaluación clínica: deterioro de la memoria y/u otro dominio cognoscitivo.
4. El deterioro cognoscitivo no tiene repercusiones principales en la vida diaria, aunque el sujeto puede referir dificultades concernientes a actividades complejas del día a día.
5. Ausencia de demencia.

La apreciación de estas características en el mayor hará posible identificar a pacientes con un riesgo elevado de



progresión hacia la demencia, y también permitirá establecer estrategias terapéuticas específicas más adaptadas a estadios precoces, junto con un manejo global más estructurado. Esto es importante ya que los pacientes con un profundo déficit de memoria pero sin otros déficits cognitivos, así como los pacientes con pequeños déficits en varias áreas cognitivas pero sin deterioro funcional doméstico ni laboral, no reúnen criterios para poder ser diagnosticados de demencia.

Durante la evaluación clínica del deterioro cognitivo se recomienda el uso de test neuropsicológicos e instrumentos de cribaje. En la actualidad, se asume que al menos una parte de las personas que tendrán en el futuro una demencia son detectables mediante test neuropsicológicos. Los estudios de Lin y Cols. (11), Small y Cols. (12) y Braekhus y Cols. (13) muestran que los sujetos que devienen en demencia ofrecen un rendimiento menor en los test cognitivos globales y especialmente en aquellos que evalúan áreas cognitivas concretas como la memoria.

Tras valorar las distintas alternativas, se escogió el mini examen cognoscitivo en la versión de Lobo y Cols. (14) como variante del *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein (15) y validada como prueba de *screening* en la población española por Vilalta y Cols. (16). Su elección se basó en criterios de facilidad de uso, sensibilidad, especificidad, valor predictivo y recomendación en la bibliografía consultada tanto para ancianos en domicilio como institucionalizados (17-19).

La aplicación del test a los mayores se realizó durante el mes de enero de 2008.

## RESULTADOS

Del total de los 99 mayores del centro, se excluyó al 64% de la muestra, al sufrir patología neurológica o deterioro cognitivo severo. Esta alta incidencia de deterioro cognitivo severo resulta cuanto menos llamativa y no suficientemente explicada por el factor edad, aunque otros estudios multicéntricos nacionales han reflejado valores similares de prevalencia de demencia en mayores institucionalizados (20-21). Resultaría interesante tratar este aspecto por separado, en otro estudio, por lo que no nos detendremos demasiado en ello. Del resto de la muestra, tenemos a 55 residentes: 20 varones (36%) y 35 mujeres (64%), con una edad media de 81,55 años. A este grupo se le aplicó el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, obteniendo los resultados que se detallan en la Tabla 1.

De los resultados obtenidos, se desprende que la prevalencia de DCL en los ancianos institucionalizados en la Residencia de Mayores José Matía Calvo es del 27%, cifra más elevada que la aportada como media por algunos autores (3) para la población general (15%-

20%), pero menor que la establecida en otras residencias de mayores (8, 9), que oscilan entre el 38,7% y el 44%. Aún así representa un importante grupo de población con un síndrome que puede acarrear importantes repercusiones personales, asistenciales y familiares.

## DISCUSIÓN

El hecho de que el DCL sea un término reciente y muy heterogéneo ofrece dificultades a la hora de obtener información sobre su distribución epidemiológica, sobre todo a nivel nacional. Incluido recientemente en las principales clasificaciones de enfermedades (DSM-IV y CIE-10), con los términos *Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad* y *Trastorno cognoscitivo leve*, respectivamente, no hemos obtenido datos estadísticos de la magnitud de este proceso por parte de instituciones a nivel nacional (INE, por ejemplo), por lo que la mayoría de las cifras que aportamos a continuación corresponden a diversos trabajos y estudios clínicos publicados.

Para poder desarrollar una comparación con los valores de prevalencia obtenidos en nuestra muestra, hay que decir que los datos de los estudios consultados muestran un rango de prevalencia variable en la población anciana (5,3%-45%), siendo la prevalencia media de 15%-20% (3). En el estudio poblacional NEDICES realizado en España, los mayores que padecían DCL y/o alteración amnésica objetiva variaban de 19,9% a 13,8%, según el criterio psicométrico elegido —una o dos desviaciones estándar por debajo de la media de un estudio psicométrico elemental— (22, 23) lo que representaba casi tres veces más que la prevalencia de demencia en este estudio.

Al igual que en los resultados obtenidos en nuestro estudio, no se han encontrado en otros estudios diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la incidencia de aparición de DCL. Sin embargo, sí existe un aumento en la prevalencia de casos en adultos institucionalizados y en poblaciones rurales (24, 25). Estudios recientes denotan una prevalencia de entre el 38,7% y el 44% de la población institucionalizada (8, 9).

Resultan interesantes los datos destacados por Rojas Ocaña (26) donde se refiere a un síndrome específico de institucionalización que cursa, entre otros signos, con disminución de la capacidad cognitiva, apatía y disminución de autonomía. Este hecho podría justificar el aumento de incidencia de DCL en la población institucionalizada recientemente, aun con situación cognitiva normal al ingreso.

Tabla 1. Resultados de prevalencia de DCL y puntuaciones en MEC de Lobo (14)

Sexo	Total individuos	MEC < 24	MEC > 24	Prev. DCL por sexo	Prev. DCL
					Total
Varón	20	5	15	25%	27%
Mujer	35	10	25	28,6%	



156 Otro aspecto importante a tener en cuenta es que, según estudios recientes (3), entre un 1%-25% (media 12%-15%) de los pacientes con DCL devienen dementes al año, frente al 12% de conversión a demencia de los sujetos cognitivamente sanos. Esta conversión suele alcanzar al 50% de las personas con DCL a los 5 años (aunque los estudios ofrecen datos muy diversos según la definición de DCL, edad de la cohorte y tasa de mortalidad) (20). Bennet y Cols. (25-26) observan en su cohorte de voluntarios que los mayores con DCL tienen un riesgo relativo tres veces mayor (IC 95% = 2,1-4,5) que los cognitivamente normales de padecer demencia y, en el estudio del Proyecto Kungsholmen de Estocolmo (29), se observó que la evolución a 3 años de los ancianos con DCL fue: cerca de un tercio había muerto, un 35% había devenido demente, el 11% continuaba estable y el 25% había mejorado cognitivamente. La evolución de la DCL a largo plazo depende en gran medida de la etiología subyacente que la cause, pero lo que es cierto es que la etiqueta de deterioro cognitivo conlleva un riesgo de demencia y de incremento de riesgo de mortalidad evidente (3, 5, 6, 19, 23, 28-30).

### CONCLUSIONES

El aumento de la prevalencia del deterioro cognitivo en la población mayor y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida de los mayores institucionalizados, constatados por los estudios epidemiológicos en general y nuestro en particular, justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del anciano el máximo tiempo posible, implementando distintas medidas de reforzamiento y ejercicio de dichas funciones, para así retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estos ancianos.

Importantes razones justifican la preocupación por el diagnóstico precoz del DCL. En el caso de la demencia, quizás de mayor interés sea la probabilidad de revertir un "exceso de incapacidad" cognitiva o funcional hasta entonces desapercibido. No menos importante es ofrecer la oportunidad a la familia de recibir informa-

ción sobre la enfermedad desde un inicio, poder adaptarse y ajustar los cuidados a las necesidades en cada fase y planificar el futuro. Esto ayuda a mejorar su bienestar y la calidad de los cuidados, evitando el desconcierto al no comprender lo que está sucediendo, y prevenir para que no se tomen decisiones equivocadas en momentos de crisis. El diagnóstico precoz también puede brindar al paciente la opción de decidir por anticipado, afrontar personalmente problemas de seguridad como la conducción de vehículos y resolver cuestiones financieras en un momento en el que aún es capaz de apreciar las consecuencias. Finalmente, los nuevos tratamientos en la demencia pueden rentabilizarse en sujetos con deterioro cognoscitivo más leve (31).

También, desde el punto de vista de la gestión, es importante detectar y ponderar la incidencia del aumento de dependencia en los profesionales asistenciales que cuidan a nuestros mayores, puesto que la pérdida de independencia se traduce inequívocamente en una sobrecarga del personal asistencial en el centro socio-sanitario.

Otro aspecto que no debemos olvidar es el apoyo, por un lado, al mayor que está experimentado el declinar de sus capacidades cognitivas y con ellas, en mayor o menor medida, las funcionales; y, por otro, el papel de la familia dentro de la detección, planificación y actuación frente a la progresión del deterioro cognitivo.

Mientras que la comunidad científica no encuentre un modo de frenar la progresión del DC, debemos resaltar la importancia del profesional asistencial, especialmente del equipo sanitario (médicos, enfermeros y auxiliares) en el cuidado del anciano institucionalizado y estimular la adopción de medidas que retrasen el deterioro físico, funcional, afectivo y familiar de estos mayores. Si con nuestros cuidados pretendemos lograr y mantener un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento en el caso de mayores con algún grado de deterioro cognitivo, esta responsabilidad se acrecienta considerablemente al depender, literalmente, de nuestros conocimientos, habilidades y capacidad de planificación de cuidados para conseguir detectar y actuar lo más precozmente ante el DC y "garantizar" que el desarrollo de su vejez, a pesar del declinar cognitivo, se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles.

121

### BIBLIOGRAFÍA

1. Nolan KA, Blass JP. Preventing cognitive decline. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 19-34.
2. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangelos EG. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* 1997; 9 (Suppl. 1): 65-9.
3. Bermejo F, Vega S, Olazarán J, Fernández C, Gabriel R. Alteración cognitiva leve del anciano. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 159-65.
4. Petersen RC, Stevens J, Ganguli M *et al.* Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment. *Neurology* 2001; 56: 1133-42.

5. Kelman HR, Thomas C, Kenndy JL y Cheng J. Cognitive impairment and mortality in older community residents. *Am J Public Health* 1994; 84: 1255-60.
6. Frisoni GB, Fratiglioni L, Fastbom J, Viitanen M, Winblad B. Mortality in non demented subjects with cognitive impairment: the influence of health-related factors. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 1031-44.
7. Bermejo F, Alom J, Peña-Casanova J *et al.* Registro multicéntrico de casos incidentes de demencia. Un estudio del grupo de demencias de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología* 1994; 9: 401-6.
8. Damián J, Valderrama E, Rodríguez F, Martín JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores de Madrid. *Gac Sanitaria* 2004; 18 (4): 268-74.



9. Leiva Saldaña A, Palacios Gómez L, Sánchez Ramos JL, Forjan Lozano E, León Jariego JC. Deterioro cognitivo y dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en una residencia de ancianos; una aproximación a la fuente de dificultad. Resumen de Comunicaciones. IV Congreso ASANEC. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidencia 2006; 3 (7). [Consultado 12/12/2007]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidencia/n7/216-1articulo.php>.
10. Portet F, Visser PJ, Frisoni GB, Nobili J, Scheltens P, Vellas B *et al*. Mild cognitive impairment in medical practice: critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI (Mild Cognitive Impairment) working group of the European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC). Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 2006; 77: 714-8.
11. Linn RT, Wolf PA, Bachman DL *et al*. The "preclinical phase" of probable Alzheimer's disease. A 13-year prospective study of the Framingham cohort. Arch Neurol 1995; 52 (2): 485-90.
12. Small BJ, Fratiglioni L, Viitanen M *et al*. The course of cognitive impairment in preclinical Alzheimer disease: three -and 6- year follow-up of a population-based sample. Arch Neurol 2000; 57 (6): 839-44.
13. Braekhus A, Laake K, Engedal K. A low, normal score on the Mini-Mental State Examination predicts development of dementia after three years. J Am Geriatr Soc 1995; 43 (6): 656-61.
14. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T *et al*. Revalidación y normalización del Mini Examen Cognoscitivo (primera versión al castellano del Mini Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clínica 1999; 112: 767-74.
15. Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J Psych Res 1975; 12 (3): 189-98.
16. Vilalta-Franch J, Llinas-Regla J, López-Pousa S. The Mini Cognitive Examination for screening in epidemiologic studies of dementia. Neurología 1996; 11: 166-9.
17. Iñiguez J. El Deterioro Cognitivo Leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia de tipo Alzheimer. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 17, 2004. [Consultado 12/12/2007]. Disponible en: <http://www.imserso mayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>.
18. Iñiguez J. El Deterioro Cognitivo Leve (2): factores predictivos y abordaje terapéutico. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 46, 2006. [Consultado 12/12/2007]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-02.pdf>.
19. Flicker C, Ferris S, Reisberg B. Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia. Neurology 1991; 41: 1006-9.
20. López R, López J.A., Castrodeza FJ *et al*. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44 (1): 5-11. [Consultado 30/6/2009]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com>.
21. Gutiérrez J, Jiménez F, Alonso A, Sáenz L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2009; 44 (1): 31-3 [Consultado 30/6/2009]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com>.
22. Bermejo FP. Alteración cognitiva leve. Una revisión de la clínica y epidemiología con datos del estudio NEDICES. En: Fronteras en la enfermedad de Alzheimer, García AG, Gandía L, eds. Madrid: Farmaindustria. UAM 2002; 231-54.
23. Bermejo FP, Gabriel RS, Vega SQ, Morales JM, Rocca WA, Anderson DW. Problems and issues with door to door, two phases surveys: An illustration from Central Spain. Neuroepidemiology 2001; 20: 225-31.
24. Morris JC, Storandt M, Miller JP. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. Arch Neurol 2001; 58: 397-405.
25. Bischkopf J, Busse A, Angermeyer M. Mild cognitive impairment: a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 403-14.
26. Rojas MJ, Toronjo A, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos 2006; 17 (1): 6-23.
27. Kluger A, Ferris SH, Golomb J, Mittelman MS, Reisberg B. Neuropsychological prediction of decline to dementia in non demented elderly. J Geriatr Psychiatry Neurol 1999; 12: 168-79.
28. Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA *et al*. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. Neurology 2002; 59: 198-205.
29. Palmer K, Wang HX, Backman L, Winblad B, Fratiglioni L. Differential evolution of cognitive impairment in non demented older persons: results from the Kungsholmen Project. Am J Psychiatry 2002; 159: 436-42.
30. Brayne C, Gao L, Dewey M, Matthews FE. Dementia before death in ageing societies. The promise of prevention and the reality. Medicine 2006; 3 (10): 1922-30.
31. Pérez J. Delirium, deterioro cognoscitivo y tipos de demencia. En: García FJ, López JM (Coord.) El anciano con demencia. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica, 2007; pp. 83-112.