

# Clínica de la memoria y unidad de demencias: un programa de enlace con atención primaria

A. Lobo, P. Saz

## Resumen

*Contexto: Tras 25 años de funcionamiento de nuestro Servicio, cuyos principios básicos están fundamentados en el desarrollo de una medicina humanista y en una visión “empírica”, basada en “evidencias”, de la Psiquiatría, nos planteamos la necesidad de desarrollar una Unidad que abordase los problemas cognoscitivos y demencias.*

*Objetivos: Exponer la filosofía específica que inspira la Clínica, su plan de trabajo y, en especial, los fundamentos de Psiquiatría de Enlace que se aplican.*

*Resultados:*

*1. Perspectiva asistencial: se trata de hacerse cargo clínicamente de los enfermos. Tras una completa evaluación diagnóstica se instaura un plan de tratamiento y seguimiento, con otras alternativas que decide el paciente y su médico de familia. El abordaje es multidisciplinar, con intervención de Enfermería y Trabajo Social además de los psiquiatras y en conexión con el Programa de Enlace.*

*2. Perspectiva docente: enseñanza a todos los niveles (MIR de psiquiatría y otras especialidades, estudiantes de medicina y otras especialidades, etc).*

*3. Perspectiva investigadora: en conexión con el Proyecto ZARADEMP, acerca de la epidemiología clínica de las demencias.*

*4. Perspectiva de gestión: en la línea de los modernos modelos de “managing” hospitalario.*

*5. Perspectiva de la Psiquiatría de Enlace: en todos los casos se hace un planteamiento específico para contactar con el médico de familia y realizar un seguimiento especial con su contribución.*

*Conclusiones: En base a la experiencia adquirida, parece relevante el papel de la Psiquiatría de Enlace en la atención a los pacientes con demencia.*

**Palabras clave:** Unidad de demencias. Psiquiatría de enlace. Abordaje multidisciplinar. Proyecto ZARADEMP.

---

**Correspondencia:** Dr. A. Lobo  
Servicio de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace  
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza  
Avda. San Juan Bosco, 15  
50009 Zaragoza.  
Email: alobo@unizar.es

## Summary

**Context:** *In the background of 25 years of experience in our Psychosomatics Consultation-Liaison Service, which is based on both, humanistic philosophy and empirical science, we now suggest the importance of organizing a Memory Clinic for patients with cognitive problems and/or dementia.*

**Objectives:**

*To describe the philosophy supporting in the Clinic, the working plan and, specifically, its Psychosomatics- Liaison Psychiatry foundations.*

**Results:**

*1. Clinical perspective: The clinic is intended to care for patients. A full assesment is completed and then a treatment and follow-up plan is implemented. Patients and family may elect alternative plans. The approach is multi-disciplinary, with the intervention of specialized Nursing and Social Work, aside from psychiatric interventions and the liaison program.*

*2. Teaching perspective:*

*Teaching to psychiatric residents and residents from other medical disciplines, as well as medical students and students from other health related disciplines.*

*3. Research perspective: connected with the ZARADEMP Project, related to the epidemiology of dementia.*

*4. Management perspective: related to modern techniques of hospital management.*

*5. Psychosomatics/Liaison Psychiatry perspective: in each case, a plan is implemented to contact with the family physician and complete the follow-up, specific plan.*

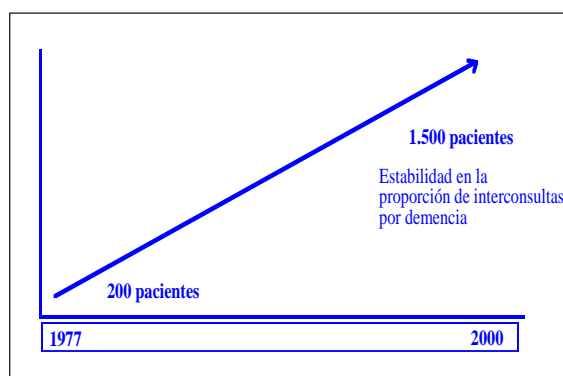
**Conclusions:**

*On the bases of the experience in the Clinic, it is concluded that the psychiatric liaison programs are highly relevant in patients with dementia.*

**Key words:** Dementia Service. Liaison Psychiatry. Approach multi-disciplinary. ZARADEMP project.

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de Psicología y Psiquiatría de Enlace del H.C.U. de Zaragoza comenzó su andadura hace 25 años. Se inspira desde el principio en una doble perspectiva filosófica: la de la medicina humanista y psicología, por una parte; y, por otra, la perspectiva “empírica” o, como ahora se denomina, basada en datos, o “evidencias” (Lobo y cols. 2001). También desde el principio ha defendido un “modelo triangular” (asistencia clínica a los enfermos, docencia e investigación) al que en los últimos años se ha añadido la perspectiva de la gestión (Lobo A, 1996). La figura 1 muestra la experiencia del Servicio, con una creciente y sistemática remisión de enfermos del hospital general y una proporción estable de casos de demencia remitidos, que oscila sobre el 10% de los diagnósticos.



**Figura 1**

Experiencia del Servicio de Psicología y Psiquiatría de Enlace del H.C.U. de Zaragoza: Pacientes remitidos desde servicios médico-quirúrgicos

El interés en el tema de las demencias, desde la perspectiva de la Psiquiatría de Enlace, tiene los siguientes fundamentos:

1. El envejecimiento de las sociedades occidentales y también en nuestro medio (Olshansky, Carnes y Cassel, 1993).

2. El incremento de la expectativa de vida media, también en nuestro medio (Libro blanco de la Tercera Edad de la Comunidad Europea. Barcelona, 1990).

3. La prevalencia de patología psíquica en población general, que en nuestro medio y en el caso de las demencias, alcanza el 5,5% de la población mayor de 65 años (Lobo y cols. 1995).

Estos datos son consonantes con la descrita "epidemia de demencias" en las sociedades occidentales (WHO 1985), y con datos internacionales más recientes (Lobo y cols., 2000).

4. Se prevee además un dramático aumento de casos de demencia en las próximas décadas (OCDE, en prensa), y por consiguiente de las necesidades asistenciales, sociales, económicas, etc., que acompañan este tipo de patología.

Esto tiene también notables implicaciones sociales y para los cuidadores (EUROCARE, 1999). Además, se ha descrito, también en nuestro medio, la alta mortalidad entre los pacientes con demencia (Dewey y Saz, 2001).

5. Los datos de apoyo para que la Psiquiatría de Enlace forme parte de la asistencia a este tipo de patología se refieren a: la alta prevalencia en pacientes en hospital general (Erkinjuntti et al. 1986); la alta prevalencia en trastornos médico-quirúrgicos específicos; que las demencias constituyen 1/3 de las interconsultas a Psiquiatría de Enlace, y frecuentemente no han sido diagnosticadas (Huyse et al. 1996; Lobo et al. 1993); que la mayoría de los pacientes presentan también síntomas no cognoscitivos (Ballard et al. 2001; Lyketsos et al. 2002)...

6. Además, se conoce que la mayoría de los pacientes con demencia leve no han sido diagnosticados en población general (Larson et al. 1992; Lobo et al. 1997) y que con demencia se producen estancias hospitalarias más prolongadas, que se asocian a costes más elevados y a mayor utilización de recursos sanitarios tras el alta (Lyketsos et al. 2000; Saravay and Lavin, 1994).

7. En cuanto a datos específicos de España, de Zaragoza, se resumen básicamente en la pre-

valencia de demencias en población general (5,5% en >65 años) (Lobo y cols., 1995) y en pacientes atendidos en atención primaria (4,0%), y la importante tasa de remisiones e interconsultas (6,3%) por sospecha de demencia (Lobo et al., 1997; Lobo et al., 2000). Además se ha estimado que un 80% de las demencias en población general, no han sido detectadas ni tratadas (Lobo y cols., 1995; Lobo et al., 2000).

8. Se han documentado, por otra parte, las consecuencias negativas de no diagnosticar y tratar a pacientes con demencia (Lyketsos et al., 2003; Spector et al., 2003a).

9. Finalmente, el abandono de las demencias por parte de un sector de la psiquiatría, en nuestro país, nos ha parecido "suicida" para la disciplina.

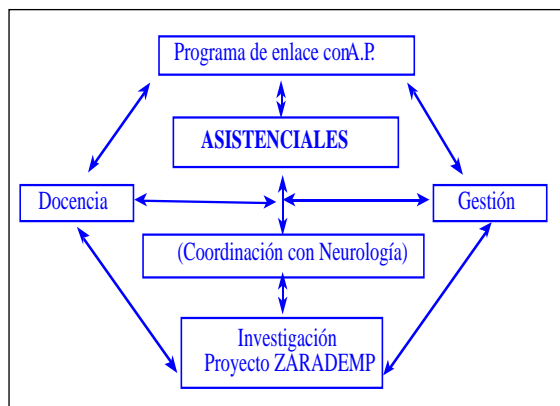
Por todo ello, parecía oportuno organizar una "Clínica de la Memoria" o "Unidad de Demencias", que, dentro de las notables limitaciones estructurales, permitiese, desde la filosofía del Servicio, hacer un abordaje clínico, docente, investigador y de gestión; y mantener al mismo tiempo un núcleo de actividad "de enlace", fundamentalmente con Atención Primaria y, en lo posible, coordinado con el Servicio de Neurología.

## LOS OBJETIVOS Y LOS MÉTODOS EN LA CLÍNICA DE LA MEMORIA

La figura 2 resume el cometido de la Clínica de la Memoria. Se trata, fundamentalmente, de prestar una asistencia clínica. Parte integral de esta asistencia es el "enlace" con Atención Primaria, pero éste también tiene cometidos docentes, cometidos que se amplían a otros niveles de enseñanza. La investigación, el proyecto ZARADEMP, fue el germen de la clínica y, naturalmente, los pacientes que aquí se vean deberán contribuir a los cometidos de la investigación en psicogeriatría. El programa de gestión completa el esquema, además de la colaboración con la clínica correspondiente del Servicio de Neurología.

### I. Asistencia

La clínica recibe pacientes vistos por el servicio de Psicósomática y Psiquiatría de Enlace en



**Figura 2**  
Objetivos de la Clínica de la Memoria

plantas médicas, a solicitud de diversos servicios médico-quirúrgicos, para completar una evaluación diagnóstica, y en su caso, para seguir tratamiento. Recibe, además, pacientes surgidos de los proyectos de investigación y, de modo progresivo, remisiones de otras unidades del Departamento de Psiquiatría. Resulta claro, a la vista de la experiencia, que las demandas crecerán de inmediato, de modo exponencial, si se aceptan remisiones en general, incluyendo las de Atención Primaria. Por motivos logísticos, la Clínica no tiene capacidad para atender esta demanda, pero en los planes del Departamento está el crecimiento progresivo de esta Unidad.

Parte integral de la asistencia es la colaboración con el Servicio de Neurología, con remisiones de pacientes en ambos sentidos; y en lugar preponderante el programa de enlace, que se describe en el siguiente apartado. Igualmente, es parte consustancial del trabajo clínico la contribución de Enfermería y Trabajo Social, ambas especializadas.

El equipo de trabajo de la Unidad Interdisciplinar de Demencias está formado por un psiquiatra (que es además Jefe del Servicio), con la colaboración de un psiquiatra y Profesor Titular de la Facultad de Medicina, y una psicólogo, becaria de investigación, además del staff; enfermera psiquiátrica, auxiliar de enfermería y trabajadora social a tiempo parcial.

El protocolo utilizado para la valoración de los pacientes consiste en:

a) Entrevista psiquiátrica y exploración, que incluye: anamnesis e historia clínica (médica/psiquiátrica); examen mental, utilizando las versiones españolas estandarizadas de Examen Cognoscitivo “Mini mental” (MMSE); cuestionarios de Actividades de Vida Diaria (Lawton & Brody e Índice de Katz)..., y; exploración neurológica consistente en campimetría por confrontación, movimientos oculares, pares craneales (especialmente los bajos: facial), vías largas EESS (Mingazzini, ROT, tono muscular), vías largas EEII (ROT, tono muscular, Babinski), reflejos regresivos (prensión, palmo-mentoniano, etc), coordinación (dedo-nariz, talón-rodilla), equilibrio (marcha y Romberg).

b) Protocolo neuropsicológico (tabla 1), con el que se exploran todos los dominios cognoscitivos (atención, memoria, lenguaje, praxias, gnosis, función ejecutiva, razonamiento abstracto, función visoespacial y visuoespacial...).

c) Analítica referente al protocolo completo de demencias, que incluye: sangre (perfil general, hemograma, VSG), orina, si procede, serología lues, VIH (brucella, si procede), TSH, vitamina B12, ácido fólico.

d) Pruebas complementarias de neuroimagen, que incluyen siempre TAC cerebral normal y SPECT cerebral. En algún caso se solicita además, EEG.

Con una dedicación de un día a la semana, el **Procedimiento** que se lleva a cabo y del cual se informa al paciente y a la familia, se resume en los siguientes puntos:

#### 1. Primera visita:

- Completar la historia clínica estándar y realizar el examen mental del paciente.
- Realizar el examen neurológico.
- Realizar la batería de exploración neuropsicológica (Tabla1).
- Si procede, solicitar el protocolo de exploraciones complementarias.
- Hipótesis diagnóstica: de la primera visita debemos ser capaces de extraer como mínimo:

1. Diagnóstico de trabajo de demencia, en su caso (mínimo, diagnóstico sindrómico).

**Tabla 1**  
**Protocolo de exploración neuropsicológica**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE)</li> <li>- Test del Reloj.</li> <li>- Conciencia de enfermedad/Actitud hacia las pruebas/Aspecto físico.</li> <li>- Atención (estado de alerta) y Atención/Concentración: Dígitos (WAIS)/Clave de números (WAIS).</li> <li>- Memoria: Memoria verbal de fijación-retención (Rey).             <ul style="list-style-type: none"> <li>Memoria Lógica a corto y largo plazo (WMS).</li> <li>Reproducción Figura Compleja de Rey (10 min.)</li> <li>Memoria remota, episódica y semántica (WMS).</li> </ul> </li> <li>- Lenguaje: Lenguaje espontáneo; Repetición; Comprensión; Denominación; Lectura/Comprensión lectora.</li> <li>- Praxias: ideomotrices de imitación y simbólicas/ideatorias/orofaciales/visuo-constructivas (Copia Figura Compleja de Rey) / Vestirse.</li> <li>- Gnosias visuales (Test de Poppelreuter) y (Test de percepción de relojes).</li> <li>- Razonamiento abstracto: Semejanzas WAIS/Interpretación de refranes.</li> <li>- Funciones ejecutivas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Reproducción de ritmos. (Luria-DNA)</li> <li>Coordinación motora (Luria-DNA)</li> <li>Alternancias motoras (Luria-DNA)</li> <li>Alternancias gráficas. (Luria-DNA)</li> <li>Inhibición recíproca de estímulos. (Luria-DNA)</li> <li>Fluencia simple (FAS): clave semántica y clave fonética.</li> <li>Trail Making Test (formas A y B).</li> <li>Test de Stroop.</li> </ul> </li> </ul> |
|---|

2. Otros síndromes psiquiátricos (depresivo, trastornos de la conducta, etc.).

- Si procede (a solicitud del paciente, o, por necesidad de iniciar tratamiento psicotrópico,...) se envía P-10 al médico de familia.

*2. Visita de resultados:*

- Diagnóstico de demencia: (en su caso) ajustado a los distintos tipos de demencia en función de los resultados completos de la evaluación; valorar otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos.

- Tratamiento específico de demencia; se inicia en los casos que esté justificado.

- Informe informatizado a médico de familia (y otros) (“Enlace”).

- Valorar si procede incluir al cuidador principal en el “programa de cuidadores”, tras un análisis de la situación de sobrecarga, y, conocer si existe demanda de atención por parte de éste.

- Valorar si procede intervención de Trabajo

Social, para informar sobre la existencia de recursos sociales (residencias, centros de día, asociaciones de familiares, etc.), pero también para el tratamiento socio-familiar, si procede.

- Propuesta para sesión clínica, en aquellos casos que por sus particularidades sean de interés especial.

*3. Visitas sucesivas:*

- Programa de seguimiento: visitas cada 6 meses (pero en conexión con el programa de “Enlace” con el médico de familia).

- Programa de cuidadores (a desarrollar).

- Intervención de Trabajo Social.

- Programa de rehabilitación neuropsicológica (a desarrollar).

**II. Docencia**

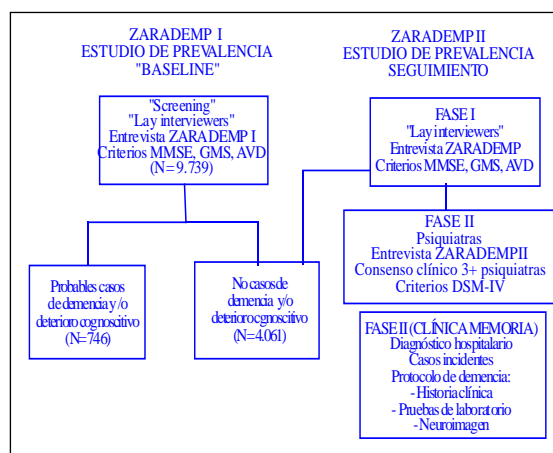
Los programas docentes se dirigen, en primer lugar, a los médicos de Atención Primaria (MAP)

con los que se “enlaza”. Se programa, además, para los residentes MIR de psiquiatría u otras especialidades médicas; para los estudiantes de medicina; y para otros estudiantes que incluyen los de cursos del doctorado; psicólogos clínicos, becarios de investigación, etc.

### III. Investigación

La investigación se incluye en el proyecto ZARADEMP, que representa nuestra aportación al estudio europeo EURODEM II, aunque tiene además objetivos propios, incluyendo los de largo plazo. Pretende, por otra parte, estudiar una muestra suficientemente amplia para generar datos con suficiente poder estadístico para verificar las hipótesis principales sobre factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. La tabla 2 resume los objetivos principales del Proyecto.

En el diseño/algoritmo del proyecto (figura 3) puede apreciarse la complejidad del mismo: parte de una muestra calculada (“errores muestrales”, “pérdidas”, etc.), de cerca de 10.000 individuos; se estudian en una primera “ola”, con dos fases, para detectar los individuos con demencia, eliminarlos de la muestra, y quedarse con los individuos “sanos” (sin demencia), que deben ser seguidos para detectar los casos “nuevos” o “incidentes”; a los dos años se examina a dichos individuos en una segunda “ola”, con dos fases y una tercera hospitalaria, para diagnosticar a los casos probables con un protocolo completo; puesto que no se genera suficiente número de “casos incidentes”, hay que hacer una nueva “ola”, la tercera, a los cuatro años del estudio de base; y se pretende seguir a la muestra en nuevas “olas”, para nuevos objetivos.



**Figura 3**  
Diseño del Proyecto ZARADEMP

La envergadura de este estudio, la muy amplia muestra y la complejidad de la logística han hecho necesario un importante esfuerzo organizador, en el que han participado hasta la fecha más de 100 investigadores, de distintas disciplinas, incluyendo entre ellos a los “lay interviewers” (estudiantes de medicina entrenados, estandarizados y diplomados en el empleo de las entrevistas y métodos internacionales). Precisamente este aspecto formativo del proyecto en técnicas investigadoras, y su potencial para reclutar jóvenes científicos, es uno de los principales rasgos de su “valor añadido”: varios de nuestros MIR, becarios de investigación, o incluso profesores asociados se han formado en sus primeros pasos en esta serie de estudios.

### IV. De gestión

Según parámetros específicos y siguiendo la metodología propuesta para psiquiatría de enlace

**Tabla 2**  
**Objetivos del Proyecto ZARADEMP**

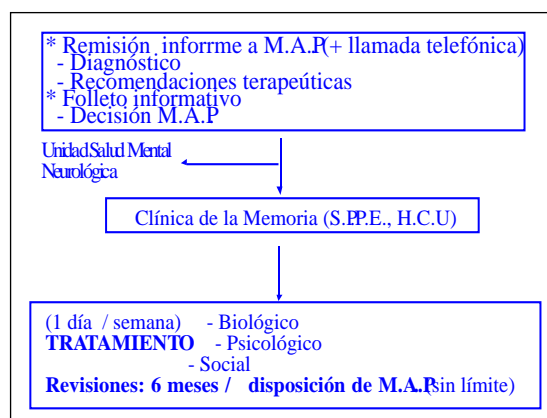
- Estudio de salud en la población general de edad avanzada.
- “Incidencia” (casos nuevos) de:
  - Demencia
  - Depresión
  - Otras enfermedades neurodegenerativas.
- Distribución de potenciales factores “de riesgo” / “de protección”.
- Análisis “caso control”, en “casos incidentes”, de los hipotéticos factores “de riesgo” / “de protección”.
- Sentar las bases para potenciales estudios de prevención/de intervención.

por el grupo europeo ECLW y, en nuestro país, por la Red REPEP (CITA Proy Redes).

### EL PROGRAMA DE ENLACE CON ATENCIÓN PRIMARIA

La figura 4 resume la filosofía del programa de enlace con Atención Primaria, que se describe con detalle en la hoja informativa que sigue (Tabla 3), la que se entrega al médico, y similar a la que se entrega al familiar de cada paciente evaluado.

Además se contacta con el médico de familia, por teléfono, para anunciarle la remisión del informe y para comentar los pormenores del caso.



**Figura 4**

Bases de un Programa de Enlace con Atención Primaria

**Tabla 3**

#### Clínica de la Memoria: Hoja que se remite al médico de Atención Primaria.

| <b>CLÍNICA DE LA MEMORIA:<br/>PROTOCOLO DE “ENLACE” CON ATENCIÓN PRIMARIA<br/>(Unidad Interdisciplinaria de Demencias)</b>  |
|---|
| <p>En relación con el plan de instauración progresiva de una Clínica de la Memoria en el Servicio de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace, estamos evaluando pacientes con problemas de memoria y probable demencia, en las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La remisión de enfermos procede exclusivamente de la actividad de “interconsulta” y “enlace” dentro del Hospital Clínico Universitario, o de otras actividades de nuestro Servicio, incluyendo el Proyecto ZARADEMP. De momento, no podemos aceptar remisiones externas (Atención Primaria, etc.).</li> <li>2. En los enfermos remitidos hacemos una evaluación diagnóstica completa médico-psiquiátrica, incluyendo la vertiente social.</li> <li>3. Evaluamos las necesidades del cuidador: iniciamos un tratamiento sintomático cuando es preciso y, en casos graves, se remite a la Unidad de Salud Mental correspondiente.</li> <li>4. Cuando es apropiado, consultamos con y somos consultados por el Servicio de Neurología (Clínica de las Demencias), dentro del programa de desarrollo conjunto de una “Unidad Interdisciplinaria de Demencias”.</li> <li>5. Puesto que nuestra “cartera de servicios”, en estos momentos no nos permite, salvo casos excepcionales, hacer seguimientos ambulatorios, en los casos diagnosticados de demencia procedemos del siguiente modo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>A/ Siempre informamos al Servicio o Unidad que nos ha remitido el enfermo. Además, informamos a los médicos de familia, siempre que lo autorice el enfermo o su familia.</li> <li>B/ Ponemos en manos del médico de familia remitir al paciente a nuestra Clínica, o bien a su psiquiatra/neurólogo de área, para que éstos sigan el tratamiento.</li> <li>C/ Si el médico de familia decide remitirlo a nuestra Clínica con el volante respectivo, la actividad “de enlace” con Atención Primaria, consiste en lo siguiente:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguimiento de los pacientes, siempre que el médico de familia se comprometa a hacer un seguimiento especial.</li> <li>-Tratamiento con fármacos específicos del deterioro cognoscitivo y otras psicopatologías (depresión, agitación, etc.)</li> <li>-Salvo complicaciones, para las que el médico de familia nos podría consultar en cualquier momento, anticipamos un programa de revisiones semestrales.</li> <li>-Nuestras Unidades de Trabajo Social y Enfermería Especializada se incluyen dentro del programa asistencial.</li> <li>-Además de la actividad clínica, tenemos programas muy activos de docencia e investigación en el campo de las demencias.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> |

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA CLÍNICA

Los resultados detallados de esta primera fase de experiencia en la Clínica se exponen en un trabajo independiente (Saz y cols., en preparación). Se trata de un estudio descriptivo en los primeros 126 pacientes remitidos, en 2/3 de los cuáles se pudo confirmar el diagnóstico de demencia. Se estudia el origen de las remisiones, los perfiles clínicos y psicopatológicos y otros aspectos clínicos relevantes.

La experiencia, por otra parte, puede resumirse del modo siguiente:

1. Se confirma, naturalmente, la capacidad de un equipo psiquiátrico para prestar asistencia clínica en el terreno de las demencias. No se trata de una manifestación baladí, en vista de tendencias recientes en la disciplina a nivel nacional, con los riesgos consiguientes para una psiquiatría que, por el motivo que fuere, ha podido abandonar en parte este campo.

2. Se confirma, también, dentro de las debidas limitaciones, la posibilidad de que con una limitada dedicación (una mañana por semana) pueda mantenerse la clínica, al potenciar la colaboración con otras disciplinas.

3. En este sentido, el programa de enlace cumple sus propósitos: potenciar la asistencia clínica, mejorar la capacitación de otros médicos, en este caso de atención primaria, para atender problemas psiquiátricos; y engranarse con el resto del esquema asistencial, que consta en los objetivos (incluyendo investigación y gestión).

4. La atención a los pacientes con demencia, como se comprueba en esta clínica, incluye a veces, de modo perentorio, la atención a problemas psicopatológicos como la depresión, manifestaciones psicóticas, etc., para los que la psiquiatría como disciplina está excelentemente preparada y no puede ser sustituida.

5. Aunque no se documente en esta parte del trabajo, los pacientes, las familias y también los médicos de Atención Primaria, agradecen la atención integral en estos casos, que sólo un equipo multi-disciplinar puede proporcionar. En ese sentido, el engranaje que existe en los equi-

pos psiquiátricos, la experiencia en lo que se ha dado en llamar modelos bio-psico-sociales, no tiene parangón en el momento actual. Un magnífico diagnóstico del cuadro demencial y la instauración de un adecuado tratamiento farmacológico en estos casos se revela a menudo como radicalmente insuficiente.

6. La experiencia psiquiátrica en clínicas de este tipo, y en el tema de las demencias por tanto, puede ser altamente gratificante desde el punto de vista profesional, tanto en la vertiente psicopatológica como en las vertientes biológica, farmacológica y *last but not least*, desde la experiencia médica humanista que preconiza la “medicina psicosomática”.

7. Algún problema específico de la psiquiatría puede anticiparse ya, aunque se describe con más detalle en el segundo trabajo (Saz y cols.): el diagnóstico diferencial con los casos de delirium y depresión es uno de los problemas más difíciles, pero también más atractivos para un psiquiatra. Difícilmente ninguna disciplina médica puede hacerse cargo de estos problemas de un modo adecuado.

8. Finalmente, y desde el punto de vista del protocolo concreto de “enlace”:

a) Los planes organizativos del Departamento de Psiquiatría cuentan con la posibilidad de ampliar los cometidos de la clínica, aceptando un amplio espectro de remisiones de enfermos, lo que dará mayor capacidad asistencial.

b) Del mismo modo, una mejor dotación de personal proporcionará la posibilidad de un más completo programa de asistencia al cuidador.

c) Hasta el momento, prácticamente sin excepción, los médicos de familia aceptan el protocolo y, por tanto, su mayor compromiso asistencial, sin recurrir a la opción de remitir los enfermos a su Centro de Salud Mental (CSM) o su neurólogo. Esto apoya la aceptación hasta ahora de la clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ballard C, O'Brien JT, Morris CM, et al.: The progression of cognitive impairment in dementia

- with Lewy bodies, vascular dementia and AD. *Int Psychogeriatr*, 2001b; 16: 499-503.
2. **Ballard CG, Margallo-Lana M, Fossey J, et al.:** A 1-year follow-up study of behavioral and psychological symptoms in dementia among people in care environments. *J Clin Psychiatry*, 2001a; 62(8): 631-636.
  3. **Dewey ME, Saz P.:** Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001; 16: 751-761.
  4. **Erkinjuntti T, Wikstrom J, Palo J, et al.:** Dementia among medical inpatients: evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med*, 1986; 146: 1923-1926.
  5. **Huyse FJ, Herzog T, Malt UF et al:** The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) collaborative study I; General Outline. *General Hospital Psychiatry*, 1996; 18(1): 44-55.
  6. **Larson EB, Kukull WA, Katzman RL.:** Cognitive impairment: dementia and Alzheimer's disease. *Annu Rev Public Health*, 1992; 13: 431-449.
  7. **Libro blanco de la Tercera Edad de la Comunidad Europea.** Barcelona, 1990.
  8. **Lobo A and the European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (E.C.L.W.):** Delirium and dementia in European General Hospitals. Paper presented at the VI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, Lisbon, 1993.
  9. **Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni K.:** Prevalence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of population-base cohorts. *Neurology*, June 2000; vol54 (suppl 5): S4-S9.
  10. **Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la- Cámara, C.:** The prevalence of Dementia and Depresión in the Elderly Community in a Southern European Population. *Arch Gen Psychiatry*, June 1995; vol 52: 497-506.
  11. **Lobo A, Saz P, Marcos G, et al.:** The Zaragoza Study: Dementia and depression in the elderly community Barcelona, Editorial Masson Salvat S.A., 1997.
  12. **Lobo A.:** Philosophical humanism and empirical science: Spanish perspectives on psychosomatics. In *Advances, Inst Advanc Health* (ed. L Temoshock and BH Fox), Special International Issue, 1996; Supplement N°3, vol 4, pp. 58-76.
  13. **Lobo A.:** Servicio de Psiquiatría Unidades de Medicina Psicósomática o Psiquiatría de Enlace. En Asenjo MA, director. *Gestión diaria del Hospital*, segunda edición, Barcelona. Masson, S.A.; 2001 p. 199-212.
  14. **Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, et al.:** Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arch Gen Psychiatry* 60(7): 737-746, 2003.
  15. **Lyketsos CG, López O, Jones B, et al.:** Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study, 2002; *JAMA* 288(12): 1475-1483.
  16. **Lyketsos CG, Sheppard JM, Rabins PV.:** Dementia in elderly persons in a general hospital. *Am J Psychiatry*, 2000; 157(5): 704-707.
  17. **Murray J, Schneider J, Banerjee S, Mann A.:** EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II-A qualitative analysis of the experience of caregiving. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Aug; 14 (8): 662-7.
  18. **Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel CK.:** Fruit fly aging and mortality. *Science*.1993 Jun 11; 260 (5114):1565-7; author reply 1567-9.
  19. **Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel CK.:** The aging of the human species. *Sci Am*.1993 Apr;268 (4):46-52.
  20. **Organization for Economic Co-operation and development (OECD):** Case Study on Dementia Care. OECD Report. Paris (in press).
  21. **Psiquiatría de Enlace:** La interfase entre Psiquiatría y otras disciplinas médicas. *Redes Temáticas de Investigación Cooperativa*. Instituto de Salud Carlos III. Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). N° Red/Proyecto RTIC G03/128.
  22. **Saravay SM, Lavin M.:** Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*, 1994; 35(3): 233-252.
  23. **Saz P, Larraga L, Bellido M, Lobo A.:** Clínica de la Memoria y Unidad Interdisciplinaria de Demencias: estudio descriptivo sobre la experiencia clínica.(En preparación).
  24. **Spector A, Orrell M, Davies S, et al.:** Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2003a.
  25. **World Health Organization.** Dementia in Later Life: Research and Action: Report of WHO Scientific Group on Senile Dementia. Geneva, World Health Organization, 1985. Technical Reports Series.