

Evaluación de la validez y confiabilidad de la Escala Cognoscitiva para el *Delirium*

César González^{1,2}

Francisco Páez^{1*}

Felipe Vázquez³

Jesús Ocampo⁴

Summary

The aim of this study was to determine the validity and reliability of the Spanish version of the Delirium Cognitive Scale (DCS).

Methods: Patients were recruited from 5 hospitalary centers in Mexico City, from the Social Security system. A DSM III-R diagnosis of delirium, dementia, schizophrenia and major depression was required. Two independent evaluators rated the DCS in 10 patients with delirium. All patients were evaluated with the DCS and the Mini-mental State Examination Test.

Results: 22 patients with delirium, 22 with dementia, 25 with schizophrenia and 30 with major depression were included. The DCS showed an interater reliability of 0.72 and an internal consistency of 0.77. Patients with delirium rated significantly lower (8.2 ± 2.5) than those with dementia (18.5 ± 5.2), schizophrenia (22.2 ± 3.1) and major depression (24.6 ± 2.4) ($P < 0.0001$).

Conclusion: The Spanish version of the DCS is as valid and reliable as its English counterpart.

Key words: Delirium, cognition, scale.

Resumen

El objetivo de este estudio fue el de traducir al castellano y evaluar la validez y la confiabilidad de la Escala Cognoscitiva para *Delirium* (ECD).

Método: Los pacientes provenían de cinco centros hospitalarios del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de México, con diagnóstico clínico de *delirium*, demencia, esquizofrenia y depresión, de acuerdo con los criterios del DSM III-R. En la fase piloto, dos evaluadores le aplicaron la ECD a 10 pacientes. A todos se les aplicó la Escala Cognoscitiva para el *delirium*, y el Examen Cognoscitivo Breve, y se recabaron los datos clínicos y demográficos.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes con *delirium*, 22 con demencia, 25 con esquizofrenia y 30 con depresión mayor. La ECD mostró una confiabilidad interevaluador de 0.72 y una consistencia interna de 0.77. Los pacientes con *delirium*

calificaron significativamente más bajo (8.2 ± 2.5) que los de demencia (18.15 ± 5.2), esquizofrenia (22.2 ± 3.1) y depresión (24.6 ± 2.4) ($P < 0.0001$).

Conclusión: La versión en castellano de la ECD mostró un comportamiento psicométrico similar al de la versión inglesa.

Palabras clave: Delirium, cognición, escala.

Introducción

El *delirium* es una entidad clínica definida a partir de la Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (7-10). Los criterios diagnósticos de esta entidad se han modificado desde entonces. En el DSM III-R (1) se hacía una amplia descripción clínica que incluía alteraciones en la atención junto con una serie de problemas cognoscitivos accesorios. En el DSM-IV (2) se decidió acotar la descripción clínica, limitándose a la detección de las variaciones en la atención y en la identificación del proceso físico subyacente. Incluso, se cambió el nombre al de "*Delirium secundario a...*".

Como sucede en otras condiciones clínicas, la mera presencia o ausencia del trastorno puede ser insuficiente para conducir las investigaciones que pretendan evaluar el curso de los síntomas específicos (11,14), por lo que algunos instrumentos se han utilizado para medir la severidad de los síntomas y signos del *delirium* (13,15-17).

El Examen Cognoscitivo Breve (ECB) o *Minimal State Examination Test*, de Folstein (3), ha sido ampliamente utilizado para medir la evolución del *delirium* y de la demencia, aunque no fue específicamente diseñado para ello. Aunque este instrumento ha demostrado que puede diferenciar el *delirium* de otras condiciones clínicas, como la depresión y la psicosis, no logra hacerlo con la demencia, incluso en su versión castellana (3). Otra limitante de este instrumento es que algunos de sus reactivos, como el que mide la praxia constructiva, difícilmente pueden ser contestados por un sujeto con *delirium*. Trzepacz (15-17) hizo una revisión completa de los instrumentos diseñados para evaluar el *delirium*. Entre ellos, menciona como pionera a la Escala D(D-Scale), cuya información se obtenía a partir del expediente clínico. Además, se refería a una

¹ Servicio de Investigación. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Secretaría de Salud. Niño Jesús # 2 esquina San Buenaventura, Tlalpan, 14000. México, D.F.

² Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno". Secretaría de Salud.

³ Servicio de Psiquiatría. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

⁴ Servicio de Psiquiatría. Unidad de Medicina Familiar con Psiquiatría "Dr. Guillermo Dávila" IMSS.

* Correspondencia. Servicio de Investigación. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Tel. 56550751. Correo Electrónico: paezfc@prodigy.net.mx

Recibido: 21 de junio de 2000.

Aceptado: 5 de julio de 2000.

serie de instrumentos creados para que el personal de enfermería hiciera el seguimiento de los síntomas. Entre ellos tenemos el *ALNECHAM Confusion Scale*. Los problemas que tienen muchos de estos instrumentos limitan su uso. Por ejemplo, algunas son autoaplicables, otras requieren información del médico y de la enfermera, algunas se modificaban por el nivel de escolaridad y, finalmente, la mayoría requiere que esté conservada la función del habla.

Con el objeto de superar las deficiencias metodológicas de los instrumentos anteriores, Hart y cols. (5) desarrollaron la Escala Cognoscitiva para el *Delirium* (ECD). Una escala que puede calificarse en los pacientes sin habla, y que incluye la medición de las principales dimensiones afectadas por esta condición clínica: orientación, atención, memoria, comprensión y vigilancia.

La versión original de este instrumento mostró una consistencia interna de 0.87. Los puntajes encontrados en los diferentes grupos de diagnóstico evaluados fueron: *delirium* 9.5 ± 5.0 , demencia 24.5 ± 1.9 , depresión 28.8 ± 4.7 y esquizofrenia 27.9 ± 2.2 .

El objetivo de este estudio fue traducir al castellano la Escala Cognoscitiva para el *Delirium* y determinar su validez y confiabilidad.

Método

A) Sujetos

Se obtuvo una muestra tipo del censo de casos consecutivos de sujetos mayores de 18 años, que fueran derechohabientes del IMSS, que cumplieran con los criterios diagnósticos del DSM-III-R para *delirium*, demencia, esquizofrenia y depresión. Los pacientes de *delirium* provenían de los servicios de Medicina Interna y Terapia Intensiva del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI; del Hospital General de Zona # 30 "Venados" y del Hospital General de Zona # 1B "Troncoso" del IMSS. Los pacientes con esquizofrenia, depresión y demencia provenían del Hospital de Psiquiatría San Fernando y del UMF con psiquiatría # 10 del IMSS.

B) Instrumentos

A todos los pacientes se les aplicó la Escala Cognoscitiva para *Delirium* que se pretende validar. Esta fue diseñada por Robert P. Hart y James L. Levenson, en 1990, y posteriormente fue validada de esta fecha hasta 1994, en el Medical College of the Virginia Hospital. La escala consta de 9 reactivos distribuidos en 5 subtests: orientación, fijación, memoria, comprensión y vigilancia. El subtest de orientación tiene una pregunta en la que se valora el mes, la hora del día y el lugar en los que se encuentra el paciente, con opciones para que él elija la respuesta correcta (5). En la fijación se utiliza la subescala de memoria visual de Wechsler, en la que se le pide al paciente que indique la respuesta correcta pasando hacia adelante y hacia atrás (12,14,16,18). La memoria consta de dos reactivos en los que se utilizan láminas con figuras comunes de

un tamaño aproximados de $1.5 \text{ cm} \times 3.5 \text{ cm}$, que se le muestran al paciente, quien deberá indicar cuántas figuras se le mostraron. En la comprensión, se le hacen preguntas inverosímiles por medio de un reactivo, y en el otro reactivo se le muestran figuras en las que el paciente deberá elegir el objeto que no pertenezca a un grupo común. Por último, en el subtest de vigilancia se recita una serie de letras en la que se repite periódicamente la letra H o la C y la E; y el paciente tiene que reconocer la letra que se repite. El paciente responde haciendo una señal con los ojos (sí o no) o bien con los dedos. El puntaje de cada subtest es de 0 a 6; el máximo para la escala es de 30 (que sería un estado cognoscitivo íntegro). Los autores establecen como punto de corte 18 o 19. En los pacientes con *delirium* se obtuvieron puntajes bajos de 9.5 ± 5.0 en el estudio original. La aplicación duró de 10 a 15 minutos (5).

La escala que se utilizó para establecer la validez concurrente fue el Examen Cognoscitivo Breve (MMSE). Dicho instrumento fue validado en los Estados Unidos de Norteamérica, en 1975; es útil para cuantificar la severidad del deterioro cognoscitivo; su sensibilidad es del 87 %, y su especificidad del 82 %, con un rango de falsos positivos del 39 %; consta de 10 reactivos divididos en varios subtests: orientación, aprendizaje, atención y cálculo, memoria y lenguaje. Para aplicarlo se requiere de 5 a 10 minutos, y la puntuación máxima es de 30 con un punto de corte entre 23 y 24 puntos (3,4,6).

C) Procedimiento

Se obtuvo la autorización del comité de ética de los hospitales respectivos, y el consentimiento verbal de los pacientes, o de sus familiares cuando estos tuvieran algún impedimento. Primero se anotó a los pacientes diagnosticados con *delirium* en una libreta de registro; un clínico experto los entrevistó clínicamente y les hizo un examen neurológico; los diagnosticó basándose en los criterios del DSM-III-R; posteriormente, el investigador principal les aplicó, en forma independiente, la Escala Cognoscitiva para el *Delirium* (ECD) y el Examen Cognoscitivo Breve (MMSE). Por último se aplicó el MMSE y la ECD a los pacientes de los grupos de esquizofrenia, depresión y demencia que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-III-R para estos padecimientos, previa entrevista clínica y examen neurológico realizado por el clínico experto. Se formó un expediente integrado por las dos escalas, con una ficha de identificación integrada por los siguientes datos: nombre, edad, sexo, número de afiliación, lugar de origen y residencia; ocupación, diagnóstico de la enfermedad física, diagnóstico psiquiátrico, exámenes de laboratorio y gabinete, y medicamentos utilizados. Se vaciaron los datos obtenidos de las variables, y la puntuación de las escalas, en una hoja de concentración de datos en la que se les dio tratamiento estadístico.

D) Análisis estadístico

En primer término se procedió a describir las variables utilizando la media y la desviación estándar para las

variables continuas, y frecuencias y porcentajes para variables discretas.

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

Resultados

Se estudiaron 22 sujetos con diagnóstico de *delirium*, y se compararon con 22 sujetos con demencia, 25 sujetos con esquizofrenia y 30 con depresión mayor. En el cuadro 1 se muestran los datos demográficos más importantes de los cuatro grupos.

a) Comportamiento psicométrico de la Escala Cognoscitiva para el Delirium (ECD)

El promedio total de la ECD en los dos grupos fue de 19.0 ± 7.0 , con un rango entre 0 y 29 puntos. El alfa de Crombach del instrumento fue de 0.77.

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

b) Comparación de la ECD entre los grupos de diagnóstico

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

En el Examen Cognoscitivo Breve (*MMSE*) también difirió significativamente la calificación entre los cuatro grupos (*delirium* 7.8 ± 7.0 , demencia 19.1 ± 3.8 , esquizofrenia 23.7 ± 3.2 y depresión mayor 26.0 ± 2.7 , $F_{81, 95, 3}$, $p < 0.0001$).

c) Correlaciones

El total de la Escala Cognoscitiva para el *Delirium* se correlacionó directa y significativamente con el total del

MMSE ($r = 0.86$, $p < 0.0001$). La edad se correlacionó en forma inversa y significativa con la ECD ($r = -0.29$, $p = 0.003$) y con el *MMSE* ($r = -0.27$, $p = 0.005$). La escolaridad no se correlacionó significativamente con los puntajes de ambas escalas.

Discusión

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

La distribución demográfica de este estudio fue similar a la de los autores originales de la escala (5). Al igual que en dicho estudio, sólo se encontraron diferencias significativas en aquellas en las que se esperaba que se encontraran (edad y escolaridad).

La consistencia interna reportada por Hart y cols. (5) fue de 0.87 y la de este estudio, de 0.77. Un factor que puede tener cierta influencia en las evaluaciones cognoscitivas es la escolaridad. El promedio de escolaridad en la población mexicana fue entre 7 y 9 años en los diferentes grupos, mientras que los grupos de los autores originales tendían a agruparse en los niveles de preparatoria en adelante (15,16). A pesar de ello, los niveles de la consistencia interna que se encontró son aceptables.

Las comparaciones entre los grupos diagnósticos de la ECD fueron exactamente en la misma dirección en el estudio de Hart y cols. (5) y en este estudio mexicano. Es decir, el grupo con *delirium* calificó significativamente más abajo que los otros tres, y el grupo con demencia más abajo que el de depresión y esquizofrenia, lo que confirma la similitud que hay entre la versión inglesa y la castellana.

Cuando se contrastaron los valores promedio reportados en la versión inglesa, se encontró que los valores promedio de cada grupo diagnóstico eran diferentes de los de los valores mexicanos. Los valores del grupo de *delirium* son bastante similares, con una dife-

CUADRO 1
Variables demográficas por grupo diagnóstico

Variable	Delirium (1)	Demencia (2)	Esquizofrenia (3)	Depresión Mayor (4)	p Bonferroni
Edad	47.8 $\pm$ 13.2	66.5 $\pm$ 16.9	31.9 $\pm$ 12.05	40.0 $\pm$ 17.0	2 > 1, 2 y 1 > 3
Sexo masculino					
Femenino	13 (59.1%)	11 (50.0%)	10 (40.0%)	18 (60.0%)	X2 n.s.*
	9 (40.9%)	11 (50.0%)	15 (60.0%)	12 (40.0%)	
Escolaridad	8.0 $\pm$ 4.0	7.0 $\pm$ 4.0	7.5 $\pm$ 3.0	9.3 $\pm$ 3.2	n.s.
* n.s. No significativo.					

CUADRO 2 Comparación entre los grupos de los puntajes de cada subtest de la Escala Cognoscitiva para Delirium (ECD)					
	<i>Delirium</i> (1)	<i>Demencia</i> (2)	<i>Esquizofrenia</i> (3)	<i>Depresión</i> (4)	<i>ANOVA</i> (Bonferroni)
Orientación	1.3 ± 0.9	5.2 ± 1.3	6.0 ± 0.0	6.0 ± 0.0	P < 0.0001 2 > 1 3, 4 > 1, 2
Atención	0.72 ± 0.9	0.9 ± 1.1	2.0 ± 1.8	2.6 ± 1.9	P < 0.0001 3, 4 > 1 4 > 2
Memoria	1.9 ± 1.3	3.7 ± 2	4.8 ± 1.1	5.1 ± 1.2	P < 0.0001 2, 3, 4 > 1 4 > 2
Comprensión	3.7 ± 1.5	4.3 ± 1.6	4.6 ± 1.1	5.2 ± 1.0	P < 0.0001 4 > 1
Vigilancia	1 ± 1	4 ± 2.3	4.6 ± 1.4	5.5 ± 0.8	P < 0.0001 2, 3, 4 > 1 4 > 2
Total	8.2 ± 2.5	18.5 ± 5.2	22.2 ± 3.1	24.6 ± 2.4	P < 0.0001 2, 3, 4 > 1 3, 4 > 2

rencia de apenas un punto promedio; sin embargo, en el caso de la demencia, la muestra mexicana calificó 5 puntos en promedio debajo de la muestra norteamericana. Ello puede deberse a la severidad de las demencias incluidas y a la escolaridad de los pacientes. Los grupos mexicanos con depresión mayor y esquizofrenia calificaron 4 puntos en promedio más abajo que la muestra norteamericana, lo que puede ser un efecto relacionado con el nivel de escolaridad y lo poco familiarizada que está la población mexicana con los exámenes calificados. Cabe mencionar que Becerra y cols. (3) encontraron el mismo efecto cuando evaluaron psicométricamente a los pacientes con el MMSE.

Las correlaciones entre la ECD y el MMSE fueron prácticamente iguales en ambos grupos. En el estudio

original se hizo una evaluación temporal del instrumento, cosa que no se llevó a cabo en este estudio, por lo que habrá que evaluarlo en el futuro. Sin embargo, en este trabajo sí se indicó la confiabilidad interevaluadores, cosa que no sucedió en la versión inglesa. Se considera que en este tipo de instrumentos en los que el clínico es el evaluador, este tipo de análisis es sumamente importante.

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

Universidad Nacional Autónoma de México **Instituto Mexicano del Seguro Social** **test cognoscitivo para delirium**

ORIENTACION

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

Cuatro meses antes dos meses después mes correcto cuatro meses después

¿Qué hora del día es en este momento?

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

¿En que lugar estamos?

Consultorio Casa Iglesia Hospital

ATENCION

Subtest de memoria visual del Wesehler Memory Scale Rev.

MEMORIA

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

FORMA A

mesa	carro	martillo	taza	llave
------	-------	----------	------	-------

FORMA B

perro	cuchillo	pantalón	botas	cepillo
-------	----------	----------	-------	---------

¿Cuántos dibujos le mostré?

5	3	10	7
---	---	----	---

5. Ahora voy a mostrarle más dibujos, algunos ya los vio, pero otros se los mostraré por primera vez, permítame saber si ya vio el dibujo anteriormente, indicándome SI (*MOSTRAR*) o NO (*MOSTRAR*), recuerde diga SI con su cabeza si ya los vio y NO si no los ha visto.

FORMA A

carro	llave
vaso	camión
cerradura	taza
mesa	silla
martillo	sERRUCHO

FORMA B

tenedor	cepillo dental
botas	cuchillo
cepillo	zapato
gato	perro
vestido	pantalón

COMPRESION

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

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

FORMA B

¿Flotará una hoja en el agua?	Sí	No
¿Sirve el martillo para cortar madera?	No	Sí
¿Un kilo de harina pesa más de dos kilos?	No	Sí
¿Un buen par de botas de plástico te cubren del agua?	Sí	No

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

FORMA A

autobús	tren	bicicleta	durazno
mano	casa	pie	nariz

FORMA B

mesa	cama	escritorio	cabra
vestido	elote	blusa	zapato

VIGILANCIA

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

FORMA A

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

FORMA B

HBHAEHBHCF AHFHGHCGDHCBAHGDEHCHBEHDGHD AFHBYFHEBHDHEHG

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

FORMA A

CAHEFACDCFEHBFCADEHAEIEGDEGHBCAGCIEHCIEFEICDBCGFDEBA

FORMA B

FEGCHGDEHBAEGDACHEBAEDGCD AEBCAFCBEHFAEFCBIFEADCBEACG

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3a edición revisada (DSM III R). APA, Washington, 1987.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a edición (DSMIV). APA, Washington, 1994.
3. BECERRA B, ORTEGA-SOTO H, TORNER C: Validez y reproductibilidad del examen cognoscitivo breve (*Minimental State Examination*) en una unidad de cuidados intensivos especiales de un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*, 15:41-45, 1992.
4. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MAHUGH PR: "Minimental State": a practicar method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *J Psychiatry Res*, 12:189-198, 1975.
5. HART RP, LEVENSON JL, SESSLER CN, BEST AM, SCHATZ SM, RUTHERFORD LE: Validation of a cognitive test for delirium in medical ICU patients. *Psychosomatics*, 37: 533- 546, 1996.
6. INOUE SK: The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalizad elderly medical patients. *Am J Med*, 97: 278- 287, 1994.
7. INOUE SK: Precipitating factors for delirium in hospitalizades elderly persons. *JAMA*, 275: 352-358, 1996.
8. KANE JF, REMMEL R, MOODY S: Recognizing and treating delirium in patients admitted to general hospitals. *South Med J*, 86: 985-988, 1993.
9. KISHI Y, KAWASAKI Y, TAKESAWA K, KUROSEAE H, ENDO S: Delirium in critical care unit patient admitted throught an emergency room. *Gen Hosp Psychiatry*, 17: 371-379, 1995.
10. LIPOWSKI ZJ: Delirium in the elderly patient. *N Engl J*, 320: 578-582, 1989.
11. MITTINBER W, AZRIN R, MILLSAPS C, HEILBRONNER R: Identification of malingered head injury on the Wechsler Memory Scale— Revised. *Psychosological Assessment*, 5: 34-40, 1993.
12. QUERESHI MY, ERSTAD D: A comparison of the WAIS and the WAIS R for ages 61-91 years. *Psychological Assessment*, 2: 293-297, 1990.
13. ROBERTSSON B, KARLSSON Y, STYRUD E, GOTTFRIES CG: Confusional State Evaluation (CSE): an instrument for measuring severity of delirium in the elderly. *Acta Psychiatric Scandinavica*, Supl: 565-568, 1995.
14. SCOTT C, COZZA KL, WATANABE KS: The misdiagnosis of delirium. *Psychosomatics*, 3:433-439, 1997.
15. TRZEPACZ PT, BAKER RW, GREENHOUSE J: A Sympton Rating Scale for Delirium. *Psyciatr Res*, 23:89-97, 1998.
16. TRZEPACZ PT: A review of delirium assessment instruments. *Gen Hosp Psychiatry*, 16: 397-405, 1994.
17. TRZEPACZ PT: The neuropathogenesis of delirium a need to focus our research. *Psychosomatics*, 35: 374-388, 1994.
18. WECHSLER D: *Manual for the Wechsler Memory Scalerevised*. Psychological Corporation, San Antonio, 1987.

RESPUESTAS DE LA SECCION AVANCES EN LA PSIQUIATRIA Autoevaluación

1. d
2. b
3. d
4. c
5. a
6. c
7. d
8. a
9. b
10. b
11. a
12. d
13. a