

## Estadaje o gradación del deterioro

La estimación del grado de deterioro cognoscitivo del paciente es una de las últimas fases de la evaluación geriátrica integral. Para ellos se utilizan básicamente tres escalas que se describen en este apartado y que ayudan al clínico a estimar la severidad de la enfermedad o la etapa en la que el paciente se encuentra. La ventaja de estos instrumentos es que con ellos puede valorarse incluso a aquellos pacientes que por diferentes razones, frecuentemente por un grado avanzado de demencia, no pudieron ser explorados mediante pruebas estandarizadas. Las tres escalas describen la evolución de la enfermedad desde la normalidad hasta los estados más severos de demencia, por ello las primeras etapas describen a personas sanas.

La primera de estas escalas es la Graduación Clínica de la Demencia o Clinical Dementia Rating (CDR, en inglés) (Hughes, Berg y Danzinger, 1988), que fue diseñada para obtener una medida global del grado de demencia. La escala CDR evalúa seis aspectos cognoscitivos y funcionales: memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, actividades comunitarias, hogar y pasatiempos y cuidado personal. Se estima la severidad del deterioro de cada uno de estos rubros con base en la siguiente puntuación: 0 – sin deterioro, 0,5 – deterioro cuestionable, 1 – deterioro leve, 2 - deterioro moderado, 3 – deterioro grave. La escala CDR es llenada por un profesional de la salud luego de reunir información a través de una entrevista clínica estructurada (diseñada por los autores de la escala) que incluye un cuestionario que se aplica al paciente para evaluar la memoria, la orientación, el juicio y la solución de problemas, y un cuestionario dirigido al familiar o cuidador principal. La duración aproximada de esta entrevista es de 40 minutos. Una vez reunida la información, se llena la escala considerando ciertas reglas y luego puede accederse a un sistema de calificación en línea a través de un algoritmo para obtener una puntuación global. Pueden obtenerse todos los materiales necesarios (entrevista, escala, reglas de calificación y algoritmo para la puntuación global) en la página de la Universidad de Washington. Incluso puede descargarse una versión de la escala y de la entrevista estructurada en una traducción al español para México.

Barry Reisberg y su equipo de trabajo estudiaron la historia natural de la enfermedad de Alzheimer y desarrollaron dos escalas que describen detalladamente su evolución. La primera en publicarse fue la Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale, GDS en inglés) (Reisberg, Ferris, De Leon y Crook, 1982), que describe la progresión del deterioro en términos cognoscitivos. Sin embargo, pronto se percataron de que el declive funcional es un aspecto cardinal en la descripción de la evolución de la enfermedad y entonces desarrollaron otra escala, la Evaluación del Estado Funcional (Functional Assessment Staging, FAST en inglés) (Reisberg, 1988) como el complemento funcional de la GDS. Aunque estos instrumentos se diseñaron especialmente para describir la evolución de la enfermedad de Alzheimer, pueden utilizarse para determinar la severidad de otros tipos de demencia.

Tanto la GDS como la FAST describen las características del deterioro en un patrón progresivo y ordinal y constan de siete niveles principales numerados del 1 al 7, pero en la escala FAST el nivel 6 se divide en cinco subniveles identificados por el número correspondiente a la etapa y una letra que indica el subnivel y que van de la 6a a la 6e. Del mismo modo, el nivel 7 se subdivide en seis subniveles que van del 7a al 7f. Por tanto, la escala FAST tiene un total de 16 niveles (Sclan y Reisberg, 1992). Existen varias versiones en español de estas escalas, aquí se incluye la versión de Peña (1999) (Tabla 31). Estos instrumentos son llenados por el personal de salud, previa recolección de información sobre la condición del paciente, a diferencia de la escala CDR, el tiempo de aplicación es mucho menor y el sistema de calificación es más sencillo, pues solamente se elige el nivel de deterioro que mejor describe la condición del paciente. La escala FAST es especialmente útil en la evaluación de personas en estados avanzados de demencia, gracias a la descripción detallada de los subniveles de las fases 6 y 7.

Se han realizado muchos estudios sobre las propiedades psicométricas de estas escalas, para la GDS se reporta una alta correlación con el Mini-Mental, así como fiabilidad test-retest e interevaluador por encima de 0,90 (Peña, Gramunt, y Gich, 2004). Para la FAST se reporta una fiabilidad superior a 0,85, una correlación con el Mini-Mental de 0,87 y la confirmación de la ordinalidad de la escala con base en el escalograma de Guttman reportando un coeficiente de escalabilidad de 0,98. Este último coeficiente confirma que la escala mide una sola dimensión y que es verdaderamente acumulativa, sus rangos van de 0 a 1 y son aceptables a partir de 0.6 (Sclan y Reisberg, 1992).

**Tabla 31. Escalas GDS y FAST**

**ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS) (Reisberg et al., 1982) Y EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL (FAST) (Reisberg et al., 1988) Tomado de Peña et al. (2004).**

<b>GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva</b>	<b>Fast 1. Adulto normal</b>
Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica.	Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas.
<b>GDS 2. Disminución cognoscitiva muy leve</b>	<b>Fast 2. Adulto normal de edad</b>
Quejas subjetivas de defectos de déficit de memoria, sobre todo en las áreas siguientes:	Quejas por haber olvidado dónde dejó objetos. Dificultades subjetivas en el trabajo.
a) El paciente olvida el lugar donde ha dejado objetos familiares.	
b) El paciente olvida nombres previamente muy conocidos.	
No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica.	
No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.	
Preocupación apropiada respecto a la sintomatología.	
<b>GDS 3. Defecto cognitivo leve</b>	<b>Fast 3. Compatible con demencia incipiente</b>
Aparecen los primeros defectos claros.	Disminución de su capacidad laboral evidente según sus compañeros.
Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas:	Dificultad para viajar a lugares nuevos. Disminución de la capacidad organizativa.
a) El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar.	
b) Sus compañeros de trabajo son conscientes de su escaso rendimiento laboral.	
c) Su dificultad para evocar palabras y nombres se hace evidente para las personas más próximas.	
d) El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material.	
e) El paciente puede mostrar una capacidad disminuida para recordar el nombre de las personas que ha conocido recientemente.	
f) El paciente puede haber perdido un objeto de valor o haberlo colocado en un lugar equivocado.	
g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.	

Sólo en una entrevista intensiva se observa evidencia objetiva de defectos de memoria.	
Los rendimientos del paciente en actividades laborales y sociales exigentes han disminuido.	
El paciente niega estos defectos o manifiesta desconocerlos.	
Los síntomas son acompañados por una ansiedad de discreta a moderada.	
<b>GDS 4. Defecto cognitivo moderado</b>	<b>Fast 4. Demencia leve</b>
Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa.	Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas (por ejemplo, planificar una cena para invitados) y de manejar las finanzas personales (por ejemplo, olvido de pagar facturas); dificultad en las compras)...
Déficits manifiestos en las siguientes áreas:	
a) Disminución del conocimiento de los acontecimientos actuales y recientes.	
b) Cierta déficit en el recuerdo de su historia personal.	
c) Defecto de concentración, que se manifiesta en la sustracción seriadas.	
d) Disminución de la capacidad para viajar, controlar la propia autonomía...	
Con frecuencia, no se da defecto alguno en las siguientes áreas:	
a) Orientación en el tiempo y la persona.	
b) Reconocimiento de las personas y caras familiares.	
c) Capacidad para viajar a lugares familiares.	
El paciente es incapaz de realizar tareas complejas.	
La negación es el mecanismo de defensa dominante.	
Se observa una disminución del afecto y se da un abandono en las situaciones más exigentes.	
<b>GDS 5. Defecto cognitivo moderado-grave</b>	<b>Fast 5. Demencia moderada</b>
El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin ningún tipo de asistencia.	Requiere asistencia para escoger la ropa adecuada para el día, la estación o la ocasión.
Durante la entrevista, el paciente es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual:	Durante la entrevista, el paciente es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual:
a) Una dirección o número de teléfono que no ha cambiado desde hace muchos años.	a) Una dirección o número de teléfono que no ha cambiado desde hace muchos años.

b) Nombres de familiares próximos (como los nietos).	
c) El nombre de la escuela o el instituto donde estudió.	
A menudo, el paciente presenta cierta desorientación con respecto al tiempo (fecha, día de la semana, estación del año...) o al lugar.	
Una persona con educación formal puede tener dificultad para contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.	
En este estadio, el paciente mantiene el conocimiento sobre muchos de los hechos de más interés que le afectan a sí mismo y a otros.	
Invariablemente, conoce su nombre y, en general, el nombre de su cónyuge e hijos.	
No requiere asistencia ni en el aseo ni para comer, pero puede tener alguna dificultad en la elección de la indumentaria adecuada.	
<b>Gds 6. Defecto cognitivo grave</b>	<b>Fast 6. Demencia moderada-grave</b>
Ocasionalmente, el paciente puede olvidar el nombre del cónyuge, de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.	Decremento en la habilidad el paciente para vestirse, bañarse y lavarse. Se especifican cinco subestadios:
Además desconoce gran parte de los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.	<b>6a.</b> Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones (por ejemplo puede ponerse ropa de calle sobre la pijama, los zapatos en el pie equivocado o tener dificultades para abotonarse) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.
Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero de forma muy fragmentaria.	
Por lo general, no reconoce su entorno, el año, la estación...	
Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.	<b>6b.</b> Es incapaz de bañarse correctamente (por ejemplo, tiene dificultad para ajustar la temperatura del agua) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.
El paciente requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas:	
a) Puede presentar incontinencia.	
b) Necesita asistencia para viajar, pero en ocasiones es capaz de viajar a lugares familiares.	<b>6c.</b> Es incapaz de manera la mecánica del WC (por ejemplo, olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.

Con frecuencia, su ritmo diurno está alterado.	
Casi siempre recuerda su nombre.	
A menudo sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y las no familiares de su entorno.	
Tienen lugar cambios emocionales y de personalidad que son bastante variables, entre los que se incluyen:	<b>6d.</b> Incontinencia urinaria (de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas).
a) Conducta delirante, por ejemplo, acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en el espejo.	
a) Conducta delirante, por ejemplo, acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en el espejo.	<b>6e.</b> Incontinencia fecal (de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas).
b) Síntomas obsesivos, por ejemplo, repetir continuamente actividades de limpieza.	
c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso una conducta violenta previamente inexistente.	
d) Abulia cognitiva, por ejemplo, pérdida de deseos por falta del desarrollo suficiente de un pensamiento para determinar una acción propositiva.	
<b>Gds 7. Defecto cognitivo muy grave</b>	<b>Fast 7. Demencia grave</b>
A lo largo de esta fase, el paciente va perdiendo todas las capacidades verbales.	Pérdida del habla y de la capacidad motora. Se especifican seis subestadios:
Al principio, puede articular palabras y frases, pero su lenguaje es muy limitado.	<b>7a.</b> Capacidad de hablar limitada aproximadamente a un promedio de media docena o menos de palabras diferentes en el curso de un día o en el curso de una entrevista detenida.
Al final, no se expresa por medio del lenguaje: sólo emite sonidos inarticulados.	
Se van perdiendo también las habilidades psicomotoras básicas (por ejemplo, caminar).	<b>7b.</b> Capacidad de hablar limitada a un promedio de una sola palabra inteligible en un día o en el curso de una entrevista detenida (el paciente puede repetir la palabra continuamente).
Aparece la incontinencia urinaria. El paciente requiere asistencia en el aseo y también para ingerir alimentos.	
El cerebro parece incapaz de indicarle al cuerpo lo que tiene que hacer.	<b>7c.</b> Pérdida de la habilidad para caminar (no puede andar sin ayuda personal).
A menudo se detectan signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.	<b>7d.</b> Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (por ejemplo, el individuo se caerá si no hay apoyos, brazos, en la silla).
	<b>7e.</b> Pérdida de la capacidad de sonreír.
	<b>7f.</b> Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida por sí solo.

Tabla 31. Escalas GDS y FAST

## Evaluación de sobrecarga del cuidador

Al inicio de esta unidad se mencionó que la evaluación del entorno de la persona que padece demencia es un aspecto que debe incluirse en la evaluación gerontológica integral. Sin duda el protagonista de dicho entorno es el cuidador primario, quien es la persona que la mayor parte del tiempo realiza tareas de apoyo, cuidado y asistencia, que asume la responsabilidad sobre el cuidado del paciente y que generalmente tiene una relación de carácter familiar con él (cónyuge, hijos, hermanos) (10/66 Dementia Research Group, 2004). Sólo para reafirmar la importancia de considerar al cuidador primario en la evaluación integral vale la pena reproducir una de las principales conclusiones del estudio de Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) del cual surgió su Entrevista de Carga del Cuidador: “los resultados sugieren la importancia de proveer apoyo a los cuidadores como una fase crítica en la atención comunitaria de las personas de edad avanzada con demencia”.

En la Unidad 4 del Módulo III se revisará el impacto que las enfermedades demenciales tienen sobre el cuidador primario, el perfil de éste y el concepto de sobrecarga, por tanto en este momento no se ahondará en ello. Basta mencionar que la carga percibida por la tarea de cuidar a una persona con demencia ocasiona el deterioro de la salud física y mental del cuidador primario, lo cual repercute en las condiciones de salud del paciente y en la calidad de vida de ambos. Otro aspecto que es importante aclarar desde ahora es la confusión que en ocasiones existe entre los conceptos “síndrome de agobio o sobrecarga del cuidador” y “síndrome de *burnout*”. El síndrome de *burnout* (que en inglés significa quemarse, consumirse o apagarse), fue propuesto originalmente para describir la serie de síntomas y comportamientos experimentados en profesionales que proporcionaban servicios de salud y, por tanto, debe aplicarse exclusivamente a la carga experimentada en el personal de salud y no a la sobrecarga experimentada por cuidadores primarios familiares, también llamados informales o no remunerados. Ortega et al. (2007) proponen utilizar el constructo “síndrome de desgaste profesional” como una traducción en español equivalente a “síndrome de *burnout*”. Dichos autores definen al desgaste profesional como un síndrome de agotamiento físico y emocional en respuesta al estrés laboral crónico, que afecta fundamentalmente a los profesionales que precisan mantener una relación de ayuda constante y directa con otras personas (Ortega et al., 2007). Mientras que Conde-Sala (2007) define la sobrecarga en el cuidador principal (familiar) como el estrés físico y psíquico derivado de proporcionar atención continua durante las 24 horas del día, refiriéndose con esto al cuidador que reside en la misma vivienda del enfermo, que tiene vínculos afectivos con él y que proporciona toda la atención que el enfermo necesita.

El instrumento más utilizado para medir la sobrecarga en los cuidadores familiares de personas con demencia es la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) (Zarit et al., 1980). La primera versión de esta escala incluía 29 reactivos que luego de una revisión se redujeron a 22, que es la más difundida. Se trata de un instrumento autoaplicado tipo Likert elaborado a partir de la experiencia clínica de los autores con cuidadores de personas con demencia e indaga las áreas más comúnmente referidas por los cuidadores como problemáticas como la salud del cuidador, bienestar psicológico, finanzas, vida social y relación entre el cuidador y la persona enferma. El cuidador indica la frecuencia en la que se siente identificado con cada reactivo en una escala que va de 0 (nunca) a 4 (casi siempre) y en la que es posible obtener una puntuación global.

Al igual que otros instrumentos que se han revisado en esta unidad, pueden encontrarse varias versiones de la ECCZ en español pero Álvarez, González y Muñoz (2008) alertan sobre algunas versiones que se han publicado en donde la escala de calificación de cada reactivo va de 1 (nunca) a 5 (casi siempre), lo cual difiere de la escala original que va de 0 (nunca) a 4 (casi siempre). Esto modifica el puntaje global que se obtiene de la suma de todos los reactivos, pues en la ECCZ original la puntuación máxima es de 88 y en la versión con la escala 0 a 5 la puntuación máxima es de 110, lo cual puede arrojar puntuaciones artificialmente altas y afectar la comparación entre estudios. Este es el caso de la versión de Montorio, Izal, López y Sánchez (1998) ampliamente difundida en España y otros países de habla hispana. Álvarez et al. (2008) también mencionan que en esta versión se incluyen puntos de corte, siendo que los autores originales nunca establecieron puntos de corte.

La solución al problema de las diferentes versiones es, como ya se ha sugerido, utilizar las adecuadas a nuestro contexto y que de preferencia reporten propiedades psicométricas. En México, Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008) validaron la traducción española de Montorio et al. (1998) con la calificación correcta (escala de 0 a 4) (Tabla 31), pero en cuidadores primarios de personas adultas mayores con patologías distintas a la demencia (enfermedades respiratorias, cardiocirculatorias y otras crónico-degenerativas que no especifican), así que debe tomarse con reservas pues los mismos autores reportan niveles de carga inferiores a los que se conocen en cuidadores de personas con demencia y afirman que las características de la muestra afectan el comportamiento del instrumento. No obstante, realizaron un análisis factorial exploratorio en el que se observó la agrupación de los reactivos en tres factores que explicaron el 50.39% de la varianza: impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia. Estos mismos tres factores fueron hallados por Montorio et al. (1998) en su propio análisis factorial. Alpuche et al. (2008) sugieren la posibilidad de elaborar una versión más corta del instrumento, pues algunos reactivos obtuvieron cargas factoriales muy bajas y su eliminación mejoraría las características psicométricas globales. Se obtuvo una confiabilidad de 0.90.

Por su parte, García, Acosta y Sosa (2014) estudiaron a una muestra de 15 cuidadores de personas con demencia en el ámbito rural mexicano para describir sus niveles de carga, así como la relación con variables sociales y psicológicas. Utilizaron la versión de la ECCZ de Alpuche et al. (2008). Encontraron que el 80% de los pacientes requerían cuidado la mayor parte del tiempo, 6.7% una parte del tiempo y 13.3% no necesitaba cuidados. Con respecto a la carga de los cuidadores encontraron un porcentaje de carga del 31% en las mujeres y de 28% en los hombres, así como una correlación positiva entre los niveles de carga y la morbilidad psicológica (a mayor carga, más frecuencia de enfermedades psicológicas). Concluyen que la puntuación de la ECCZ fue baja con relación a otros estudios, lo cual explican diciendo que la mayoría de los pacientes se encontraban en una etapa leve de demencia y que en el ámbito rural hay mayor tolerancia social y más apoyo instrumental a los adultos mayores.

Muchas investigaciones estudian los factores asociados a la carga que se revisan en otras unidades, no obstante es interesante comentar uno de los principales hallazgos del trabajo de Zarit et al. (1980) con 29 cuidadores de personas con demencia, pues solamente encontraron correlación entre el nivel de carga con la frecuencia de las visitas familiares, es decir, con el apoyo social disponible. Ni el nivel de deterioro del paciente, la presencia de problemas de memoria y conductuales, ni el deterioro funcional tuvieron influencia sobre la percepción de carga. Los reactivos con mayor nivel de carga fueron la sensación del cuidador de falta de tiempo para sí mismo, excesiva dependencia del paciente y miedo del cuidador sobre el futuro deterioro de la conducta del paciente.

**Tabla 31. Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ)**

Entrevista de la carga del cuidador de Zarit (ECCZ) (versión de Alpuche et al., 2008)	0 Nunca	1 Casi nunca	2 Algunas veces	3 Frecuentemente	4 Siempre
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?					
6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente su relación con otros miembros de su familia (pareja, hijos...)?					
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?					
8. ¿Cree que su paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?					
10. ¿Cree que la salud de usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente?					
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?					
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?					
14. ¿Cree que su paciente espera que usted sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?					
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?					
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?					
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?					
22. En resumen, ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?					

Tabla 31. Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ).



## Recapitulación

- » La evaluación integral de la persona con demencia incluye la exploración de las áreas cognoscitiva, funcional, de los síntomas psicológicos y conductuales y la estimación de la severidad de la demencia; así como la evaluación de la sobrecarga en el cuidador principal.
- » Idealmente, la evaluación integral requiere de la participación de distintos profesionales de la salud y deberá recurrirse a ello cuando sea posible. Sin embargo, la identificación de casos con sospecha de demencia en la consulta de primer contacto o atención primaria puede ser realizada por un solo profesional, sea éste médico, psicólogo, enfermera o trabajador social a través de diversos instrumentos de escrutinio.
- » Se recomienda estudiar a toda persona adulta mayor con quejas subjetivas de fallas de memoria.
- » La evaluación neuropsicológica está considerada como uno de los requerimientos para el diagnóstico de demencia de acuerdo con diversos criterios internacionales. El proceso de evaluación neuropsicológica ocurre en tres etapas: exploración básica con pruebas de escrutinio; general con base en la aplicación de baterías neuropsicológicas; e ideográfica con base en la aplicación de pruebas específicas. Sólo la primera etapa está al alcance de cualquier profesional de la salud, las dos siguientes son del dominio exclusivo del neuropsicólogo.
- » Las pruebas de cribado tienen como principal característica, su aplicación en un corto tiempo, requerimientos de mínimos de entrenamiento, así como facilidad de aplicación, calificación e interpretación.
- » Las personas con puntuaciones por debajo del punto de corte en las pruebas de escrutinio deben ser evaluadas con profundidad.
- » Deben preferirse las pruebas adaptadas y validadas en México, así como aquellas versiones que incluyan características psicométricas básicas de confiabilidad y validez.
- » Debe tenerse especial cuidado en la evaluación de personas con menos de 4 años de escolaridad, pues la baja escolaridad puede introducir sesgos en el resultado.
- » Aunque las pruebas de cribado son sencillas deben conocerse, tener experiencia en su manejo y atender a las recomendaciones generales aquí expuestas para evitar la calificación e interpretación inadecuadas.
- » Las pruebas cognoscitivas sugeridas para el escrutinio de demencia son el Mini Examen del Estado Mental (Reyes et al., 2004) y la Prueba del Dibujo del Reloj (Cacho et al. 1999).
- » Con respecto a la evaluación funcional, deben valorarse los tres tipos de actividades de la vida diaria: básicas, instrumentales y avanzadas. Se recomienda el uso del Escala de Actividades Instrumentales de Lawton y Brody, el Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria y el Índice de Barthel.
- » En la evaluación funcional deben explorarse sólo las actividades que la persona solía realizar, tomando en cuenta el sesgo de género de algunas escalas, así como el lugar en el que reside el paciente, el nivel de ayuda del que dispone y la subjetividad en la opinión del informante o cuidador principal sobre la capacidad funcional del paciente.
- » Para la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales se sugiere utilizar el Inventario Neuropsiquiátrico y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- » La evaluación del estado de ánimo (depresión) es indispensable en el diagnóstico diferencial de demencia, mientras que la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales es necesaria en el diagnóstico diferencial del tipo de demencia.
- » La valoración integral debe concluir con la estimación del grado de severidad de la demencia con instrumentos como la Graduación Clínica de la Demencia, la Escala Global de Deterioro y la Evaluación del Estado Funcional.
- » No debe pasarse por alto la evaluación de la sobrecarga en el cuidador a través de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

## Actividades de autoevaluación módulo II

### Ejercicio 1.

Instrucciones: Lea con detenimiento los siguientes casos y explique qué información requiere para darles respuesta y seguimiento.

**Caso 1.** Un colega suyo acaba de integrarse a su equipo de trabajo, le pide asesoría sobre cómo se realiza la evaluación general de un paciente con sospecha de demencia ¿Qué información le daría? Describa al menos dos.

**Caso 2.** Una mujer del programa oportunidades se acerca a consultar el problema que ha identificado en su madre. Le comparte la siguiente información: “mi mamá tiene 72 años, es divorciada, siempre he vivido con ella, incluso ahora de casada con mis hijos y mi esposo. Desde hace varios años se ha vuelto distraída y se olvida de varias cosas como donde deja las llaves o si le dejan dar un recado, últimamente es más frecuente y ni siquiera se acuerda de lo que acaba de pasar pero platica muy bien de cuando era niña o cuando trabajaba como maestra en una primaria, ella es maestra normalista jubilada. A veces también olvida los nombres de mis otros 4 hermanos. Nos preocupa porque tuvimos una tía que así empezó y la verdad es que tuvo muchos problemas con su familia antes de morir.” De este caso Usted considera importante realizar una historia clínica ¿Qué información se le ha dado y en cuál necesitaría profundizar?

Los primeros resultados del caso anterior indican la necesidad de realizar pruebas de laboratorio, si está en sus manos tomar esta decisión ¿Qué pruebas recomendaría?

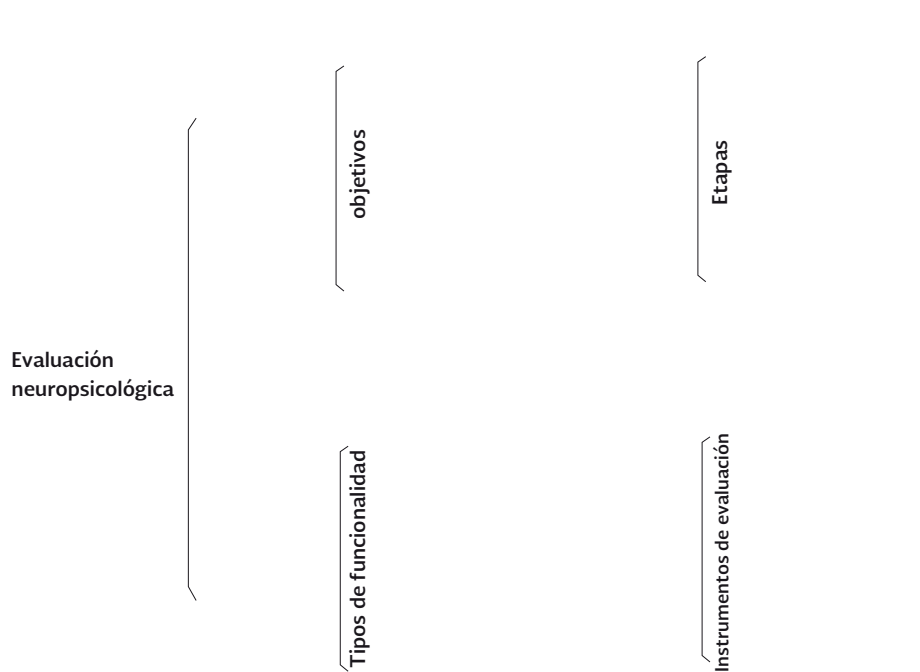
Como parte complementaria de los resultados de laboratorio del caso anterior, si está en sus manos tomar la decisión: ¿Qué otros estudios recomendaría aplicar?, ¿qué biomarcadores (o marcadores biológicos) existen para mejorar la precisión diagnóstica de este caso?

**Caso 3.** Como profesional de la salud acude a un seminario de actualización en materia de EA y otras demencias. Se abre el espacio para comentar ideas acerca de los criterios de diagnóstico para demencias. Usted toma la palabra y comenta los criterios diagnósticos sobre la EA, la Demencia Vascular, la Demencia con cuerpos de Lewy, la Degeneración Lobar Frontotemporal. Describa brevemente su participación.

**Caso 4.** En el mismo seminario se confrontan algunos casos de personas con posibles problemas de demencia, el debate se centra en entidades clínicas, diferentes a la demencia, (signos y síntomas, etiología, patogenia, pronóstico, etc.) para realizar un diagnóstico diferencial. Exponga tres ideas que puedan definir o guiar los casos confusos expuestos.

### Ejercicio 2.

Rellene el siguiente cuadro sinóptico con los tipos de pruebas para el diagnóstico de demencias. Puede guiarse con las palabras claves horizontales, considere utilizar las siguientes palabras: *Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody), Exploración general, Exploración idiográfica, Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, Recomendaciones para el tratamiento y orientación a familiares, Evaluación de la capacidad legal, Mini mMental, Exploración básica, Inventario de Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores (Acosta), Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe et al.) y el Índice de Barthel (Mahoney&Barthel) Según hipótesis, con pruebas de diseño especial, Baterías neuropsicológicas y pruebas específicas, El tTest del rReloj, Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, Actividades Básicas de la Vida Diaria, Diagnóstico diferencial, Perfil cognoscitivo, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Establecimiento del tipo de demencia, Gradación de deterioro, Involución y monitoreo del deterioro, Determinación de la capacidad funcional, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. evaluación neuropsicológica, evaluación de la capacidad funcional, diagnóstico diferencial, perfil cognoscitivo, establecimiento de tipo de demencia, gradación de deterioro, involución y monitoreo del deterioro, índice de independencia en las actividades de la vida diaria y el Índice de Barthel, escala de actividades instrumentales, inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores, el test del reloj, mini- examen del estado mental (mini-mental), actividades avanzadas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades básicas de la vida diaria, determinación de la capacidad funcional, recomendaciones para el tratamiento y orientación a familiares, evaluación de la capacidad legal. Puede guiarse con las palabras claves horizontales.*



### Ejercicio 2.1

Instrucciones: Subraye la respuesta correcta a los siguientes planteamientos, puede haber dos aciertos o más en algunas de las preguntas.

- Se encuentra por evaluar las AVD de un adulto mayor que va acompañado de su cuidadora primaria .  
¿Qué consideraciones debe tener al momento de aplicar las preguntas y evitar un sesgo de información?
  - Revisar la guía de consulta de AVD.
  - Debe indagarse qué actividades realizaba cotidianamente la persona para evitar conclusiones sobre actividades que quizás la persona nunca desempeñó y ser cuidadosos en el lenguaje empleado al aplicar los instrumentos pues algunas personas confunden los términos dependencia-independencia entre sí y es necesario aclararlos o utilizar otros vocablos.
  - Se indaga sobre el lugar donde se encuentra el paciente, pues no es lo mismo evaluar a alguien que vive en su domicilio, en una institución geriátrica o en un hospital.
  - Considerar la escala de valoración de cada uno de los reactivos de ABVD, AIVD y AAVD.
- Una persona de la comunidad le pide saber el problema de su madre, pues ha padecido episodios de tristeza profunda en los últimos meses, así como olvidos de nombres de familiares, usted:
  - La transfiere al área de neurología del hospital central.
  - Sugiere la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Si es necesario, lo aplica con el apoyo de otro profesional de salud.
  - Como parte de la exploración es importante aplicar también un Test Mini Mental, usted:
  - Aplica el inventario de actividades diarias.
  - Le diagnostica depresión y sugiere medicamentos.
- Una mujer de 65 años que acude al programa Oportunidades ha manifestado cierta apatía por el trabajo con el promotor de salud. Sus compañeras de grupo han pensado que se encuentra en algún momento de depresión por ser una persona diabética. Como personal de salud, usted sugiere:
  - Sacarla del grupo y remitirla a su familia para su cuidado.
  - La aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
  - La aplicación del Inventario Neuropsiquiátrico.
  - Referir también su caso al médico familiar.
- En caso de desear indagar más sobre el caso anterior, tiene la opción de aplicar un instrumento complemento, el cual puede ser:

- a) El cuestionario para detectar depresión de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM).
  - b) Batería de preguntas de la cédula de diagnóstico de salud del Centro de Salud.
  - c) Guía para el estadiaje o gradación del deterioro.
  - d) Escala de sobrecarga del cuidador primario.
5. Llega a su centro de salud el caso de la señora Amalia. Sus hijas refieren que desde hace aproximadamente dos años ha presentado problemas de memoria y desorientación, además de que está muy ansiosa y preocupada por su dinero, lo guarda en una mochila y es desconfiada. Además se le observa ansiosa, intolerante, irritable y se ha mostrado agresiva con personas del servicio doméstico. En el test del reloj obtiene 9 puntos que la colocan dentro de la normalidad, sin embargo realizó dos intentos y en el segundo no logró representar la hora solicitada correctamente. ¿Cómo estimaría un posible deterioro cognoscitivo?
- a) Con las respuestas a la Graduación Clínica de la Demencia para personas sanas que mide aspectos cognoscitivos y funcionales: memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, actividades comunitarias, hogar y pasatiempos y cuidado personal.
  - b) Aplicando la Escala de Deterioro Global y Evaluación del Estado Funcional, previa recolección de mayor información sobre la condición del paciente (con una entrevista clínica estructurada) y un cuestionario dirigido al familiar o cuidador principal.
  - c) Midiendo los resultados del diagnóstico diferencial de demencia aplicado a la persona y su cuidador primario.
  - d) Con la valoración de la entrevista de la carga cognoscitiva de la persona y su cuidador primario.
6. En una consulta, la señora Dolores refiere que desde hace 3 años ha venido presentando olvidos que se han acentuado: cambios de carácter, dificultades para expresarse y para comprender el lenguaje, que poco a poco han interferido en su desempeño laboral hasta obligarla al retiro. Reporta un puntaje en el Mini-Mental de 24 que corresponde al límite entre la normalidad y la patología. La señora Dolores tiene tres hijos, dos varones y una mujer. Desde hace 8 meses el hijo menor asumió su cuidado, llevándola a vivir con él, con su esposa y su hijo de 3 años a la casa propiedad de su madre. Hasta el momento su nuera se ha hecho cargo de ella llevando a cabo algunas actividades básicas e instrumentales en el hogar. Su nuera menciona desgaste emocional y fatiga por el cuidado. Como profesional de la salud, ¿cómo valoraría la carga que su nuera lleva por la cuidado que brinda?
- a) Aplicándole una entrevista informal para rescatar datos sobre el apoyo que brinda en ABVD, AIVD Y AAVD.
  - b) Valorando los resultados de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, si es necesario se aplica con la colaboración de otro profesional de salud.
  - c) Preguntando directamente a la señora Dolores sobre los cuidados que requiere y cómo su nuera se hace cargo de los mismos.
  - d) Aplicando la entrevista de la carga cognoscitiva de la persona y su cuidador primario.
7. Dialogando con sus colegas sobre posibles cuidados que hay que tener al momento de evaluar y diagnosticar a personas con posibles problemas de demencia, usted resalta:
- a) De la variedad de instrumentos que pueden existir, utilizar los adecuados a nuestro contexto sociocultural y que de preferencia reporten propiedades psicométricas.
  - b) Tomar sólo instrumentos en español.
  - c) Canalizar siempre estas aplicaciones al psicólogo del centro de salud.
  - d) Buscar más instrumentos en sitios web.
8. En una reunión del personal de salud de su centro se discute la pertinencia de aplicar una valoración integral a personas que pueden presentar cuadros de demencia. Su argumento básico sobre la importancia de realizarla es:
- a) Que es importante estimar el grado de severidad de la demencia ya que se puede contar con instrumentos como la Graduación Clínica de la Demencia, la Escala Global de Deterioro y la Evaluación del Estado Funcional.
  - b) Tampoco debe pasarse por alto la evaluación de la sobrecarga en el cuidador a través de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.
  - c) Hay que tener cuidado en la evaluación de personas con menos de 4 años de escolaridad.
  - d) Que son insumos importantes para el llenado de la cédula del diagnóstico de salud integral poblacional de la comunidad
  - e) Es necesario contar con reportes para los indicadores de calidad en salud.

# Glosario

---

- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)\*.** Constituyen un conjunto de actividades especialmente complejas y elaboradas de control del medio físico y del entorno social que permiten al individuo desarrollar un papel social, mantener una buena salud mental y una buena calidad de vida. Entre ellas encontramos: actividad laboral, jardinería, aficiones, viajes, participación social, deportes, etc.
- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)\*.** Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)\*.** Son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Dependen, al igual que las actividades básicas, del estado de salud del individuo, pero intervienen otros elementos, como son el estado afectivo, los rendimientos cognitivos y aspectos del entorno social. Incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc.
- Acumulación.** Término que se utiliza para describir la conducta en la cual el enfermo guarda o esconde cosas que considera de valor, por ejemplo dinero, papeles, documentos, comida, etc. Este es un síntoma común en la demencia, pero debe distinguirse de la entidad psiquiátrica en la cual la acumulación es el problema cardinal y en el que no necesariamente hay una patología neurológica subyacente.
- Afasia.** Deterioro del lenguaje debido a una lesión cerebral, en ausencia de deterioro sensorial o motor elemental. Un impedimento en mayor o menor medida del procesamiento cognoscitivo del lenguaje, ya sea en la capacidad para comprender (interpretar) o producir (expresar) el lenguaje.
- Agitación.** Estado de excitación mental con aumento de la actividad motriz, con sensación de tensión interna y en casos extremos se manifiesta como furor. No es en sí mismo un diagnóstico, sino la manifestación de un trastorno psiquiátrico. El paciente se mueve constantemente sin objetivo, o bien mueve las extremidades sin desplazarse, puede presentar desinhibición verbal, falta de conexión ideativa y estado afectivo ansioso, irritable o eufórico. La actividad puede ser improductiva, repetitiva o llegar a la agresión. Puede presentarse en una gran variedad de trastornos psiquiátricos y considerarse como una urgencia, ya que precede a la violencia.
- Agnosia.** Deterioro en el reconocimiento, ocasionado por una lesión cerebral, pero no debida a deterioro sensorial primario. Existen varios tipos de agnosia dependiendo de la modalidad sensorial de que se trate, agnosia visual, agnosia auditiva, agnosia espacial, etc.
- Alpha de Cronbach.** Estadístico que cuantifica la consistencia interna y mide la intercorrelación entre un número diferente de preguntas o ítems que supuestamente reflejan el mismo concepto. Esto significa que permite calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. La confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida de una prueba produce resultados iguales. El coeficiente alpha de Cronbach puede oscilar entre cero y uno, un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad.<sup>6</sup>
- Alucinaciones.** Experiencias perceptuales que no están basadas en estímulos sensoriales.
- Apraxia.** Trastorno del movimiento voluntario aprendido no debida a deterioro sensorial o motor elemental.
- Atención primaria.** En este nivel asistencial se concentra la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad. La asistencia sanitaria se presta tanto a demanda como de manera programada y tanto en la consulta del centro de salud y del consultorio rural como en el domicilio del enfermo. De igual modo se dispensa atención médica y de enfermería de forma continuada – incluso en el domicilio si se requiere –, para los problemas de salud urgentes. Por último se ofrecen servicios de rehabilitación física y de apoyo social.
- Batería neuropsicológica.** Es el conjunto de pruebas integradas con las cuales se lleva a cabo la evaluación neuropsicológica. Las Baterías Neuropsicológicas suelen evaluar varios dominios cognoscitivos, existe una gran cantidad de ellas y su elección dependerá de las características del paciente (edad y escolaridad principalmente) y de sus alteraciones.
- Cognición/cognoscitivo.** Términos que hacen referencia al conjunto de procesos que son resultado del trabajo del sistema nervioso central, por ejemplo atención, memoria, lenguaje, percepción, movimiento voluntario o inteligencia. Cognitivo y cognoscitivo se utilizan indistintamente, aunque el término correcto en castellano es cognoscitivo pues cognitivo se considera una traducción inadecuada de “cognitive” en idioma inglés.
- Cuidador formal.** Aquella persona, capacitada, o no, que cuida de forma directa a la persona afectada recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo.

- Cuidador informal.** Persona que presta apoyo desinteresado y voluntario a la persona afectada. En la mayoría de casos se trata de familiares directos (cónyuge, hijo/hija, yerno/suegra, hermanos, primos, etc.) o amigos muy próximos.
- Cuidador principal (o primario)\*.** Aquella persona, procedente del sistema de apoyo informal del paciente, que dedica la mayor parte del tiempo, medido en número de horas/día, a su cuidado.
- Cuidador:** Persona que presta apoyo desinteresado y voluntario a las personas afectadas que, o bien convive con el paciente, o bien dedica una parte de su tiempo (superior a 20 h semanales) a la atención de los pacientes.
- Delirios.** Creencias que no están basadas en la realidad.
- Delirium.** Es un síndrome agudo caracterizado por alteración del estado de consciencia y funcionamiento cognoscitivo global que tiene siempre una etiología médica o farmacológica. Los términos delirium y “estado confusional agudo” se consideran sinónimos.
- Demencia avanzada.** Fase de la demencia, sea cual sea su etiología, caracterizada por una marcada dificultad en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, (vestirse, bañarse y lavarse, y utilización del lavabo). Con una pérdida jerárquica de las funciones que la subclasifica en grados de más severidad. En la fase más avanzada son comunes la reducción de la movilidad y la alteración de los esfínteres.
- Dependencia.** El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas u ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.
- Desinhibición sexual.** Se trata de un trastorno del comportamiento en el que la persona puede desvestirse, exponer su cuerpo, masturbarse o acosar a otras personas. Estas conductas no son deliberadas, sino producto del daño cerebral, principalmente de la incapacidad del lóbulo frontal para inhibir o regular la conducta sexual, así como para asumir una actitud crítica y moral del entorno y de los propios actos.<sup>5</sup>
- Desinhibición.** Desde el punto de vista cognoscitivo, la inhibición es uno de los procesos que forman parte de las funciones ejecutivas y que se relaciona con el funcionamiento de la corteza prefrontal. El proceso de inhibición permite detener respuestas automáticas o no pertinentes tanto en la esfera atencional (inhibiendo distractores) como conductual (controlando los impulsos). Por tanto la desinhibición implica la pérdida de esta función de control (autorregulatoria) dando lugar a la aparición de una atención lável o una conducta inapropiada encaminada a la satisfacción de los propios impulsos.
- Deterioro cognoscitivo leve.** Más que al grado de severidad o gravedad del deterioro cognoscitivo, este término se ha considerado en los últimos años como un modelo teórico que permite identificar a aquellas personas en riesgo de desarrollar demencia. En el continuo entre el envejecimiento normal y la demencia, el deterioro cognoscitivo leve describe la zona entre el envejecimiento y la demencia leve. En esta fase la persona experimenta déficits cognoscitivos leves (frecuentemente olvidos) con una cognición y funcionalidad intactas en lo general. En inglés se le denomina Mild Cognitive Impairment y se le identifica por las siglas MCI.<sup>7</sup>
- Discapacidad.** Es toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.
- Eficacia.** Porcentaje de sujetos clasificados correctamente. Implica un balance entre los valores de sensibilidad y especificidad (Cacho et al., 1999).
- Escala o cuestionario de autoreporte o autoaplicado.**
- Especificidad\*.** Se trata de un instrumento que está diseñado para ser respondido por el propio paciente.
- Especificidad.** Proporción de tests negativos en personas sin demencia (Cacho et al., 1999). Capacidad de una prueba o test para identificar casos negativos, es decir, para identificar a las personas sanas o sin alteraciones.
- Evaluación integral\*.**
- Evaluación neuropsicológica\*.** Examen amplio de las funciones cognitivas, conductuales y emocionales que pueden resultar alteradas después de un daño cerebral (Rodríguez, 2003).
- Funcionalidad.** Término utilizado para referirse a la capacidad de una persona para desempeñar independientemente las actividades de la vida diaria. Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.
- Funciones ejecutivas.** Grupo de funciones que incluye la formulación de metas, el desarrollo y ejecución de estrategias, el monitoreo y evaluación del logro de las metas, la modificación adaptativa de las estrategias o la persistencia en ellas. Las lesiones de la corteza prefrontal se asocian al funcionamiento y alteración de la función ejecutiva.  
Funciones o procesos cognoscitivos/mentales/psicológicos superiores.  
Informante.
- Ítems.** Cada una de las partes o unidades de que se compone una prueba, un test o un cuestionario.
- Manía.** Episodios caracterizados por euforia, hiperactividad, expansión, estado de ánimo irritable, autoestima inflada y juicio deteriorado.
- Neuropsicología.** Disciplina que trata de las funciones mentales superiores en sus relaciones con las estructuras cerebrales (Hecáen, 1972).
- Pruebas de tamizaje, cribado o escrutinio\*.** Se trata de pruebas o tests breves que permiten seleccionar de manera



gruesa a aquellas personas que podrían tener alguna alteración cognoscitiva. Se caracterizan por su corto tiempo de aplicación (máximo 15 minutos) y fácil administración.

**Punto de corte.** En un test se refiere a la puntuación límite entre la normalidad y la patología, se refiere a la puntuación óptima que produce mayor eficacia (Cacho et al., 1999).

**Punto de corte.** En un test se refiere a la puntuación límite entre la normalidad y la patología, se refiere a la puntuación óptima que produce mayor eficacia (Cacho et al., 1999).

**Quejas subjetivas de fallas de memoria.** Es la manifestación o queja de problemas de memoria que se presenta frecuentemente en las personas adultas mayores y que al estudiarse puede o no aludir a problemas reales u objetivos.

**Reacciones catastróficas.** Arranques de agitación, angustia, enfado o conducta violenta que son desproporcionados en relación a la causa que los provoca. Las reacciones catastróficas pueden deberse tanto a síntomas cognitivos como no cognitivos como trastornos perceptivos, alucinaciones y delirios.<sup>5</sup>

**Sensibilidad.** Proporción de tests positivos en personas con demencia (Cacho et al., 1999).

**Síndrome de Burnout\*.** El término inglés “Burnout” hace referencia a una disfunción psicológica que parece suceder de un modo más común, entre trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente. Es la consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas. Supone por tanto un coste personal, de organización y social que pueden llegar a ser muy importantes. En el personal sanitario se materializa como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar. (Síndrome de desgaste profesional)

**Síntomas psicóticos.** Conjunto de síntomas que se caracterizan por la presencia de ideas delirantes y/o alucinaciones, y/o pensamiento desorganizado en ausencia de una alteración significativa del estado de conciencia.

**Sobrecarga del cuidador.** Grado en que la salud física y emocional, la vida social o la situación financiera del cuidador sufren como consecuencia del cuidado del enfermo1.

**Vagabundeo.**

(\*) Indica términos que fueron definidos a lo largo de la unidad.

#### Abreviaturas:

**AAVD.** Actividades Avanzadas de la Vida Diaria

**ABVD.** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**AIVD.** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

**AVD.** Actividades de la Vida Diaria

**EDG.** Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

**CDR.** Clinical Dementia Rating

**GDS.** Global Deterioration Scale

**FAST.** Functional Assessment Staging

**ECCZ.** Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit

# Bibliografía del módulo II

---

- 10/66 Dementia Research Group (2004). Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry*; 19:170-177
- Aalten, P., Vugt, M. E., Lousberg, R., Korten, E., Jaspers, N., Senden, B., et al. (2003). Behavioral problems in dementia: a factor analysis of the Neuropsychiatric Inventory. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 15 (2), 99-105.
- Aarsland, D., Sharp, S. & Ballard, C. (2005). Psychiatric and behavioral symptoms in Alzheimer's disease and other dementias: etiology and management. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 5, 345-354.
- Acosta, C. O. (2009). El Inventario de Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores y su relación con la calidad de vida. En A. N. González-Celis. *Evaluación en psicogerontología*. México: Manual Moderno.
- Acosta, G. I., Sosa, A. N., Orozco, R. y Borges, G. (2012). Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores con demencia y su relación con la severidad de la enfermedad. *Revista de Investigación Clínica*, 64(4), 354-363.
- Aguilar, S. G., Fuentes, A., Ávila, J. A. & García, E. J. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(4), 256-262.
- Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. (2011) The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association Workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's Disease. *Alzheimers Dement*; 7(3):270-279.
- Allegri RF, Harris P. (2001). La corteza prefrontal en los mecanismos atencionales y la memoria. *Rev Neurol*;32(5):449-453.
- Alpuche, V. J., Ramos, B., Rojas, M. E. & Figueroa, C. G. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.
- Álvarez, L., González, A. M. & Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(0), 618-619.
- American Geriatrics Society (2010). A guide to dementia diagnosis and treatment. <http://dementia.americangeriatrics.org/>. Accessed August 22.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition, Arlington VA 2013. American Psychiatric Publishing.
- Areán PA, Cook BL (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry*; 52(3):293.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Blesa, et al. (2001). Clinical validity of the "mini-mental state" for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39, 1150-1157.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Botez MI. *Neuropsychologie Clinique et neurologie du comportement* (1996). París. Masson.
- Braak H, Braak E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes (1991). *Acta Neuropathol*; 82(4):239-259.
- Cabeza R, Nyberg L, Park D. *Cognitive Neuroscience of Aging*. Reuter-Lorenz PA, Sylvester C-YC. The cognitive neuroscience of working memory and aging. Oxford University Press. Oxford 2005.
- Cacho, J., García, R., Arcaya, J., Gay, J., Guerrero, A. L., Gómez, J. C., et. al. (1996). El test del reloj en ancianos sanos. *Revista de Neurología*, 24,1525-1528.
- Cacho, J., García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., &Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28 (7), 648-655.
- Canevelli, M., Adali, N., Voisin, T., Soto, M. E., Bruno, G., Cesari, M., et al. (2012). Behavioral and psychological subsyndromes in Alzheimer's disease using the Neuropsychiatric Inventory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 795-803.
- Caplan JP, Rabinowitz T. (2010). An approach to the patient with cognitive impairment: delirium and dementia. *Med Clin N Am*;94:1103-1116.
- Carnero, C. (2007). La detección y diagnóstico de demencia en las consultas generales. En R. Alberca y S. López-Pousa. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. 3ª. Ed. México: Médica Panamericana, 51-69.
- Casey BJ. (1999). Maturation in brain activation. *Am J Psychiat*;156-504-508.
- Cianciarullo, T. S., Vieira, R., Zazo, K. & Ferreira, P. H.(2008). Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 49-54.
- Conde-Sala, J. L. (2007). Demencia y familiares cuidadores. Deterioro, sobrecarga y apoyo social. En R. Alberca & S. López-Pousa. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. México: Editorial Médica Panamericana, pp. 100-121



- Conde-Sala, J. L. et al. (2013).** Factors Associated With the Variability in Caregiver Assessments of the Capacities of Patients with Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26, 86-94
- Connor, D. J., Sabbagh, M. N. & Cummings, J. L. (2008).** Comment on administration and scoring of the Neuropsychiatric Inventory in clinical trials. *Alzheimer's & Dementia*, 4, 390-394.
- Craik FIM, (2002).** Levels of processing: past, present and future? *Memory*. 2002;10:305.
- Craik FIM, Salthouse TA. (2000)** The handbook of aging and cognition. McDowd JM, Shaw R. Attention and Aging: a functional perspective. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Cullen, B., O'Neill, B., Evans, J. J., Coen, R. F. Lawlor, B. A. (2007).** A review of screening tests for cognitive impairment. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 78, 790-799.
- Cummings JL, Mega MS. (2003).** Neuropsychiatry and behavioural neuroscience. New York, Oxford University Press.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. & Gornbein, J. (1994).** The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Davidson PSR, Cook AP, Glisky EL.** Flashbulb memories for September 11th are preserved in older adults. *Aging, Neuropsychology and Cognition* 2006;13:196.
- Davis, B. A., Martin-Cook, M. A., Hynan, L. S. & Weiner, M. F. (2006).** Caregiver's perception of dementia patient's functional ability. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21 (2), 85-91.
- Devanand, D. P., Brockington, C. D., Moody, B. J., Brown, R. P., Mayeux R., Endicott, J. et al. (1992).** Behavioral syndromes in Alzheimer's Disease. *International Psychogeriatrics*, 4 (2), 161-184.
- Domínguez, M. E. (2013).** Coordinación sociosanitaria y evaluación integral en demencias: el rol de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 123-131.
- Downing LJ, Caprio TV, Lyness JM. (2013).** Geriatric Psychiatry Review: Differential Diagnosis and Treatment of the 3 D's - Delirium, Dementia, and Depression. *Curr Psychiatry Rep* 15:365.
- Dubois, et al. (2007).** Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet*, 6, 734-746.
- Feldman HH, Jacova C, Robillard A, et al.** Diagnosis and treatment of dementia: Diagnosis. *CMAJ* 2008;178(7):825-36.
- Fick DM, Agostini JV, Inouye SK.** Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Ger Soc*;50:1723-1732.
- Flinn DR, Diehl KM, Seyfried LS, et al.** Prevention, diagnosis and management of postoperative delirium in older persons. *J Am Coll Surg* 2009;209(2):261.
- Folstein, M., Folstein, S. & Mc. Hugh, P. (1975).** Minimal State: A practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Foster NL, Heidebrink JL, Clark CM, et al.** FDG-PET improves accuracy in distinguishing frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Brain* 2007;130(pt 10):2616-2635.
- Franco-Marina, F., García-González, J. J., Wagner-Echeagaray, F., Gallo, J., Ugalde, O., Sánchez-García, Sarcía-Peña, C. (2010).** The Mini-mental State Examination revisited: ceiling and floor effects after score adjustment for educational level in aging Mexican population. *International Psychogeriatrics*, 22 (1), 72-81.
- Fuster JM. (1997).** The prefrontal cortex. Third edition. Philadelphia, Lippincot - Raven.
- Galasko D. (2013).** The Diagnostic Evaluation of a Patient With Dementia. *Continuum (Minneapolis)*;19(2):397-410.
- Gallasi, R., Bisulli, A., Oppi, F., Poda, R., & Di Felice, C. (2008).** Subjective cognitive complaints, neuropsychological performance, affective and behavioral symptoms in non-demented patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 95-101.
- Ganguli M, Snitz B, Saxton J, et al. (2011)** Outcomes of mild cognitive impairment by definition. *Arch Neurol*; 68(6):761-767.
- García, N., Acosta, I. y Sosa, A. N. (2014).** La carga de los cuidadores de adultos mayores con demencia en una región rural. *Psicología y Salud*, 24(1), 35-43.
- Gearing M, Mirra SS, Hedreen JC, et al. (1995).** The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part X. Neuropathology confirmation of the clinical diagnosis of Alzheimer's Disease. *Neurology*;45(3Pt1):461.
- Gilman S, Koeppe RA, Little R, et al. (2005).** Differentiation of Alzheimer's disease from dementia with Lewy bodies utilizing positron emission tomography with [18F]fluorodeoxyglucose and neuropsychological testing. *Exp Neurol*; 191(suppl 1):S95-S103.
- Glisky EL, Polster MR, Routhieaux BC. (1995).** Double dissociation between item and source memory. *Neuropsychology*; 9:229.
- Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, et al. (2011).** Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a Statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [;42:2672-2713.
- Grady CL, et al. (2002).** The effects of encoding task on age-related differences in the functional neuroanatomy of face memory. *Psychol Aging*;17:7.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (2010).** Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya.

- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High K, Asthana S. (2009). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. Sixth Edition. McGraw Hill Medical.
- Han J, Wilson A, Ely EW. (2010). Delirium in the older emergency department patient: a quiet epidemic. *Emerg Med Clin North Am.* ;28:611-631.
- Han JH, Zimmermann EE, Cutler N. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med*;16:193-200.
- Harada CN, Natelson MC, Triebel KL. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clin Ger Med*;29:737-752.
- Hernández-Galván, A. (2006). *Enfermedad de Alzheimer: una propuesta de intervención neuropsicológica*. [Tesis inédita]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Huges, C. P., Berg, L. &Danzinger, W. L. (1988). A new clinical scale for the staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*,140, 566-572.
- Inouye SK, Bogardus ST, Jr Charpentier PA, et al.(1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*;340(9):669.
- Inouye SK, VanDyck CH, Alessi CA, et al. (1990) Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*;113:941-948.
- Inouye SK. Delirium in older persons. (2006) *N Engl J Med*; 354:1157– 1165.
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". (2008). *Protocolo de atención para el paciente con trastorno neuropsiquiátrico*. México: INNN.
- Johnson MK, Hashtroudi S, Lindsay DS.(1993) Source Monitoring. *Psychol Bull.* ;114:3.
- Katz, S. &Akpom, A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, 6(3), 493-508.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medicine Association*,185, 914-919.
- Kemppainen NM, Aalto S, Wilson IA, et al. (2007) PET amyloid ligand [11C]PIB uptake is increased in mild cognitive impairment. *Neurology*;68(19):1603–1606.
- Kertesz A, Blair M, McMonagle P, et al. (2007). The diagnosis and course of frontotemporal dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*;21(2):155.
- Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. (2001). Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*;56(9): 1143Y1153.
- Larrión, J. L. (1999). Valoración geriátrica integral (III). Evaluación de la capacidad funcional del anciano. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22 (1), 71-84.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9,179-186.
- Loewenstein, D. A. et al. (1989). A New Scale for the Assessment of Functional Status in Alzheimer's Disease and Related Disorders. *The Journal of Gerontologist*, 44 (4), 114-121.
- Loewenstein, D. A. et al. (2001). Caregivers' Judgments of the Functional Abilities of the Alzheimer's Disease Patient. A Comparison of Proxy Reports and Objective Measures. *The Journal of Gerontologist Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (2), 78-84.
- Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, et al. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*;78(2):131.
- Lyketsos CG, Steele C, Baker L, et al. (1997). Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*;9(4):556-561.
- Mahoney, F. I. &Barthel, D. W. (1965).Functional evaluation: The BarthelIndex.*Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.
- McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Third report of the DLB consortium. *Neurology*;65:1863-1872.
- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. (1996). Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47:1113.
- McKhann G, Drachman D, Folsterin M, et al. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the department of health and human services task force. *Neurology*;47:113-1124.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's Disease: recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's and Dementia*;7(3):263-269.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. &Stadlan, E. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Forces on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34, 939.
- Mittal V, Muralee S, Williamson D, et al. (2011). Review: delirium in the elderly – a comprehensive review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011; 26:97– 109.
- Molano J, Boeve B, Ferman T, et al. (2010). Mild Cognitive Impairment associated with limbic and neocortical Lewy body

- disease: a clinicopathological study. *Brain*;133:540-556.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. & Sánchez, M. (1998).** La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14 (2), 229-248.
- Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW, et al. (1997).** Meta-analysis of the Hachinski Ischemic Score in pathologically verified dementias. *Neurology*;49(4):1096.
- Navas E, Muñoz JJ. (2004)** El síndrome disejecutivo en la psicopatía. *Rev Neurol*;38(6):582-590.
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. (1998)** Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. ;51(6):1546-54.
- Ortega, M. E., Ortiz, G. R. & Coronel, P. G. (2007).** Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17 (1), 5-16.
- Ostrosky, F., López, G. & Ardila, A. (1999).** Influencias de la edad y de la escolaridad en el examen breve del estado mental (Mini-Mental State Examination) en una población hispano-parlante. *Salud Mental*, 22 (3), 20-26.
- Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. (2006).** Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(5):530-538.
- Park D, Scharz N. (2000)** *Cognitive Aging: A primer*. Park DC, Gutches AH. *Cognitive Aging and everyday life*. Psychology Press, Philadelphia PA.
- Patterson C. (1986).** The diagnosis and differential diagnosis of dementia and pseudo-dementia in the elderly. *Can Fam Phys* 1986;32:2607-2610.
- Peña-Casanova J, (2007).** *Neurología de la conducta y Neuropsicología*. Madrid. Ed. Médica Panamericana.
- Peña-Casanova, J., Gramunt, N. & Gich, J. (2004).** *Tests Neuropsicológicos. Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias*. Barcelona: Masson.
- Penna S. (2013).** Cognitive and Emotional dysfunction in Mild Cognitive Impairment. *Clin Ger Med*;29:773-789.
- Petersen R, Smith G, Waring S, et al. (1999).** Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*;56(3):303-308.
- Pihlajamaki M, Jauhiainen AM, Soininen H. (2009).** Structural and functional MRI in mild cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res*;6(2):179-185.
- Prince, et al. (2007).** The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research program. *BMC Public Health*, 7, 165.
- Purandare, N., Burns, A. & Burns, A. (2000).** Behavioural and psychological symptoms of dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10 (3), 245-260
- Rabinovici GD, Furst AJ, O'Neil JP, et al. (2007).** 11C-PIB PET imaging in Alzheimer disease and frontotemporal lobar degeneration. *Neurology*;68(15):1205-1212.
- Rains, D. (2004).** *Principios de Neuropsicología Humana*. México: Mc Graw Hill.
- Reisberg, B. (1988).** Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 653-659.
- Reisberg, B. Ferris, S. H., De Leon, M. D. & Cook, T. (1982).** The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Reuter-Lorenz PA, et al. (2000).** Age differences in the frontal lateralization of verbal and spatial working memory revealed by PET. *J Cognit Neurosci*;12:174.
- Reyes et al. (2004).** Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 11 (1), 1-11.
- Riddle DR. (2007).** *Brain Aging: Models, methods and mechanisms*. Glisky EL. *Changes in cognitive Function in Human Aging*. CRC Press.
- Roberts R, Geda Y, Knopman D, et al. (2008).** The Mayo Clinic Study of Aging: design and sampling, participation, baseline measures and sample characteristics. *Neuroepidemiology*;30:58-69.
- Roberts R, Knopman DS. (2013).** Classification and epidemiology of MCI. *Clin Ger Med*;29:753-772.
- Roman GC, Erkinjuntti T, Wallin A, et al. (2002).** Subcortical ischaemic vascular dementia. *Lancet Neurol*;1(7):426-436.
- Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. (1993).** Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*;43(2):250-260.
- Romero, D. M. (2007).** Las actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 264-271.
- Rosen HJ, Gorno-Tempini ML, Goldman WP, et al. (2002).** Patterns of brain atrophy in frontotemporal dementia and semantic dementia. *Neurology*;58(2):198-208.
- Rosen WG, Terry RD, Fuld PA, et al. (1980).** Pathological verification of ischemic score in differentiation of dementias. *Ann Neurol*;7:486-488.
- Salthouse TA. (2010).** Selective review of cognitive aging. *J Int Neuropsychol Soc*;16:754-60.
- Sánchez-García, S., Juárez, T., Gallegos, K., Gallo, J. J., Wagner, F. A. & García, C. (2012).** Frecuencia de los síntomas depresivos en adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 35, 71-77.
- Sánchez-García, S., Juárez, T., García, J. J., Espinel, C., Gallo, J. J., Wagner, F. A., et al. (2008).** Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans in population studies and for primary care. *Salud Pública de México*, 50(6), 447-456.
- Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. (2005).** Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*;294(15):1934.

- Schuff N, Capizzano AA, Du AT, et al. (2002).** Selective reduction of N-acetylaspartate in medial temporal and parietal lobes in AD. *Neurology*;58(6):928–935.
- Sclan, S. G. & Reisberg, B. (1992).** Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: reliability, validity, and ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4 (1), 55-69.
- Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, et al. (2011).** Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Simmons BB, Hartmann B, DeJoseph D. (2011).** Evaluation of Suspected Dementia. *Am Fam Physician*.;84(8):895-902.
- Small GW, Bookheimer SY, Thompson PM, et al. (2008).** Current and future uses of neuroimaging for cognitively impaired patients. *Lancet Neurol*;7(2):161–172.
- Solai LK, Mulsant BH, Pollock BG. (2001).** Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging*;18(5):355.
- Spalletta, G., Musico, M., Padovani, A., Rozzini, L., Perri, R., Fadda, L. et al. (2010).** Neuropsychiatric symptoms and syndromes in a large cohort of newly diagnosed, untreated patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1026-1035.
- Sperling R, Johnson K. (2013).** Biomarkers of Alzheimer Disease: Current and Future Applications to Diagnostic Criteria. *Continuum (Minneapolis, Minn)*;19(2):325–338.
- Swigart SE, Kishi Y, Thurber S, et al. (2008).** Misdiagnosed delirium in patient referrals to a university-based hospital psychiatry department. *Psychosomatics*;49(2):104-8.
- Tartaglia MC, Vitali P, Migliaccio R, et al. (2010).** Neuroimaging in dementia. *Continuum Lifelong Learning Neurol*;16(2):153–175.
- Thorpe L. (2009).** Depression vs. Dementia: how do we assess? *Can Rev Alzh Dis and other dementias*;1:17-21.
- Vilalta, J., Lozano, M., Hernández, M., Llinás, J. López, S. (1999).** Neuropsychiatric Inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Revista de Neurología*, 29(1), 15-19.
- Winblad B, Palmer M, Kivipelto M, et al. (2004).** Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*;256:240-246.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983).** Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-39.
- Zanetti, O., Geroldi, C., Frisoni, G., Bianchetti, A. Trabucchi, M. (1999).** Contrasting results between caregiver's report and direct assessment of activities of daily living in patients affected by mild and very mild dementia: The contribution of the caregiver's personal characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(2), 196-202.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980).** Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.



## Respuestas a los ejercicios de autoevaluación del aprendizaje.

### Ejercicio 1. Panorama epidemiológico

La población del mundo se ha incrementado exponencialmente por la reducción en la mortalidad infantil y el incremento en la expectativa de vida.	F	✓
En las últimas décadas, las pirámides poblacionales tienen cúspides cada vez más angostas, casi tanto como las bases, hecho que se manifiesta a nivel mundial como envejecimiento poblacional.	F	V
La transición epidemiológica es una transformación en la forma en que envejecen, enferman y mueren las poblaciones.	F	✓
La reducción de las enfermedades infectocontagiosas y la transformación demográfica ha permitido y destacado la necesidad de atender las enfermedades de efecto crónico o degenerativo, como la demencia.	F	✓
Los indicadores que permiten conocer el impacto de las enfermedades son la frecuencia, la incidencia y la mortalidad.	F	✓
Existen pocos datos sobre la mortalidad de las demencias; la mayoría de los estudios se han realizado a partir de los expedientes clínicos, que para este síndrome son poco fiables.	F	V
La demencia vascular es la principal forma de demencia con una frecuencia de 50 a 70% del total de las demencias, seguida de EA, con 30-60%.	F	V
En México existen dos reportes que señalan la existencia anual de entre 27 y 30 casos nuevos por cada 1000 personas de 60 años o más.	F	✓
En México se espera que para 2050 aproximadamente 3 millones doscientas mil personas padecerán demencia.	F	✓
Una de las acciones urgentes en atención a demencias es el desarrollo de programas para el primer nivel de atención que cuente con la disponibilidad de recursos para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la demencia.	F	✓



## Ejercicio 2. Anatomía y fisiología de las funciones cognitivas

Demencia	Memoria episódica	Memoria semántica	Memoria de trabajo	Memoria de procedimiento	Lenguaje
Deterioro de funciones cognitivas	Lóbulo temporal medial	Lóbulo temporal inferolateral	Corteza prefrontal	Ganglios basales	Área de Broca
	Núcleo anterior del tálamo				
Síndrome	Cuerpos mamilares		Área de Broca	Cerebelo	Área de Wernicke
	Fórnix				
Interferencia de actividades de la vida diaria	Corteza prefrontal		Áreas de asociación visual	Área motora suplementaria	
			Área de Wernicke		

## Clasificación de las demencias

1. La **enfermedad de Alzheimer** es la causa más común de demencia en el mundo, se trata de un trastorno neurodegenerativo, progresivo e irreversible cuya principal manifestación clínica es la afectación de la memoria, se acompaña de alteraciones de la conducta, problemas de comunicación y del razonamiento.
2. La **demencia vascular** o **deterioro cognoscitivo vascular** es un síndrome caracterizado por deterioro cognoscitivo que afecta al menos un dominio y evidencia clínica de enfermedad vascular cerebral o daño cerebral vascular subclínico.
3. La **demencia mixta** es la coexistencia de dos subtipos de demencia, la principal combinación la constituyen la EA y la DV, sin embargo también es posible encontrar casos de EA con DCLw o con DEP.
4. La **degeneración lobar frontotemporal** es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que ocasiona daño a las estructuras cerebrales localizadas en lóbulos frontales y/o temporales. Se caracteriza por un declive gradual y progresivo en la conducta y/o el lenguaje con una edad de inicio en promedio de 50 a 60 años.
5. La **demencia con cuerpos de Lewy** es un trastorno neurodegenerativo caracterizado por un deterioro cognoscitivo fluctuante, parkinsonismo espontáneo y alucinaciones visuales. Es el segundo tipo más común de demencia degenerativa en los adultos mayores.
6. En la EA, las alteraciones moleculares como la acumulación de proteínas mal conformadas como el beta amiloide y la proteína tau, ocasionan el desenlace final de **neurodegeneración y muerte neuronal**.
7. Los hallazgos histopatológicos característicos de la EA incluyen las **placas amiloides** conformadas por péptidos de beta amiloide (A) y los **ovillos neurofibrilares** conformados por proteína tau fosforilada.
8. Los 3 patrones principales de lesiones vasculares que llevan al desarrollo de DV son la **demencia multi-infarto, la demencia por infarto estratégico y la encefalopatía vascular subcortical**.
9. La mutación de los siguientes 3 genes se relaciona con la EA de inicio temprano: **gen de la proteína precursora de amiloide, gen de la presenilina 1 y gen de la presenilina**. La EA de inicio tardío se relaciona con la presencia del gen de la apolipoproteína E-épsilon 4.

### Ejercicio 3. Factores de riesgo

Factor	María	Julián	Marlene	Descripción del factor de riesgo
Edad	X			La incidencia de demencia y EA se duplica cada 5 años después de los 65 años.
Género	X		X	En comparación con los hombres, las mujeres tienen un riesgo incrementado de EA.
Historia familiar y genética		X		El riesgo de desarrollar EA en aquellos sujetos que tienen al menos un familiar de primer grado con demencia se incrementa más de 3 veces.
Factores cardiovasculares				
Hipercolesterolemia				
Diabetes mellitus	X			La DM está asociada con un aumento del 50 al 100 por ciento en el riesgo de EA y de demencia en general, y con un 100 a 150 por ciento más riesgo de DV.
Hipertensión arterial	X			Se ha encontrado que la hipertensión arterial en la mediana edad, es un predictor de demencia en etapas avanzadas de la vida.
Tabaquismo				
Obesidad e índice de masa corporal				
Trauma craneoencefálico			X	Algunos investigadores han reportado que la historia de TCE, particularmente con pérdida de conciencia, puede estar asociado con el incremento en el riesgo de desarrollar demencia y EA.
Insuficiencia renal crónica				
Deficiencia de vitamina D				
Depresión	X			La depresión se asocia con el incremento en el riesgo de desarrollar cualquier tipo de demencia, EA y DV.
Nivel educativo y laboral	X			La baja escolaridad se asocia con el incremento en la prevalencia e incidencia de demencia.



## Factores protectores

Factor	María	Julián	Marlene	Descripción del factor protector
Género		X		Las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar EA, en comparación con los hombres.
Actividades de estimulación cognoscitiva		X	X	Las ocupaciones realizadas durante la etapa de adulto joven que implican estimulación cognoscitiva se asocian con un menor riesgo de demencia.
Alcohol		X		La ingesta moderada o ligera de alcohol puede ser un factor protector para el desarrollo de demencia.
Estilo de vida		X	X	Existe evidencia de que tres componentes del estilo de vida (actividad social, mental y física) se encuentran inversamente asociados con el riesgo de desarrollar demencia.
Dieta mediterránea		X	X	Este tipo de dieta, que incluye frutas y vegetales frescos, granos enteros, productos del mar y aceite de olivo, ha demostrado reducir el riesgo de desarrollar demencia.
Actividad física		X	X	Mantener niveles de actividad física adecuada, que consiste en ejercitarse más de 3 veces por semana, ha demostrado reducir el riesgo de demencia.
Nivel educativo y laboral		X	X	El incremento en la escolaridad y las actividades laborales que se relacionan con mayor demanda cognoscitiva pueden favorecer la reserva cognoscitiva y, por lo tanto, reducir el riesgo de demencia.

## 2. Respuestas a los ejercicios de autoevaluación del aprendizaje del módulo II.

## Posibles respuestas a los casos presentados.

## Caso 1.

1. El diagnóstico tiene 3 componentes: el diagnóstico clínico, una búsqueda lógica de la causa y la identificación de condiciones comórbidas tratables y otros factores contribuyentes.
2. Involucra varios pasos: la historia del paciente, la entrevista a un cuidador o familiar, el examen físico, las pruebas cognoscitivas breves, las pruebas básicas de laboratorio y de imagen estructural.
3. Implica dos visitas clínicas. La primera es para realizar una historia detallada y un examen físico y cognoscitivo, una entrevista con los familiares y solicitar pruebas diagnósticas. La segunda consiste en una reunión informativa con el paciente y sus familiares, para presentar y discutir el diagnóstico y los factores etiológicos, revisar las opciones de tratamiento médico para desarrollar un plan de manejo global.

## Caso 2.

## Información con la que cuenta:

1. Historia laboral
2. Escolaridad
3. Estado civil
4. Cuidador primario

### Información que requiere o necesita profundizar

- » Historia detallada de la queja de memoria y otros dominios cognoscitivos como el lenguaje, las funciones ejecutivas (es decir, el juicio, la planeación, el razonamiento) o las habilidades visuoespaciales con la finalidad de caracterizar la cognición. Se debe además preguntar sobre conducta y funcionalidad para ayudar en el diagnóstico y la estadificación de enfermedad.
- » Se debe interrogar sobre antecedentes como:
  - Consumo de alcohol y drogas
  - Tabaquismo
  - Hipertensión arterial y si está controlada
  - Diabetes mellitus y si está controlada
  - Dislipidemia y si está controlada
  - Ataques isquémicos transitorios o eventos vasculares cerebrales
  - Trauma craneoencefálico
  - Enfermedades neurológicas coexistentes como enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple
  - Alteraciones en la visión y audición
  - Trastornos psiquiátricos
- » Además se debe interrogar sobre la red de apoyo social de amigos y familia.

### Pruebas de laboratorio requeridas

1. Medición de vitamina B12
2. Medición de hormona estimulante de tiroides
3. Biometría hemática completa
4. Niveles séricos de folatos
5. Pruebas de función hepática y renal
6. Niveles de glucosa y electrolitos séricos

### Otras pruebas de laboratorio recomendadas

1. Imagen por resonancia magnética o tomografía computada

### Biomarcadores (o marcadores biológicos) que existen para mejorar la precisión diagnóstica

- » Acumulación de A $\beta$
- » Daño neuronal o neurodegeneración

### Caso 3.

1. **Enfermedad de Alzheimer:** Los criterios del National Institute on Aging (NIA) y la Alzheimer Association (AA) incluyen características centrales de la demencia por cualquier causa, la EA posible y probable; además proponen incorporar el uso de biomarcadores a la práctica clínica generando nuevas categorías de EA.
2. **Demencia vascular:** Los criterios de la escala de Hachinski (Hachinski Ischemic Score) para identificar la demencia multiinfarto de la EA, consideran el deterioro escalonado, los antecedentes de enfermedad cardiovascular y los signos neurológicos focales. Los criterios de la National Institute for Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour le reserche et l'Enseignement en Neurosciences requieren la confirmación de lesiones cerebrovasculares por neuroimagen.
3. **Demencia con cuerpos de Lewy:** Los criterios actualizados del diagnósticos del Taller Internacional del Consorcio para la DCLw resaltan las fluctuaciones del rendimiento cognoscitivo, los signos parkinsonícos, las alucinaciones visuales y los trastornos del sueño.
4. **Degeneración Lobar Frontotemporal:** Los criterios clínicos resaltan la variante conductual, la demencia semántica y la afasia progresiva primaria.

## Caso 4.

**Demencia y cambios en la cognición asociados al envejecimiento normal.** En muchas ocasiones, el diagnóstico de la demencia se retrasa debido a que los primeros signos son interpretados como parte del envejecimiento normal. Las funciones cognitivas que presentan un declive con la edad incluyen la atención dividida, la velocidad del procesamiento de la información, el aprendizaje y recuerdo de nueva información, el hallazgo espontáneo de palabras, la rotación mental y el tiempo de reacción. Los cambios en las funciones cognitivas asociados al envejecimiento incluyen alteración de la velocidad de procesamiento y algunos aspectos de memoria, lenguaje, función visuoespacial y funciones ejecutivas, pero nunca llegan a ser de tal magnitud que afecten la funcionalidad del sujeto, en contraste con la demencia cuyo deterioro es progresivo y sí afecta las actividades de la vida diaria.

**Demencia y Deterioro Cognoscitivo Leve.** Es el término empleado para describir el estado intermedio entre función cognoscitiva normal y la demencia, resalta el deterioro de la memoria y/o algún otro dominio cognoscitivo, sin afectar las actividades de la vida diaria, los déficits presentados no son ocasionados por el envejecimiento normal. Se recomienda el abordaje diagnóstico del DCL con el fin de identificar a los sujetos con mayor riesgo de progresar a demencia.

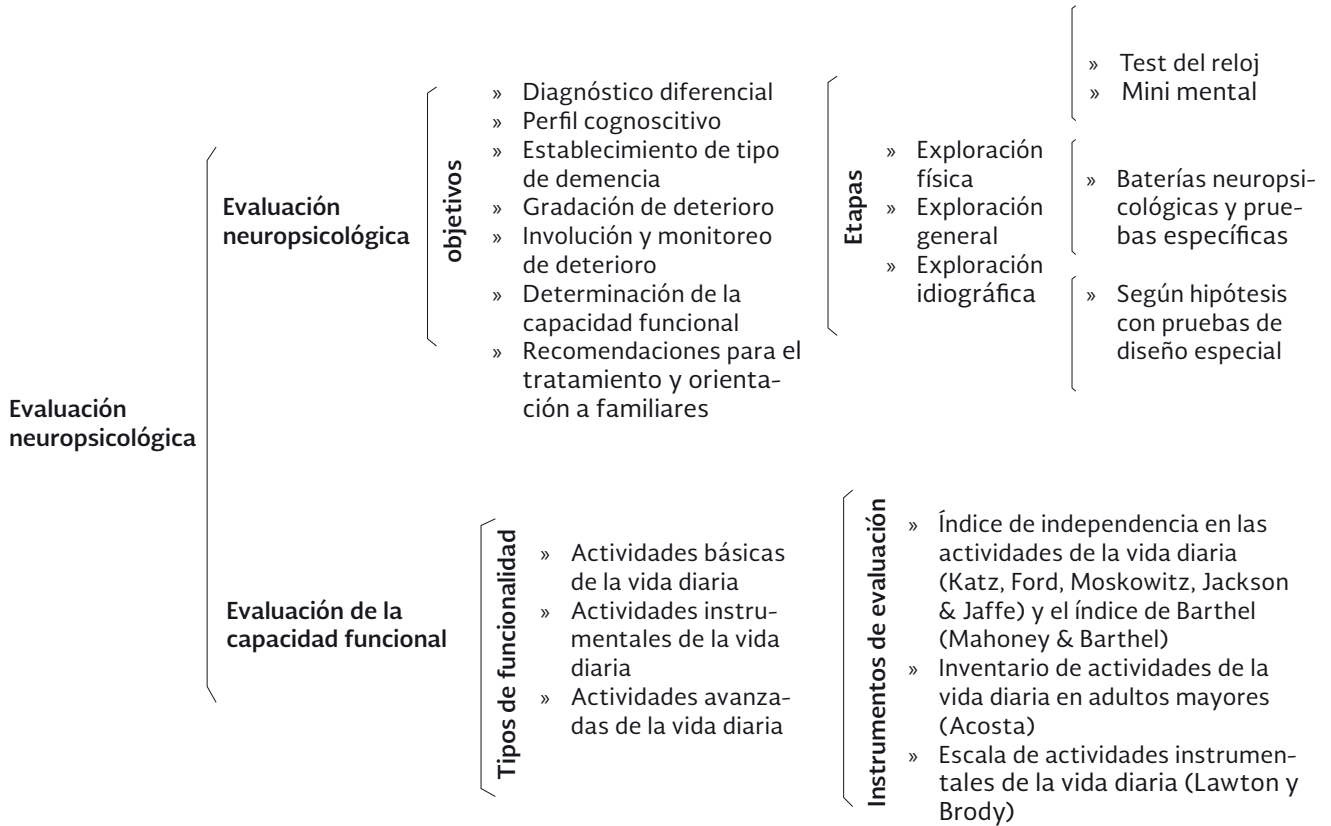
**Demencia y síndromes neuropsicológicos focales.** Las lesiones localizadas como traumatismos, epilepsia, eventos vasculares, infecciosas, inflamatorias, entre otras pueden ocasionar síndromes focales, ya que sólo afectan una región cerebral con una función específica. En el caso de las demencias, las alteraciones cerebrales se presentan de manera difusa, mal delimitadas, son bilaterales o comparten diferentes características según la región anatómica involucrada. Entre los síndromes neuropsicológicos focales tenemos a los síndromes frontales, los síndromes temporales, los síndromes parietales y los síndromes occipitales.

**Demencia y delirium.** El delirium es un síndrome caracterizado por la alteración de la conciencia que se manifiesta por déficit en la atención y cambios en las funciones cognitivas o perceptuales, que se desarrollan en un periodo corto de tiempo, y que presentan un curso fluctuante durante el día. El reto diagnóstico en un paciente que presenta estado confusional con deterioro cognoscitivo, consiste en distinguir si se trata de delirium o demencia. El clínico debe poder distinguir si se trata simplemente de delirium en un paciente previamente sano, si se trata de un delirium sobrepuesto a un paciente con un trastorno cognoscitivo preexistente como EA o si se trata únicamente de las manifestaciones de la demencia sin delirium. Hay que recordar que el desarrollo de delirium ocurre con mayor frecuencia en aquellos pacientes que ya presentaban demencia. Existen dos importantes factores en la evaluación diagnóstica del delirium: por un lado identificar el trastorno y, por otro, identificar la causa que lo desencadena, con el fin de tratarla, una vez suprimida la causa, el delirium tiende a remitir.

**Demencia y depresión.** La demencia y la depresión tienen una estrecha y complicada relación con dos direcciones causales: la depresión favorece la aparición de la demencia y la demencia es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión. Una posibilidad es que la depresión sea una fase inicial de la demencia, ya que comparten bases fisiopatológicas y existe evidencia de que la depresión altera los procesos. Por otro lado, se ha demostrado que las personas con demencia presentan una elevada prevalencia de depresión; en este sentido, el trastorno depresivo mayor y la demencia son trastornos muy comunes en los adultos mayores y pueden presentarse de manera combinada o aislada. El diagnóstico es un reto para el clínico. También pueden exponer las siguientes diferencias:

Delirium	Demencia
Abrupto	Insidioso
Fluctuante	Deterioro progresivo
Horas a días	Meses a años
Alterada	Intacta inicialmente y se afecta en etapas avanzadas
Alterado	En ocasiones alterado
Alterado	Usualmente normal
Afectada	Intacta inicialmente y se afecta en etapas avanzadas
Agitado o hipoactivo	Intacto inicialmente
Desorganizado, incoherente	Problemas para encontrar palabras inicialmente y posteriormente reducción en el lenguaje
Desorganizado, ideas delirantes	En etapas iniciales intacto y posteriormente dificultad para organizar el pensamiento
Alucinaciones, ilusiones	Sin alteración en etapas tempranas

**Ejercicio 2. El orden puede variar pero no la clasificación por casillas.**



**Ejercicio 2.1**

Están por evaluar las AVD de un adulto mayor que va acompañado de su cuidadora primaria, ¿qué consideraciones debe tener al momento de aplicar las preguntas y evitar un sesgo de información?

1. Revisar la guía de consulta de AVD.
2. Indagar qué actividades realizaba cotidianamente la persona para evitar conclusiones sobre actividades que quizás la persona nunca desempeñó y ser cuidadosos en el lenguaje empleado al aplicar los instrumentos pues algunas personas confunden los términos dependencia-independencia entre sí y es necesario aclararlos o utilizar otros vocablos.
3. Indagar sobre el lugar donde se encuentra el paciente, pues no es lo mismo evaluar a alguien que vive en su domicilio, en una institución geriátrica o en un hospital.
4. Considerar la escala de valoración de cada uno de los reactivos de ABVD, AIVD y AAVD.

Una persona de la comunidad te pide saber el problema de su madre, pues ha padecido episodios de tristeza profunda en los últimos meses así como olvidos de nombres de familiares. Tú:

1. La transfieres al área de neurología del hospital central.
2. Sugieres la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Si es necesario lo aplicas en compañía de otro profesional de salud.
3. Como parte de la exploración es importante aplicar también un Test Mini Mental.
4. Aplicas el inventario de actividades diarias.
5. Le diagnosticas depresión y sugiere medicamentos.

Una mujer de 65 años que acude al programa Oportunidades ha manifestado cierta apatía por el trabajo con el promotor de salud. Sus compañeras de grupo han pensado que se encuentra en algún momento de depresión por ser una persona diabética. Como personal de salud, tú sugieres:

1. Sacarla del grupo y remitirla a su familia para su cuidado.
2. La aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
3. La aplicación del Inventario Neuropsiquiátrico.
4. Referir también su caso al médico familiar.

En caso de desear indagar más sobre el caso anterior, tienes la opción de aplicar un instrumento complemento, el cual puede ser:

1. El cuestionario para detectar depresión de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento de México de Acosta.
2. Batería de preguntas de la cédula de diagnóstico de salud del Centro de Salud.
3. Guía para el estadiaje o gradación del deterioro.
4. Escala de sobrecarga del cuidador primario.

Llegar a tu centro de salud el caso de la señora Amalia. Sus hijas refieren que desde hace aproximadamente dos años ha presentado problemas de memoria y desorientación, además de que está muy ansiosa y preocupada por su dinero, lo guarda en una mochila y es desconfiada. Además se le observa ansiosa, intolerante, irritable y se ha mostrado agresiva con personas del servicio doméstico. En el test del reloj obtiene 9 puntos que la colocan dentro de la normalidad, sin embargo realizó dos intentos y en el segundo no logró representar la hora solicitada correctamente. ¿Cómo estimarías un posible deterioro cognoscitivo?

1. Con las respuestas a la Graduación Clínica de la Demencia para personas sanas que mide aspectos cognoscitivos y funcionales: memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, actividades comunitarias, hogar y pasatiempos y cuidado personal.
2. Aplicando la Escala de Deterioro Global y Evaluación del Estado Funcional, previa recolección de mayor información sobre la condición del paciente (con una entrevista clínica estructurada) y un cuestionario dirigido al familiar o cuidador principal.
3. Midiendo los resultados del diagnóstico diferencial de demencia aplicado a la persona y su cuidador primario.
4. Con la valoración de la entrevista de la carga cognoscitiva de la persona y su cuidador primario.

En una consulta, la señora Dolores refiere que desde hace 3 años ha venido presentando olvidos que se han acentuado, cambios de carácter, dificultades para expresarse y para comprender el lenguaje, que poco a poco han interferido en su desempeño laboral hasta obligarla al retiro. Reporta un puntaje en el Mini-Mental de 24 que corresponde al límite entre la normalidad y la patología. La señora Dolores tiene tres hijos, dos varones y una mujer. Desde hace 8 meses, el hijo menor asumió su cuidado, llevándola a vivir con él, con su esposa y su hijo de 3 años a la casa propiedad de su madre. Hasta el momento, su nuera se ha hecho cargo de ella llevando a cabo algunas actividades básicas e instrumentales en el hogar. Su nuera menciona desgaste emocional y fatiga por el cuidado. Como profesional de la salud ¿cómo valorarías la carga que su nuera lleva por la atención que brinda?

1. Aplicándole una entrevista informal para rescatar datos sobre el apoyo que brinda en ABVD, AIVD Y AAVD.
2. Valorando los resultados de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, si es necesario, se aplica con la colaboración de otro profesional de salud.
3. Preguntando directamente a la señora Dolores sobre los cuidados que requiere y cómo su nuera se hace cargo de los mismos.
4. Aplicando la entrevista de la carga cognoscitiva de la persona y su cuidador primario.

Dialogando con tus colegas sobre posibles cuidados que hay que tener al momento de evaluar y diagnosticar a personas con posibles problemas de demencia Tú resaltas:

1. De la variedad de instrumentos que pueden existir utilizar los adecuados a nuestro contexto sociocultural y que de preferencia reporten propiedades psicométricas.
2. Tomar sólo instrumentos en español.
3. Canalizar siempre estas aplicaciones al psicólogo del centro de salud.
4. Buscar más instrumentos en sitios web.

En una reunión del personal de salud de su centro se discute la pertinencia de aplicar una valoración integral a personas que pueden presentar cuadros de demencia. Su argumento básico sobre la importancia de realizarla es:

1. Que es importante estimar el grado de severidad de la demencia ya que se puede contar con instrumentos como la Graduación Clínica de la Demencia, la Escala Global de Deterioro y la Evaluación del Estado Funcional.
2. Tampoco debe pasarse por alto la evaluación de la sobrecarga en el cuidador a través de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.
3. Hay que tener cuidado en la evaluación de personas con menos de 4 años de escolaridad.
4. Que son insumos importantes para el llenado de la cédula del diagnóstico de salud integral poblacional de la comunidad.
5. Es necesario contar con reportes para los indicadores de calidad en salud.