



Universidad
Zaragoza

Intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con deterioro cognitivo



Autor:
Marta Armengod Ramo

Director:
Juan Francisco León Puy

TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO 2011 - 2012

**Facultad de Ciencias de la Salud
de Zaragoza**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

DETERIORO COGNOSCITIVO RELACIONADO CON LA EDAD

DETERIORO COGNITIVO LEVE

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

DESARROLLO

PROCESO DE VALORACIÓN

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS AFECTADAS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS

CONCLUSIONES

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

La población del mundo envejece progresivamente, España es uno de los países más longevos de Europa y se estima que en el año 2050 será el segundo país más envejecido del mundo, después de Japón (1).

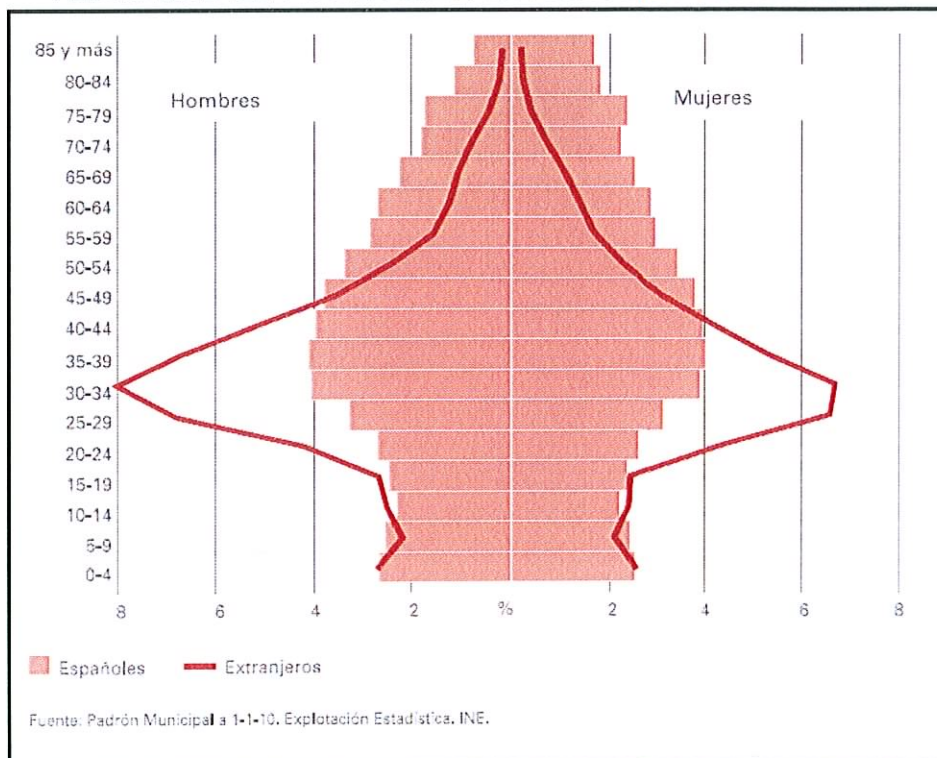
Al envejecer y aumentar la esperanza de vida, se incrementan las enfermedades crónicas; como las del aparato respiratorio, los trastornos osteoarticulares y sensoriales o las del sistema nervioso, donde se incluyen las demencias.

La enfermedad de Alzheimer es la primera causa de demencia en países desarrollados y aunque no es una enfermedad exclusiva de personas mayores, su aparición se encuentra altamente unida al envejecimiento.

Del total de personas afectadas por enfermedad de Alzheimer, entre un 5 y 7% tienen más de 65 años y un 20% es población mayor de 80 años (2).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, existen 5,6 millones de personas entre 65 y 80 años y 2,3 millones tienen más de 80 años (3). Esto supone un alto porcentaje de personas con mayor riesgo de padecer una demencia.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN ESPAÑOLA Y EXTRANJERA



El envejecimiento es un proceso natural del ciclo y desarrollo biológico, que afecta a todos los seres vivos, es progresivo e inevitable; aunque las condiciones ambientales y genéticas sean óptimas.

Cada persona envejece de un modo, pero existen características comunes. A continuación se exponen algunas de ellas:

- Cambios físicos: aparición de canas y de arrugas, disminución de la talla corporal o aumento de la curvatura de la espalda (cifosis).
- Modificaciones morfológicas y funcionales: alteración de los órganos de los sentidos o disminución de la función renal, del peso cerebral o del número de neuronas. En general todos los órganos se van a ver afectados en mayor o menor medida.
- Cambios psicológicos:
 - Alteraciones en la percepción: lentitud en la respuesta a estímulos sensoriales y fallos en la coordinación.
 - Disminución de la agilidad mental y de la capacidad para resolver problemas.
 - Alteraciones de la memoria reciente, por la dificultad para procesar la información. La memoria remota está conservada.
- Cambios sociales:
 - Menor satisfacción con la vida.
 - Aumento de la dependencia y pérdida de autonomía.
 - Cambio y pérdida de roles familiares y sociales.
 - Rechazo e inadaptación a la vejez.
 - Inconformidad con su imagen corporal.
 - Tendencia a la introversión.
 - Aislamiento o disminución de las relaciones sociales.

DETERIORO COGNOSCITIVO RELACIONADO CON LA EDAD

En algunas personas mayores se va a producir una disminución del rendimiento cognitivo, cuyo rasgo más significativo suele ser la pérdida de memoria, siendo una queja muy común en los mayores de 65 años.

Según en DSM IV, esta pérdida de memoria asociada a la edad se engloba dentro del epígrafe "Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad"; cuya definición es la siguiente:

"Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Esta categoría sólo puede usarse tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica" (4).

Es importante reseñar que esta pérdida de memoria debe ser demostrada objetivamente, a través de test estandarizados, no pudiendo existir solamente quejas subjetivas, y que no es debida a ningún trastorno mental u orgánico.

DETERIORO COGNITIVO LEVE

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente la enfermedad de Alzheimer (5).

En la actualidad se han propuesto una serie de criterios para el diagnóstico de esta patología (6):

- Verbalización por parte del paciente de sus problemas cognitivos o notificación de los mismos por un informador.
- Constatación por parte del informador o del propio paciente de los antecedentes de un deterioro cognitivo y funcional durante un año anterior, en relación con las capacidades previas del paciente.
- Demostración de un DCL mediante una valoración neuropsicológica objetiva: deterioro de la memoria y/o de otras áreas cognitivas.

- Ausencia de repercusiones funcionales en las actividades de la vida diaria; no obstante se refieren dificultades leves en las actividades instrumentales complejas de la vida diaria.
- No cumple criterios diagnósticos de demencia.

Se han caracterizado tres tipos de DCL, cada uno de los cuales conlleva una serie de alteraciones y guarda relación con una determinada evolución posterior (7) (Tabla 1).

TABLA 1		
TIPOS DE DETERIORO COGNITIVO LEVE. <i>Modificada de Petersen et al. (2001)</i>		
Tipología del Deterioro Cognitivo Leve (DCL)	Alteraciones cognitivas	Trastornos relacionados
<i>DCL Amnésico</i>	<i>Alteración leve de la memoria.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfermedad de Alzheimer</i>
<i>DCL Difuso</i>	<i>Alteración leve de diferentes dominios cognitivos.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfermedad de Alzheimer</i> • <i>Demencia vascular</i> • <i>Envejecimiento normal</i>
<i>DCL Focal no amnésico</i>	<i>Alteración leve de una función cognitiva diferente de la memoria .</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Demencia frontotemporal</i> • <i>Demencia con cuerpos de Lewy</i> • <i>Demencia vascular</i> • <i>Afasia progresiva primaria</i> • <i>Enfermedad de Parkinson</i> • <i>Enfermedad de Alzheimer</i>

La importancia de esta entidad clínica deriva en que el DCL puede representar una fase preclínica de demencia. Las tasas de conversión varían dependiendo de los autores, pero en todos los casos son superiores a la prevalencia de demencia en personas mayores sanas (8) oscilando entre el 10 y el 20% anual (Gráfico 1).

GRÁFICO 1



INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Se va a crear un programa específico para detectar, tratar y hacer seguimiento de los trastornos cognitivos que pueden aparecer en las personas mayores; se pretende utilizar la "ventana terapéutica", que se abre cuando presentan problemas de memoria, y que posiblemente sigue abierta en el DCL (9).

Esta intervención se enmarcará dentro de los programas de activación; que se definen como: "servicios dirigidos a incrementar la calidad de vida de individuos, ofreciéndoles la oportunidad de participar en actividades saludables y satisfactorias (...) basadas en las características, los objetivos y las necesidades de cada individuo" (10).

OBJETIVOS

El objetivo general va a ser mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familiares.

Objetivos específicos para el enfermo:

- Evaluar y diferenciar a las personas que presentan deterioro cognoscitivo relacionado con la edad, de las que manifiestan DCL.
- Introducir a las personas en los programas de intervención; para estimular las áreas cognitivas (afectadas y conservadas) y para mantener del estado psicofísico (11).
- Fomentar o impulsar la motivación para realizar actividades de ocio, incorporándolas a su rutina (12).
- Favorecer y mejorar las relaciones sociales y familiares.
- Mejorar el estado anímico y aumentar la autoestima.
- Minimizar el estrés.
- Incrementar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Promover cambios que favorezcan actitudes de vida más saludables (13).
- Realizar un seguimiento exhaustivo para detectar precozmente si el deterioro cognitivo ha evolucionado hacia demencia.

Objetivos específicos para la familia:

- Informar de la evolución del enfermo y de su participación en el programa.
- Ser un punto de escucha y apoyo familiar.
- Sensibilizar a las familias de la importancia de realizar un diagnóstico precoz de las demencias.
- Promover cambios que favorezcan la autonomía de la persona afectada.
- Informar y asesorar sobre los recursos existentes (14).

METODOLOGÍA

El programa de Terapia Ocupacional va a ir dirigido a personas que presentan deterioro cognitivo y a sus familiares.

Se describirá el proceso de valoración, que constará de tres partes: las dos primeras servirán para determinar si las personas que presentan quejas subjetivas de problemas de memoria cumplen los criterios para poder participar en el programa y en caso de que así sea, determinar el grado de afectación. En la tercera parte se mantendrá una entrevista con el familiar del afectado.

Tras la valoración inicial y derivación hacia el programa, se establecerán los objetivos específicos para cada paciente, que servirán de fundamento para el programa de tratamiento (15).

Posteriormente se dividirá a los participantes en dos grupos de intervención y se utilizarán técnicas de Terapia Ocupacional para estimular todas las áreas que pueden verse afectadas; a nivel cognitivo, físico, psicomotriz y social.

Con los familiares la intervención será individual y grupal.

Para comprobar la eficacia de la intervención y la posible evolución hacia demencia, se realizarán seguimientos anuales de los participantes, se informará a sus familiares de los resultados obtenidos y se orientará sobre las pautas de actuación.

Al final del trabajo se incluyen como anexo los instrumentos necesarios para el desempeño profesional.

DESARROLLO

PROCESO DE VALORACIÓN

PARTE 1

Se llevará a cabo una entrevista inicial (Anexo 1) pretendiendo varios propósitos: ayudar a establecer las bases de la relación entre el terapeuta y el paciente, obtener información general, explorar las áreas establecidas, empezar a detectar los problemas y determinar los objetivos y expectativas del entrevistado (16).

La entrevista será semiestructurada para permitir al terapeuta modificar a su criterio la forma de plantear las cuestiones, según las necesidades del paciente o el desarrollo de la entrevista.

Para determinar si las personas afectadas son incluidas en el programa, se van a utilizar las siguientes escalas:

- *Mini Examen Cognoscitivo (MEC)* - Lobo et al. (Anexo 2).
Permite valorar de forma breve y sencilla las siguientes áreas cognitivas: orientación (temporal y espacial), memoria inmediata y de fijación, atención, cálculo, lenguaje, pensamiento lógico, praxis y percepción visual.
- *Test de dibujo de reloj (TDR)* - Thalman et al. (Anexo 3).
Se va a utilizar combinado con el MEC, porque examina áreas que no son completamente evaluadas por éste, como son las capacidades de planificación y construcción (17).

La puntuación de corte será de 24 puntos en la escala MEC. Si se obtiene una puntuación igual o superior a 24 puntos se continúa en las siguientes partes de la valoración.

PARTE 2

En esta parte se diferenciará a las personas que pueden beneficiarse del programa según la puntuación el MEC.

Si se obtienen más de 25 puntos (déficit cognitivo muy leve):

- *Test conductual de memoria Rivermead (RBMT)* - Wilson, Cockburn y Baddeley.

Este test incluye un conjunto de pruebas diseñadas para valorar el rendimiento de la memoria en tareas de la vida cotidiana. Consta de 12 pruebas y se puede aplicar en repetidas ocasiones, ya que hay cuatro versiones para evitar el aprendizaje (18).

- *Cuestionario de fallos de memoria (MFE)* - Sunderland, Harris y Gleave (Anexo 4).

Este instrumento permite estudiar los errores cotidianos para realizar el diagnóstico clínico de los problemas cognitivos y así obtener información valiosa para la intervención. Los ítems reflejan situaciones habituales de la vida diaria y el lenguaje es muy claro. (19).

Si se obtienen 25 puntos o menos (déficit cognitivo leve):

- *Alzheimer's disease assessment scales (ADAS)* - Rosen, Mohs y Davis (Anexo 5).

Esta escala es muy útil en la evaluación de pacientes con demencia tipo Alzheimer, incluso en aquellos que se encuentran en las fases iniciales del deterioro.

Se compone de dos subsescalas: cognitiva y no cognitiva. La parte cognitiva (ADAS-COG) consta de once ítems que valoran la memoria, el lenguaje, la praxis y la orientación.

Esta parte finaliza valorando la red de recursos sociales y las aficiones; para ello se contestarán:

- Lista de control de relaciones sociales; basada en el *Inventario de recursos sociales en personas mayores* - Díaz Vega (Anexo 6).
- Lista de control de aficiones; basada en el *Inventario de intereses ocupacionales de ocio* - Stein y Cutler (Anexo 7).

PARTE 3

Tras la valoración del enfermo se llevará cabo una entrevista con sus familiares, ya que pueden aportar mucha información y detalles significativos.

Estructura de la entrevista:

- Se contrastará la información que ha dado el paciente a lo largo de la valoración.
- Registro de los siguientes datos:
 - Cuándo se detectaron los primeros síntomas.
 - Tratamiento farmacológico.
 - Presencia de otras enfermedades.
 - Antecedentes de demencia en la familia.
- Valoración de la autonomía de la persona afectada en las actividades de la vida diaria instrumentales: *Índice de Lawton* (Anexo 8).
Este instrumento de evaluación fue diseñado específicamente para personas mayores; permite evaluar el grado de dependencia para vivir de manera independiente en la comunidad (20).
- Información de los resultados obtenidos.
- Propuesta de actuación.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS AFECTADAS

Como ya se ha expuesto anteriormente va a haber dos grupos de intervención: personas con deterioro cognoscitivo asociado con la edad y personas diagnosticadas de DCL.

El tratamiento será grupal y se utilizarán distintas técnicas que se complementan entre sí, algunas serán comunes para los dos grupos (Tabla 2), y otras, específicas (Tabla 3).

TABLA 2		
Grupos de intervención	DETERIORO COGNOSCITIVO ASOCIADO A LA EDAD	DETERIORO COGNITIVO LEVE
Técnicas comunes	<ul style="list-style-type: none"> • ORIENTACIÓN A LA REALIDAD • ESTIMULACIÓN COGNITIVA • TERAPIA DE REMINISCENCIA Y REPASO DE LA VIDA • ESTIMULACIÓN FÍSICA • PSICOMOTRICIDAD • RELAJACIÓN • OCIO TERAPEUTICO 	

TABLA 3		
Grupo de intervención	DETERIORO COGNOSCITIVO ASOCIADO A LA EDAD	
Técnicas específicas	<ul style="list-style-type: none"> • CONOCIMIENTO DE LA MEMORIA • ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA 	

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS INCLUIDAS EN EL PROGRAMA

Orientación a la realidad

Es un método de tratamiento que se incluye dentro de los programas de estimulación y su principal objetivo es ayudar a las personas que presentan estados de confusión, alteraciones de orientación y memoria.

Se trabajará la orientación temporal, la espacial y la personal.

Estimulación cognitiva

Con esta técnica se pretende retardar el deterioro, realizando actividades para estimular y mantener capacidades cognitivas: lenguaje, funciones ejecutivas, memoria, praxis, percepción, atención...

Terapia de reminiscencia y repaso de la vida

Se utiliza para estimular la memoria remota; se trata de pensar, recordar y dialogar acerca de su propia vida o sobre acontecimientos sociales y políticos, compartiendo experiencias y sentimientos.

Estimulación física

Se llevará a cabo una tabla de ejercicio físico para mejorar la agilidad, la destreza y la coordinación de los participantes (21).

Psicomotricidad

Con esta técnica se pretende facilitar y potenciar el desarrollo perceptivo físico, psíquico y social de los integrantes del grupo a través del movimiento (22).

Se realizarán ejercicios para trabajar la coordinación, el equilibrio, el esquema corporal, la somatognosia o la lateralidad.

Relajación

Se utilizará la relajación para disminuir la ansiedad, mejorar la atención y la concentración y aliviar las tensiones.

Hay distintas técnicas que pueden ser utilizadas; por ejemplo, la relajación progresiva de Jacobson.

Ocio terapéutico

Se pretende fomentar y facilitar la realización de actividades de ocio, planteando actividades basadas en los gustos y preferencias de los participantes.

En esta parte de la intervención se incluirán las actividades artísticas, lúdicas, sociales y culturales.

Conocimiento de la memoria

Utilizando un lenguaje sencillo y comprensible, se explicarán los tipos y las fases de memoria, los aspectos básicos de su funcionamiento y las ayudas externas que se pueden utilizar para suplir los déficits. Se expondrán los procesos que están relacionados con ella y se ayudará a resolver los olvidos cotidianos.

Entrenamiento de la memoria

Se va a realizar un entrenamiento específico de la memoria, incluyendo ejercicios relacionados con las fases de almacenamiento, registro y recuperación, se incorporarán estrategias para la resolución de olvidos cotidianos y orientación temporo-espacial (23) y se enseñarán estrategias para mejorarla, como la asociación, la visualización o la categorización.

PROCESO DE INTERVENCION CON LAS FAMILIAS

INDIVIDUAL

Anualmente se llevarán a cabo valoraciones de seguimiento de las personas que participan en el programa, para determinar la evolución del deterioro cognitivo.

Tras la valoración se llevará a cabo una entrevista de seguimiento con el familiar de referencia para informar de la evolución global del paciente, registrar información relevante y plantear las pautas de actuación (Anexo 9).

GRUPAL

Se llevarán a cabo sesiones formativas sobre las siguientes temáticas:

- Reconocer los síntomas de alarma de la demencia.
- La importancia de realizar un diagnóstico precoz.
- Ejercicios para estimular a la persona afectada en el domicilio.
- Cómo mejorar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Modificaciones que se pueden realizar en el entorno habitual para favorecer la independencia.
- Información sobre recursos asistenciales.

CONCLUSIONES

En España se han desarrollado distintos programas de intervención no farmacológica para tratar el deterioro cognitivo: "*Programa de Psicoestimulación Integral*" (1998), *Proyecto "Activemos la mente"* (1999), "*Programa de entrenamiento de memoria del Ayuntamiento de Madrid*" (1993)...

Cada vez se investigan más los años que preceden a las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer, ya que presenta un inicio lento e insidioso, que en sus fases iniciales es difícil diferenciar del envejecimiento normal (24).

Numerosos estudios han demostrado los efectos positivos de los programas de entrenamiento cognitivo, ya sean generales o específicos (25).

La mayoría de los autores coinciden en formular que toda una vida de entrenamiento cognitivo, participación en actividades de ocio y actividad física, tiene un efecto importante para retrasar la aparición de la demencia (26).

Desde Terapia Ocupacional se deben seguir creando programas específicos para tratar el deterioro cognitivo, con objeto de prevenir y/o detectar el posible desarrollo hacia la demencia; abriendo una puerta a la esperanza en el tratamiento de esta enfermedad neurodegenerativa.

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA INICIAL SEMIESTRUCTURADA

- Nombre y apellido del paciente.
- Fecha y lugar de nacimiento.
- Dirección actual.
- Estado civil.
- Convivencia.
- Nombre de sus familiares.
- Nivel de estudios.
- Profesión.
- Dominancia manual.
- Estado general de salud.
- En qué nota que le falla la memoria.

ANEXO 2**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)**

NOMBRE: FECHA:

OCUPACIÓN: ESCOLARIDAD:

ORIENTACIÓN

Dígame día Fecha Mes Estación Año (5)

Dígame hospital (o el lugar).....Planta (5)

Ciudad Provincia Nación (5)

FIJACIÓN

Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana (3)

(Repetirlas hasta que se las aprenda)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿Cuántas le van (5)

quedando?

Repita los números: 5-9-2 (hasta que se los aprenda) (5)

Ahora hacia atrás

MEMORIA

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?. Repetirlo con el reloj (2)

Repita esta frase: En un trigal había 5 perros (1)

Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?. ¿Qué son el rojo y el (2)

verde? ¿Y un perro y un gato?

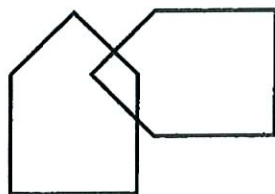
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de (3)

la mesa

Lee esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1)

Escriba una frase (1)

Copie este dibujo (1)

*(Un punto por cada respuesta correcta)*

PUNTUACIÓN TOTAL.....(35)

Adaptado por Lobo et al., 1979-1985

Nivel de alerta (Marcar)
Alerta, Obnubilación, Estupor, Coma

ANEXO 3

TEST DE DIBUJO DEL RELOJ (TDR)

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN DEL TEST DEL RELOJ (J.Cacho et al.)	
ESFERA DEL RELOJ (2)	
2	Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.
PRESENCIA O AUSENCIA DE NÚMEROS (4)	
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en al menos 4 números (por ejemplo: 8 en el espacio del 9).
3,5	Cuando los "pequeños errores" en la localización espacial se dan en 4 o más números.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo: 3 en el espacio del 6). Números en algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
	Números con algún desorden de secuencia (4 o más números).
	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa).
	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera...).
1	Presencia de 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.
	Alineación numérica con falta o exceso de números.
	Rotación inversa con falta o exceso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).
PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LAS MANECILLAS (4)	
4	Manecillas en posición correcta y proporciones adecuadas (la de la hora más corta).
3,5	Las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio anterior o posterior).
	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las 11 y 10, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial).
	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marca la hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".

NOMBRE:**FECHA:****PUNTUACIÓN OBTENIDA:****OBSERVACIONES:**

ANEXO 4**VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ADAS**

<i>Nombre:</i>	<i>Años de escolaridad:</i>
<i>Edad:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Evaluador:</i>	

Conducta cognitiva:**1. RECUERDO DE PALABRAS**

Se presentan 10 palabras escritas en tarjetas independientes, cada 2 segundos, que el paciente tiene que leer en voz alta. Inmediatamente el paciente tiene que decir las que recuerda. Se repiten 3 intentos en total de lectura y de recuerdo. Las puntuaciones equivalen al número medio de palabras no recordadas en los 3 intentos, sumadas y divididas por los 3 intentos (redondear por exceso).

1 er . intento	2º intento	3er. intento
Palo	Playa	Billete
Carta	Carta	Palo
Mantequilla	Brazo	Cabina
Reina	Cabina	Brazo
Brazo	Palo	Carta
Playa	Billete	Playa
Hierba	Motor	Reina
Cabina	Hierba	Mantequilla
Billete	Mantequilla	Hierba
Motor	Reina	Motor

PUNTUACIÓN _ Palabras no recordadas en

Primer intento.....+ Segundo+ Tercero.....=..... /3=.....

2. ÓRDENES

Se evalúa la capacidad del paciente para realizar órdenes de uno a cinco pasos. Cada elemento subrayado representa un paso simple. Cada orden se puede repetir, en toda su extensión, una vez si es necesario. Cada orden se evalúa globalmente. Las puntuaciones corresponden a la orden de nivel más complejo que el paciente haya hecho correctamente.

1. cierre el puño
2. señale al techo y luego al suelo
3. ponga el lápiz sobre la tarjeta y después vuélvalo a dejar donde estaba antes
4. ponga el reloj al otro lado del lápiz y dele la vuelta a la tarjeta
5. dese dos golpes a cada hombro con dos dedos manteniendo los ojos cerrados

PUNTUACIÓN

0. Cinco pasos correctos.
1. Cuatro pasos correctos.
2. Tres pasos correctos.
3. Dos pasos correctos.
4. Un paso correcto.
5. No puede hacer ni un paso correctamente.

3. DENOMINACIÓN DE OBJETOS Y DEDOS

El paciente tiene que denominar los dedos de su mano dominante. Posteriormente tiene que denominar 12 objetos reales que el paciente no puede manipular presentados en orden aleatorio y que tienen diferente valor de frecuencia (alto, medio y bajo).

- *Pulgar, índice, corazón, anular, meñique.*
- *Cama, embudo, careta, sonajero, armónica, tijeras, silbato, peine, flor, billetero, lápiz, fonendoscopio/estetoscopio.*

PUNTUACIÓN

0. Todo correcto, un dedo incorrecto y/o un objeto incorrecto.
1. Dos-tres dedos y/o 2 objetos incorrectos.
2. Dos o más dedos incorrectos y/o 3-5 objetos incorrectos.
3. Tres o más dedos incorrectos y/o 6-7 objetos incorrectos.
4. Tres o más dedos incorrectos y/u 8-9 objetos incorrectos.
5. Todo incorrecto.

4. PRAXIS CONSTRUCTIVA

Se pide al paciente que haga la copia en una hoja de papel de 4 figuras geométricas que se le enseñarán. Se dice al paciente: «¿Ve esta figura? Pues haga una que se le parezca en esta hoja». Se permiten dos intentos

1. Círculo
2. Dos rectángulos superpuestos
3. Rombo (diamante)
4. Cubo

PUNTUACIÓN

0. Cuatro dibujos correctos.
1. Un dibujo incorrecto.
2. Dos dibujos incorrectos.
3. Tres dibujos incorrectos.
4. *Closing in* (dibuja sobre o alrededor del modelo o utiliza partes del modelo); cuatro dibujos incorrectos.
5. Hace garabatos, palabras en lugar de figuras o partes de figuras. No hace ningún dibujo.

5. PRAXIS IDEATORIA

Se le da al paciente una hoja de papel y un sobre. Se pide al paciente que utilice el sobre y el papel como si se enviara una carta a sí mismo. Tiene que poner el papel doblado dentro del sobre, cerrarlo, escribir su dirección (nombre, calle, ciudad/población y provincia) y poner el sello. Si el paciente olvida alguna parte se le repiten las instrucciones.

1. *Doblar el papel.*
2. *Meter el papel en el sobre..*
3. *Cerrar el sobre.*
4. *Escribir la dirección en el sobre.*
5. *Poner el sello en el sobre.*

PUNTUACIÓN

0. Realiza correctamente todas las instrucciones.
1. Dificultad y fallo en un componente.
2. Dificultad y/o fallos en dos componentes.
3. Dificultad y/o fallos en tres componentes.
4. Dificultad y/o fallos en cuatro componentes.
5. Dificultad y/o fallos en los cinco componentes.

ORIENTACIÓN

Preguntar al paciente sobre los aspectos siguientes y dar un punto por cada respuesta incorrecta (máximo 8). Se admite la equivocación en un día para la fecha, una hora para la hora, nombre parcial para el lugar, error en una semana para la estación del año siguiente y de dos-tres semanas para la estación del año pasada.

SI	NO	Nombre completo.	SI	NO	Día de la semana.
SI	NO	Mes del año.	SI	NO	Estación del año.
SI	NO	Día del mes (fecha).	SI	NO	Lugar donde estamos.
SI	NO	Año.	SI	NO	Hora del día aproximada.

PUNTUACIÓN

Un punto por cada respuesta incorrecta.

6. RECONOCIMIENTO DE PALABRAS

El paciente tiene que leer en voz alta 12 palabras que se le presentan por escrito una detrás de la otra. Después se mezclan con 12 palabras nuevas (distractoras). Se presentan las 24 palabras al paciente que tiene que responder SÍ o NO ha visto antes la palabra. Se aceptan como buenas respuestas las autocorrecciones espontáneas. Es importante que la respuesta del paciente sea SÍ o NO. Contar el número de respuestas incorrectas (palabras en negrita) en los tres intentos y hacer el promedio.

PRIMER INTENTO

SI	NO	OMISIÓN	Silencio	SI	NO	OMISIÓN	Eco
SI	NO	OMISIÓN	Codo	SI	NO	OMISIÓN	Sobrino
SI	NO	OMISIÓN	Hija	SI	NO	OMISIÓN	Obligación
SI	NO	OMISIÓN	Polvo	SI	NO	OMISIÓN	Villa
SI	NO	OMISIÓN	Canal	SI	NO	OMISIÓN	Esquina
SI	NO	OMISIÓN	Frente	SI	NO	OMISIÓN	Oliva
SI	NO	OMISIÓN	Tigre	SI	NO	OMISIÓN	Música
SI	NO	OMISIÓN	Crepúsculo	SI	NO	OMISIÓN	Valor
SI	NO	OMISIÓN	Dragón	SI	NO	OMISIÓN	Medida
SI	NO	OMISIÓN	Habitación	SI	NO	OMISIÓN	Cinta
SI	NO	OMISIÓN	Hermana	SI	NO	OMISIÓN	Objeto
SI	NO	OMISIÓN	Pobre	SI	NO	OMISIÓN	Pobre

SEGUNDO INTENTO

SI	NO	OMISIÓN	Burbuja	SI	NO	OMISIÓN	Pobre
SI	NO	OMISIÓN	Esquina	SI	NO	OMISIÓN	Aviso
SI	NO	OMISIÓN	Joya	SI	NO	OMISIÓN	Eco
SI	NO	OMISIÓN	Ducha	SI	NO	OMISIÓN	Valor
SI	NO	OMISIÓN	Villa	SI	NO	OMISIÓN	Hija
SI	NO	OMISIÓN	Frente	SI	NO	OMISIÓN	Objeto
SI	NO	OMISIÓN	Silencio	SI	NO	OMISIÓN	Órgano
SI	NO	OMISIÓN	Tigre	SI	NO	OMISIÓN	Licor
SI	NO	OMISIÓN	Encuentro	SI	NO	OMISIÓN	Fregadero
SI	NO	OMISIÓN	Medida	SI	NO	OMISIÓN	Chaqueta
SI	NO	OMISIÓN	Motor	SI	NO	OMISIÓN	Crepúsculo
SI	NO	OMISIÓN	Cebolla	SI	NO	OMISIÓN	Alcalde

TERCER INTENTO

SI	NO	OMISIÓN	Mono	SI	NO	OMISIÓN	Pobre
SI	NO	OMISIÓN	Silencio	SI	NO	OMISIÓN	Fuente
SI	NO	OMISIÓN	Isla	SI	NO	OMISIÓN	Villa
SI	NO	OMISIÓN	Estación	SI	NO	OMISIÓN	Gente
SI	NO	OMISIÓN	Crepúsculo	SI	NO	OMISIÓN	Cazador
SI	NO	OMISIÓN	Aguja	SI	NO	OMISIÓN	Frente
SI	NO	OMISIÓN	Eco	SI	NO	OMISIÓN	Jarrón
SI	NO	OMISIÓN	Ganado	SI	NO	OMISIÓN	Medida
SI	NO	OMISIÓN	Esquina	SI	NO	OMISIÓN	Hija
SI	NO	OMISIÓN	Reino	SI	NO	OMISIÓN	Valor
SI	NO	OMISIÓN	Tigre	SI	NO	OMISIÓN	Ostra
SI	NO	OMISIÓN	Objeto	SI	NO	OMISIÓN	Lirio

PUNTUACIÓN

1 er . intento..... + 2.º intento..... + 3 er . intento..... =/3=.....

7. RECUERDO DE LAS INSTRUCCIONES DE LA PRUEBA DE MEMORIA

Se evalúa la capacidad del paciente para recordar las consignas de la prueba de reconocimiento. En cada intento de reconocimiento se le pregunta al paciente sobre las dos primeras palabras, «¿Ha visto antes esta palabra o es una palabra nueva?». A partir de la tercera palabra, se le pregunta al paciente, «Y ésta?».. Si el paciente falla al responder, significa que ha olvidado las instrucciones. Entonces se tienen que repetir las instrucciones. Se puntúa cada vez que el paciente no recuerda la instrucción.

SILENCIO	FRENTE	HERMANA	VILLA	MEDIDA
CODO	TIGRE	POBRE	ESQUINA	CINTA
HIJA	CREPUSCULO	ECO	OLIVA	OBJETO
POLVO	DRAGON	SOBRINO	MÚSICA	CUELLO
CANAL	HABITACIÓN	OBLIGACIÓN	VALOR	

PUNTUACIÓN

0. Correcto.
1. Muy leve, se olvida una vez.
2. Leve, se le tiene que recordar dos veces.
3. Moderado, se le tiene que recordar 3 o 4 veces.
4. Moderadamente grave, se le tiene que recordar 5 o 6 veces.
5. Grave, se le tiene que recordar 7 o más veces.

8. CAPACIDAD EN EL LENGUAJE HABLADO

Se evalúa globalmente la calidad del habla, claridad expresiva, es decir la dificultad en hacerse comprender. No se evalúa la cantidad.

PUNTUACIÓN

0. Correcto.
1. Muy leve, una ocasión de falta de comprensión.
2. Leve.
3. Moderada, dificultad en un 25-50% de las ocasiones.
4. Moderadamente grave, el paciente tiene dificultad un 50% del tiempo.
5. Grave, expresiones de 1 o 2 palabras, fluente pero vacío, mutismo.

9. COMPRESIÓN DEL LENGUAJE HABLADO

Este ítem evalúa la capacidad del paciente para comprender el lenguaje. No se incluyen las respuestas a órdenes.

PUNTUACIÓN

0. Correcto.
1. Muy leve, una ocasión de falta de comprensión.
2. Leve.
3. Moderado.
4. Moderadamente grave, requiere varias repeticiones y reexplicaciones.
5. Grave, el paciente raramente responde adecuadamente a las preguntas sin ser debido a la pobreza del discurso.

10. DIFICULTAD EN ENCONTRAR LAS PALABRAS ADECUADAS

El paciente tiene dificultad en encontrar las palabras adecuadas durante el discurso teniendo en cuenta que este problema lo puede compensar con la utilización de circunloquios, frases explicativas o sinónimos. No incluir la prueba de denominación de dedos u objetos en esta puntuación.

PUNTUACIÓN

0. Ninguna dificultad.
1. Muy leve, dificultad en una o dos ocasiones sin significación clínica.
2. Leve, circunloquios evidentes o sustitución por sinónimos.
3. Moderado, de vez en cuando ocasional falta de palabras sin compensación.
4. Moderadamente grave, frecuentes faltas de palabras sin compensación.
5. Grave, pérdida casi total de palabras de contenido, discurso vacío, producciones de una o dos palabras.

Total ADAS Cognitivo: _____

Conducta no cognitiva

El período de tiempo que se contempla para la evaluación de la conducta no cognitiva abarca la semana anterior a la aplicación del test. La puntuación total se obtiene sumando los puntos (1 a 5) en cada uno de los 9 subtests.

1. LLOROS

Se le pregunta al paciente o al informador sobre la frecuencia de episodios de lloros.

0. Ausente.
1. Muy leve: una vez durante la semana o durante la sesión de test.
2. Leve: dos o tres veces durante la semana antes de la evaluación.
3. Moderada.
4. Moderadamente grave: ratos frecuentes de lloros casi cada día.
5. Grave: ratos frecuentes de lloros cada día.

2. DEPRESIÓN

Se pregunta al informador si el paciente se encuentra triste, desanimado, con el ánimo decaído. Si da una respuesta afirmativa, se debe interrogar sobre la severidad y frecuencia, pérdida de intereses o placer en las actividades y reactividad a los acontecimientos del entorno. El entrevistador puede además evaluar al paciente por facciones depresivas y por la habilidad en responder a los ánimos y bromas.

0. Ausente.
1. Muy leve: sentimientos ligeramente disfóricos, significantes clínicamente.
2. Leve: apariencia y explicación de humor ligeramente disfórico, existe reactividad, cierta pérdida de interés.
3. Moderada: frecuentemente sentimientos moderadamente disfóricos.
4. Moderadamente grave: sentimientos disfóricos la mayoría del tiempo con pérdida considerable de reactividad e interés.
5. Grave: grado profundo y grave de humor disfórico, pérdida total de reactividad, importante pérdida de interés o placer.

3. CONCENTRACIÓN/DISTRACTIBILIDAD

Evalúa la frecuencia con la que el paciente se distrae con estímulos irrelevantes y/o tiene que ser redirigido a la tarea que estaba haciendo, la pérdida del curso del pensamiento o la frecuencia con la que el paciente pierde su propio pensamiento.

0. Ausente.
1. Muy leve: una ocasión de concentración pobre.
2. Leve: dos o tres ocasiones de pérdida de concentración o distractibilidad.
3. Moderada.
4. Moderadamente grave: pobre concentración/distractibilidad en la entrevista y/o frecuentes ocasiones de distracción.
5. Grave: extrema dificultad en la concentración y numerosas ocasiones de distracción

4. FALTA DE COOPERACIÓN EN LOS TESTS

Evalúa el grado con el que el paciente coopera durante la entrevista.

0. Ausente.
1. Muy leve: falta o ausencia de colaboración en una ocasión.
2. Leve.
3. Moderada.
4. Moderadamente grave: necesita una constante estimulación para completar la entrevista.
5. Grave: se niega a continuar la entrevista.

5. IDEAS DELIRANTES (DELUSIONES)

Evalúa la importancia y convicción de ciertas ideas del paciente, ideas que casi con toda seguridad no son ciertas. Para evaluar la gravedad hay que tener en cuenta la convicción sobre estas ideas, preocupación y efecto que tienen sobre las acciones del paciente.

0. Ausente.
1. Muy leve: un episodio transitorio delirante.
2. Leve: delirios definitivamente presentes a pesar de que el paciente se lo cuestiona.
3. Moderada: el paciente está convencido del delirio pero esto no afecta a su comportamiento.
4. Moderadamente grave: el delirio afecta su conducta.
5. Grave: acciones significativas basadas en los delirios.

6. ALUCINACIONES

Preguntar si hay alucinaciones visuales, auditivas o táctiles. Se evalúa también la frecuencia y grado de irrealidad de las alucinaciones.

0. Ausente.
1. Muy leve: siente una voz que le dice una palabra, presencia una única vez de alucinación visual.
2. Leve.
3. Moderada: alucinaciones frecuentes durante el día, que interfieren en el funcionamiento normal del paciente.
4. Moderadamente grave.
5. Grave: alucinaciones constantes que interfieren totalmente en la vida cotidiana del paciente.

7. DEAMBULACIÓN

La puntuación tiene que distinguir entre la actividad física normal y una excesiva deambulación.

0. Sin cambios.
1. Muy leve: pasa muy raras veces.
2. Leve.
3. Moderada: deambula frecuentemente durante el día.
4. Moderadamente grave.
5. Grave: no puede estar sentado y deambula excesivamente.

8. INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD MOTORA

Se evalúa comparando el nivel previo de actividad motora normal con el actual.

0. Sin cambios.
1. Muy leve: incremento muy ligero.
2. Leve.
3. Moderado: incremento significativo en relación al movimiento.
4. Moderadamente grave.
5. Grave: el paciente se mueve constantemente, raramente permanece sentado.

9. TEMBLORES

Se pide al paciente que estire las dos manos y extienda los dedos; tiene que mantener esta posición durante 10 segundos aproximadamente.

0. No hay temblor.
1. Muy leve: temblor leve, casi imperceptible.
2. Leve: temblor perceptible.
3. Moderado.
4. Moderadamente grave.
5. Grave: movimiento muy rápido con desplazamientos importantes.

10. INCREMENTO/DECREMENTO DEL APETITO

Se incluye debido a que puede darse un cambio en el apetito asociado con una depresión y porque las observaciones clínicas de algunos pacientes con enfermedad de Alzheimer demuestran tanto aumentos como disminuciones del apetito. Se tiene que evaluar en función del apetito anterior.

0. Sin cambios.

1. Muy leve: cambio sutil, probablemente insignificante clínicamente.

2. Leve: cambio perceptible, el paciente come sin que se le diga.

3. Moderado: marcado cambio, el paciente necesita que se le inste a comer, o bien el paciente solicita más comida.

4. Moderadamente grave.

5. Grave: el paciente no come y se le tiene que forzar a hacerlo, el paciente dice constantemente que tiene hambre a pesar de que ingiere suficientes cantidades.

Total ADAS no Cognitivo: _____

ADAS total (Cognitivo + no Cognitivo): _____

ANEXO 5**CUESTIONARIO DE MEMORIA DE LA VIDA DIARIA (MFE)**

A continuación hay una lista de fallos de memoria que pueden transcurrir en la vida cotidiana. Señale con qué frecuencia le ocurren a usted estos fallos, empleando una escala de 3 puntos:

*Si no le ocurre **NUNCA** o **RARA VEZ** anote ----- 0*

*Si le ocurre **ALGUNA VEZ** o **POCAS VECES** anote----- 1*

*Si le ocurre **MUCHAS VECES** anote----- 2*

Por favor, conteste a todas las preguntas

1. Olvidar dónde ha puesto alguna cosa. Perder las cosas por la casa.	
2. No reconocer lugares en lo que le dicen que ha estado varias veces con anterioridad.	
3. Tener dificultades para seguir una historia por televisión.	
4. No recordar un cambio en sus actividades diarias; por ejemplo, el haber cambiado de sitio en el que guardaba una cosa, o no recordar la hora de hacer algo en concreto. Seguir por error la antigua rutina.	
5. Tener que volver a comprobar si ha hecho realmente alguna cosa que tenía la intención de hacer; por ejemplo, cerrar el gas.	
6. Olvidar cuándo ocurrió alguna cosa; por ejemplo, olvidar si algo ocurrió ayer o bien la semana pasada.	
7. Olvidar completamente llevar objetos que necesita (llaves, gafas, monedero...) o dejarse objetos y tener que volver a buscarlos.	
8. Olvidar algo que le dijeron ayer o hace pocos días y tal vez verse obligado a pedir que se lo repitan.	

9. Empezar a leer algo (un libro o un artículo de periódico o revista) sin darse cuenta de que ya lo había leído anteriormente.	
10. Divagar en una conversación y dejarse llevar por temas sin importancia.	
11. No reconocer, aun habiéndolos visto, a parientes y amigos cuando se cruza con ellos por la calle.	
12. Tener dificultades en el aprendizaje de una nueva habilidad; por ejemplo las reglas de un nuevo juego o el funcionamiento de un mecanismo, después de haberlo practicado una o dos veces.	
13. Tener un palabra "en la punta de la lengua". Saber lo que quiere decir, pero no encontrar la expresión adecuada.	
14. Olvidar completamente hacer cosas que desearía hacer, o que tenía planeado hacer.	
15. Olvidar detalles importantes de lo que hizo o le ocurrió el día anterior.	
16. Cuando habla con alguien, olvidar lo que acaba de decir o preguntar a veces: "¿de qué estábamos hablando?".	
17. Cuando lee un periódico o una revista, ser incapaz de seguir la trama de una historia, perder el hilo de la argumentación.	
18. Olvidar decir a alguien algo importante; por ejemplo, dar un aviso o recordar a alguien alguna cosa.	
19. Olvidar detalles importantes sobre sí mismo; por ejemplo, el día de su cumpleaños o el lugar dónde vive.	
20. Mezclar o confundir detalles de cosas que le han contado otras personas.	
21. Contarle a alguien una anécdota o un chiste que le había contado anteriormente.	

22. Olvidar detalles de cosas que hace habitualmente, ya sea en casa o en el trabajo; por ejemplo, olvidar detalles sobre lo que ha de hacer o bien sobre la hora en la que debe hacerlo.	
23. No reconocer las caras de personas famosas que ve con frecuencia en la televisión o en fotografía.	
24. Olvidar dónde se guardan normalmente las cosas o buscarlas en el sitio equivocado.	
25. Perderse o seguir una dirección errónea en un viaje, en un paseo o en un edificio donde ha estado solamente muchas veces.	
26. Perderse o seguir una dirección errónea en un viaje, en un paseo o en un edificio donde ha estado solamente una o dos veces.	
27. Realizar una acción dos veces por error. Por ejemplo; echar doble ración de sal a una comida o ir a peinarse de nuevo cuando acababa de hacerlo.	
28. Repetir a alguien lo que acaba de contarle o hacerle dos veces la misma pregunta.	

TOTAL

ANEXO 6**LISTA DE CONTROL DE RELACIONES SOCIALES**

Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

1. Aparte de las personas con las que convive, ¿se relaciona con otras personas?

- Sí
- No

2. En caso afirmativo, ¿podría especificar?

- Amigos
- Familiares
- Vecinos
- Otros: _____

3. ¿Con qué frecuencia?

- Muy ocasionalmente
- Una vez a la semana
- A diario

4. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

5. ¿Qué cree que puede hacer para mejorar sus relaciones sociales?

ANEXO 7

LISTA DE CONTROL DE AFICIONES

Por favor señale si tiene alguna de estas aficiones y la frecuencia con la que las practica (a diario, una vez a la semana o rara vez):

				FRECUENCIA	
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA	HORTICULTURA O LA JARDINERÍA	SI	NO		
Cuidar las plantas					
Trabajar un huerto					
ASISTENCIA A ESPECTÁCULOS Y SITIOS CULTURALES		SI	NO		
Deportes					
Teatro					
Danza					
Cine					
Visitar museos o exposiciones					
ACTIVIDADES FÍSICAS		SI	NO		
Gimnasia					
Caminar					
Bailes de salón					
JUEGOS DE MESA		SI	NO		
Juegos con naipes					
Damas					
Ajedrez					
Dominó					
ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA MUSICA		SI	NO		
Asistir a conciertos					
Escuchar música					
Tocar algún instrumento de música					
ACTIVIDADES CREATIVAS, ARTES Y MANUALIDADES		SI	NO		
Pintura					
Costura.					
Hacer punto, bordar...					
Carpintería					
Dibujo					
Manualidades					
LECTURA		SI	NO		
Libros					
Periódicos					
Revistas					
OTRAS. Especificar:		SI	NO		

ANEXO 8**ÍNDICE DE LAWTON****A Capacidad para utilizar el teléfono**

- 1 Utiliza el teléfono con iniciativa propia, marca y busca los números, etc...
- 1 Marca unos cuantos números bien conocidos
- 1 Contesta el teléfono, pero no marca
- 0 No usa el teléfono en absoluto

B Ir de compras

- 1 Realiza todas las compras necesarias con independencia
- 0 Compra con independencia pequeñas cosas
- 0 Necesita compañía para realizar cualquier compra
- 0 Completamente incapaz de ir de compras

C Preparación de la comida

- 1 Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia
- 0 Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes
- 1 Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada
- 0 Necesita que se le prepare y sirva la comida

D Cuidar la casa

- 1 Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (por ejemplo: trabajos duros, ayuda doméstica)
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar los platos o hacer camas
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable
- 0 Necesita ayuda con todas las tareas de la casa
- 0 No participa en ninguna tarea doméstica

E Lavado de ropa

- 1 Realiza completamente el lavado de ropa personal
- 1 Lava ropas pequeñas, aclara medias...
- 0 Necesita que se ocupe otro del lavado de la ropa

F Medio de transporte

- 1 Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche
- 1 Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos
- 1 Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona
- 0 Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros
- 0 No viaja en absoluto

G Responsabilidad sobre la medicación

- 1 Es responsable en el uso de la medicación en dosis correctas y horas correctas
- 0 Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación las dosis apropiadas
- 0 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación

H Capacidad para utilizar dinero

- 1 Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos
- 1 Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos...
- 0 Incapaz de manejar dinero

NOMBRE:**FECHA:****PUNTUACIÓN OBTENIDA:**

ANEXO 9

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO FAMILIAR

- Información de los resultados obtenidos en las escalas de valoración y de la participación en el programa.
- Cambios significativos en la evolución detectados por el familiar (nivel anímico, físico, relaciones sociales...).
- Autonomía en las actividades de la vida diaria instrumentales.
- Solicitud de información sobre las visitas al médico especialista.
- Tratamiento farmacológico actualizado.
- Pautas de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

Libros y otras monografías.

(1) Mayán Santos JM y Fernández Prieto M. Mente activa. Ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológica. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008. p. 9.

(6) Bruna O, Roig T, Poyuelo M, Junqué C y Ruano A. Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica. Barcelona: Editorial Masson; 2011. p. 271 - 272.

(10) y (15) Durante Molina P y Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2 ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 259 y 29.

(11) Mañós Q. Animación estimulativa para personas mayores discapacitadas. Madrid: Narcea Ediciones; 1998. p. 86.

(13) Montejo Carrasco P, Montejo Peña M, Reinoso García AI, De Andrés Montes ME y Claver Martín MD. Programa de memoria. Método UMAM. 2 ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001. p. 29.

(14) Máximo Bocanegra N, Pérez de Heredia Torres M y Gutiérrez Marote M. Atención en el hogar de personas mayores. Manuel de Terapia Ocupacional. Salamanca: Ediciones Témpora; 2004. p. 117.

(16) Grieve J y Gnanasekaran L. Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 23.

(17) y (20) Leturia Arrazola FJ, Yanguas Lezaun JJ, Arriola Manchola E y Uriarte Méndez A. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Móstoles (Madrid): Caritas Española editores; 2001. p. 86 y 165.

(18) Blázquez Alisente JL, Galpasoro Izaguirre N, González Rodríguez B, Lubrini G, Periañez Morales JA, Ríos Lagos M et al. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Barcelona: Editorial UOC; 2009. p. 105.

(19) Montejo Carrasco P, Montejo Peña M, Reinoso García AI, De Andrés Montes ME y Claver Martín MD. Manual práctico de evaluación y entrenamiento de memoria. Método UMAM. 2 ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003. p. 23.

(21) García Arroyo MJ. Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez. 2 ed. Salamanca: Amarú Ediciones; 2003. p. 63.

(22) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Guías de implantación. Intervenciones no farmacológicas: Reeducción Psicomotriz. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaria General de Política Social y Consumo; 2001. p. 5.

(25) Díaz Mardomingo MC, Martín Quilis y Peraita Adrados H. Intervención cognitiva en personas sanas de la tercera edad. Madrid: UNED Ediciones; 2006. p. 19.

Editor(es), compilador(es) como autores:

(3) Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 2011. p. 40.

(4) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -IV - TR). Barcelona: Editorial Masson; 2002. p. 827-828.

(23) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Intervención psicoterapéutica en afectados de Enfermedad de Alzheimer con deterioro leve. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 88.

Página web, sitio web, portal...

(2) Selmes M (2003). Estudio prospectivo de las nuevas características y necesidades de los enfermos de Alzheimer en la década 2010-2020 para planificar su correcta asistencia [en línea]. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 21 [consulta: 1 de marzo de 2012]. Se consigue en: URL: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-21.pdf>>. p. 3.

(5) y (7) Mulet B, Sánchez-Casas R, Arrufat MT, Figuera L, Labad A y Rosich M. Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución [en línea]. *Psicothema* 2005 [consulta: 29 de febrero de 2012]. Se consigue en: URL: <http://www.psicothema.com/pdf/3095.pdf>. p. 250 y 251.

(8), (9) y (24), Lorenzo Otero J, Fontán Scheitler L. Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve [en línea]. *Rev. Med. Uruguay* 2003 [consulta: 29 de febrero de 2012]. Disponible en: URL: <http://www.rmu.org.uy/revista/2003v1/art2.pdf>. p. 8 y 4.

(12) Morales M, Bravo I. El ocio terapéutico [en línea]. *Dialnet*, 2006 [consulta: 29 de abril de 2012]. Disponible en: URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756889>. p. 149.

(26) Valencia C, López-Alzate E, Tirado V, Zea-Herrera MD, Lopera F, Rupprecht R y Oswald WD. Efectos positivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores [en línea]. *Revista de Neurología*, Junio 2008 [consulta: 2 de mayo de 2012]. Disponible en: URL: <http://web.intercom.es/jorgemas/cognicion1.pdf>. p. 470.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Libros y otras monografías.

- Bolaños CH y Sánchez Galicia CE. Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores desde la perspectiva de Terapia Ocupacional. México: Editorial Lisuma; 2010.
- Chapinal Jiménez A. Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico. Barcelona: Masson; 2002.
- Garnica Fernández A, Gil Gregorio P, Gómez Busto F, Martín Sánchez FJ y Yubero Pancorbo R. Deterioro cognitivo leve. Barcelona: Editorial Glosa; 2003.
- Nevado Rey M. El baúl de los recuerdos. Madrid: AFAL (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Madrid); 2003.
- Peña-Casanova J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia. Barcelona: Fundación "la Caixa"; 1999.
- Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer Barcelona: Fundación "la Caixa"; 1999.
- Puig A. Programa de Psicoestimulación preventiva. Madrid: Editorial CCS; 2001.
- Sarasa Frechín E. Terapia Ocupacional y Enfermedad de Alzheimer. Zaragoza: Mira Editores; 2008.
- Tárraga L, Boada M, Morera A, Guitart M, Domènech S y Llorente A. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve. Barcelona: editorial Glosa; 2004.

Editor(es), compilador(es) como autores:

- Fundación "la Caixa". Departamento de Proyectos Sociales y Asistenciales. Guía práctica de reminiscencia. Barcelona: Fundación "la Caixa"; 2000.

Página web, sitio web, portal...

- De la Vega, R. y Zambrano, A. Deterioro cognitivo leve [en línea]. La Circunvalación del hipocampo, septiembre 2008 [consulta: 1 abril 2012]. Disponible en: URL: <http://www.hipocampo.org/mci.asp>
- Díaz Barrientos E y Sosa Coronado AM. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve [en línea]. Medisan; 2010 [consulta: 25 de febrero de 2012]. Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600015&script=sci_arttext&lng=pt
- Hervás A, García de Jalón E. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano. Perspectiva desde un centro de salud [en línea]. Anales del sistema sanitario 2005 [consulta: 27 de febrero 2012]. Disponible en: URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272005000100004&script=sci_arttext
- Vallejo Sánchez, JM, Rodríguez Palma, M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Gerokomos [en línea]. Diciembre 2010 [consulta: 14 abril 2012]; 21(4): 153-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2010000400003>