



**Universidad Abierta
Interamericana**

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Trabajo Final Integrador

“Caso clínico único análisis de las funciones ejecutivas en adulto mayor con demencia vascular”

Alumno: Marisol Yver

Tutora: Lic. Florencia Durand

Año: noviembre 2018

- **Resumen**

El presente trabajo de tesis tuvo como objetivo evaluar cómo afecta el diagnóstico de demencia vascular en un paciente adulto mayor, sobre las actividades de la vida diaria e instrumentales y en las funciones ejecutivas. Para abordar dicho objetivo, se realizaron una serie de test destinados a evaluar el componente cognitivo, orientación, atención, memoria, praxis constructiva, calidad de vida, capacidad para realizar las actividades de la vida diaria e instrumentales. Se encontró que a pesar de que el paciente requiere de asistencia moderada para algunas actividades de la vida diaria e instrumentales esto no influyó en la calidad de vida ya que tampoco evidencia síntomas, ni signos de depresión.

En base a los resultados obtenidos, esta investigación plantea como propuesta de acción un programa de intervención terapéutica, no farmacológica, desarrollado para la rehabilitación de las funciones cognitivas, relacionales y afectivas, que han sido producidas por los procesos demenciales. Con el desarrollo de este programa se espera que el deterioro cognitivo pueda atenuarse, compensarse y en consecuencia mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: demencia vascular, deterioro cognitivo, funciones ejecutivas

Contenido

1. INTRODUCCION	4
2. FUNDAMENTACIÓN	4
2.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.....	4
3.PREGUNTA PROBLEMA	6
3. VARIABLES	6
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	6
OBJETIVO GENERAL	6
6. METODOLOGÍA	19
7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	19
7.2 SUJETOS	20
8.RESULTADOS	26
9. DISCUSIÓN.	31
10. PROPUESTA:.....	35
11. BIBLIOGRAFÍA.....	70

1. Introducción

Se utiliza el término demencia vascular (DV) para hacer referencia a un grupo de trastornos en los que el deterioro cognitivo (DC) afecta significativamente el funcionamiento social y ocupaciones y es causado o se asocia con factores cerebrovasculares. (Muñoz-Pérez y Espinosa-Villaseñor, 2016)

Por su parte, el deterioro cognitivo es la pérdida o disminución en alguna de las funciones mentales superiores. Puede tener su origen en distintas enfermedades o ser consecuencia del envejecimiento normal del cerebro.

Se estima que el 60% de los sobrevivientes de enfermedades cerebro vasculares presentan algún tipo de deterioro cognitivo tales como la pérdida de memoria, la atención y el lenguaje. (Muñoz-Pérez y Espinosa-Villaseñor, 2016)

De esta manera, es menester determinar cómo la demencia vascular (DV) puede afectar el desempeño del paciente durante su vida diaria, determinando la funcionalidad previa, las áreas afectadas y los factores ambientales intervinientes en el proceso de deterioro.

2. Fundamentación

El estudio a desarrollar resulta de interés tanto a nivel social para aquellos pacientes que presentan este tipo de patologías. A nivel teórico el estudio aportará información con respecto al progreso del deterioro a lo largo del tiempo y a las consecuencias derivadas que presenta el paciente en su vida diaria lo cual permitirá abordar interdisciplinariamente la enfermedad para mejorar la calidad de vida del paciente.

A nivel personal y familiar, el estudio permitirá determinar las dificultades que el paciente deberá afrontar a lo largo del tiempo y dará información con respecto a las cuestiones de la vida diaria que serán afectadas.

Conocer con antelación, el progreso del deterioro a lo largo del tiempo, permitirá desarrollar determinadas estrategias que retrasen el mismo para mejorar la calidad de vida del paciente.

2.1 Antecedentes de la Problemática

El trabajo de Muñoz-Pérez y Espinosa-Villaseñor (2016) resulta ser una revisión con respecto a la relación entre la demencia de origen vascular y el deterioro cognitivo. Según esta revisión, el 60% de los sobrevivientes de enfermedades vasculares cerebrales presentan

secuelas entre las que se encuentra el deterioro cognitivo. Al respecto, el deterioro vascular y los trastornos vasculares cerebrales son la principal causa en la pérdida de funciones ejecutivas tales como la memoria, la atención y el lenguaje.

Por su parte, en el trabajo desarrollado por Rodríguez García (2015) se desarrolla una clasificación de los tipos de diagnósticos disponibles para detectar deterioro cognitivo en situaciones de demencia vascular. En sus conclusiones hace énfasis en la necesidad de realización de un trabajo interdisciplinario para estandarizar los métodos de diagnóstico apropiados en la detección de deterioro cognitivo por demencia vascular.

Montes Rojas, Gutiérrez-Gutiérrez, Silva-Pereira, García-Ramos y del Río-Portilla (2012) desarrollaron un perfil neuropsicológico de adultos mayores con y sin deterioro cognoscitivo. Se estudió una muestra de 536 adultos mayores de 60 años con queja subjetiva o de familiares en los procesos de memoria entre los años 2006 a 2010. La muestra fue dividida en las siguientes clasificaciones: envejecimiento normal (EN); Deterioro cognitivo leve (DCL), Enfermedad de Alzheimer (EA), Demencia vascular (DV) y Demencia Mixta (DM). En conclusión, el 29 % de la muestra presentaban EN; el 46% presentaba DCL con alteraciones en memoria y atención. El 12% presentaba EA con alteraciones severas en memoria, funciones ejecutivas y lenguaje. Y un 7% presentaba DV con deterioro en la atención, lo visuoconstructivo, el cálculo y la coordinación motora. Y, por último, un 6% de la población presentaba DM con mayor severidad en las alteraciones cognoscitivas afectadas.

También, se puede mencionar la investigación realizada por Canciano Chirino, Valdés Busquet, Sosa Pérez y León López (2014) que investigaron la relación entre la calidad de vida de los pacientes y la demencia vascular post-ictus isquémico. Como objetivo principal la investigación se propuso determinar los factores relacionados con la calidad de vida en la evolución de los pacientes. El estudio se realizó desde enero del año 2011 hasta junio 2013. Se utilizaron dos grupos de 90 pacientes cada uno. El primer grupo presentaban ictus y demencia vascular y el segundo grupo presentaban ictus sin demencia vascular. Las variables independientes a estudiar fueron: la recuperación funcional, el estado de ánimo, la comorbilidad, la edad, el género, el estado civil y la recurrencia del ictus. Del estudio obtuvieron los siguientes resultados: el 64,4% de los pacientes con demencia vascular tuvieron una mala calidad de vida. De esta manera la coexistencia de demencia vascular en

los pacientes con primer ictus isquémico se asocia con una mala calidad de vida y con el escaso control de los factores de riesgo vasculares.

3. Pregunta Problema

Como interrogante de investigación que oriente el desarrollo del estudio se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuáles funciones ejecutivas que se encuentran más comprometidas en el desempeño de las AIVD en un sujeto con demencia vascular?

4. Variables

Variable independiente: Demencia vascular y funciones ejecutivas comprometidas en el desempeño de las AIVD.

5. Objetivos de la Investigación:

5.1 Objetivo General

Analizar cuál de las funciones ejecutivas que se encuentran más comprometidas en el desempeño de las AIVD en un sujeto con demencia vascular.

5.2 Objetivos específicos

Contrastar la funcionalidad previa del paciente.

Observar las Áreas de desempeño Instrumental (AIVD) y las funciones ejecutivas afectadas

Evaluar las áreas ocupacionales conservadas y deficitarias.

Evaluar los roles anteriores a la enfermedad, interés y relaciones sociales del paciente de 72 años de edad.

6. Marco Teórico

Concepto de Demencia:

La demencia es una enfermedad cuyo cuadro clínico está caracterizado por pérdida de capacidades cognitivas y emocionales, las cuales son de suma importancia para interferir en el desenvolvimiento diario del individuo y para afectar la calidad de vida (Knopman, DeKosky, Cummings, et al 2001). También puede acompañarse de otras manifestaciones neuropsiquiátricas tales como alteraciones motoras, de la conducta, depresión, ansiedad, alucinaciones y/o delirium (Ortiz y Castillo, 2008). El término demencia no implica una causa o proceso patológico específico, es de etiopatogenia

heterogénea y puede ser mixta (Psychological Society and Gaskell, 2011). Existen más de 55 enfermedades que pueden causar demencia.

El DSM IV define a las demencias como la presencia de múltiples déficits en las funciones mentales superiores lo cual implica una disminución del funcionamiento del individuo. (Rivas et al, 2012)

Categorías etiológicas de la demencia según el DSM IV:

Según el Manual y estadístico de los trastornos mentales IV, en torno a la demencia se pueden establecer tres categorías etiológicas: demencias degenerativas primarias; demencias secundarias y demencia vascular:

- a. Las demencias degenerativas primarias son causadas por un trastorno que afecta de modo primario al sistema nervioso central. Dentro de este tipo de demencias se encuentra la enfermedad de Alzheimer que comprende el 50% de todas las demencias. Se desconocen las causas, pero se ha identificado factores genéticos que pueden predisponer en la aparición de este tipo de demencias.

Este tipo de demencia puede afectar cualquier esfera cognitiva en el paciente, pero las manifestaciones características generales frecuentes son el déficit en la memoria, en las funciones visual-espaciales, problemas en la dominación y en la fluidez verbal. Esta sintomatología frecuentemente se acompaña de disminución de iniciativa, ausencia de conciencia de enfermedad y pobre habilidad para el pensamiento abstracto.

- b. Las demencias secundarias pueden ser causadas por procesos patológicos intra o extracerebrales, de etiología conocida y diversa, con tratamientos conocidos y en la mayoría de los casos son reversibles (Morris 1996). El número de incidencias es reducido en relación con los casos de demencias degenerativas primarias y demencia de origen vascular.

En esta categoría encontramos un gran número de importantes y diversas patologías causantes de demencia. En este grupo se incluyen la mayoría de las enfermedades consideradas como "reversibles" que son causa de demencia; tales como hidrocefalias, neoplasias cerebrales, tumores cerebrales primarios, metástasis cerebrales, meningitis carcinomatosa entre otras

- c. Las demencias vasculares representan el segundo grupo de afecciones más frecuente después de las demencias degenerativas primarias. Se diferencian de las degenerativas por presentar un inicio brusco, cuadros de evolución fluctuante, síntomas neurológicos focales y presencia de factores de riesgo vascular. (donde uno de los más importante es la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo y la obesidad) (Whitehouse. *et al* 1993)

La Demencia Vascular:

La demencia vascular fue descrita por primera vez por Otto Binswagner y Alois Alzheimer en pacientes con neurosífilis en el siglo XIX (Binswanger 1894), se consideraba como la variedad más frecuente de demencia, hasta que estudios histopatológicos demostraron que los depósitos de amiloide del Alzheimer eran más comunes (Tomlinson, et al 1970). Se ha acuñado el término de daño cognitivo vascular para describir a la pérdida de funciones cognitivas asociada a otras manifestaciones neurológicas y que tienen como base el daño vascular (Erkinjuntti, et al 2003).

Rivas y Gaveria (2012) afirman que la demencia Vascular comprende un problema serio ya que constituye la segunda causa de demencia en el mundo occidental y posee un pronóstico peor que la enfermedad de Alzheimer. Según estos autores la prevalencia estimada de demencias en mayores de 65 años es de 3 a 12% y entre este porcentaje el 30% corresponden a casos de Demencia Vascular. Una de las consecuencias de la enfermedad cerebro-vascular es la Demencia Vascular.

La Demencia Vascular constituye un conjunto heterogéneo de trastornos y se caracteriza por el potencial de detener el avance del proceso.

Clasificación de la Demencia Vascular según Gustafson (1992):

Demencia multiinfarto: se considera a los infartos cerebrales, ya sean infartos múltiples; infartos grandes, completos y subcorticales en general u otros infartos periféricos incompletos, como las causas que pueden conducir a una demencia. La manifestación del cuadro clínico de la demencia multiinfarto va a depender de la ubicación y la cantidad de infartos. En adición a las deficiencias cognitivas propias de la afectación de zonas cerebrales concretas debido a los infartos, el deterioro cognitivo en este caso sigue generalmente un patrón subcortical. En este tipo de demencia es frecuente encontrar en el paciente la aparición de episodios de confusión,

problemas de parálisis pseudo-bulbar y alteraciones al caminar. La mayoría de los pacientes pueden presentar, además, cardiopatía isquémica que originan episodios de insuficiencia cardíaca e hipotensión sistémica, empeorando el daño cerebral difuso.

Demencia por infarto único en área estratégica: en este tipo de demencia el deterioro a nivel cognitivo es secundario, ocurren lesiones isquémicas en zonas bien delimitadas. Los infartos pueden presentar una ubicación cortical (mutismo acinético y síndrome de la circunvolución angular), como subcortical (demencia talámica, infarto caudado, síndrome de la rodilla de la cápsula interna y síndrome amnésico ictal).

- Mutismo acinético. Ocurre cuando se presentan infartos unilaterales o bilaterales de las arterias cerebrales anteriores. Entre las alteraciones cognitivas que se presentan como consecuencia de los infartos sufridos, destacan la abulia, la falta de espontaneidad, las alteraciones del lenguaje verbal, se presenta cierta lentitud para responder a preguntas y ocurre desorientación visual-espacial.
- Síndrome de la circunvolución angular. Es originado por infartos que se presentan en esta área específica. En el hemisferio dominante se pueden producir trastornos cognitivos similares a las de la enfermedad de Alzheimer en fase inicial, aunque si la ubicación es en el hemisferio no dominante habrá agitación y confusión, asociados con déficit visual-espaciales.
- Demencia talámica. El cuadro clínico puede presentarse de distintas formas atendiendo a la arteria talámica afectada. El infarto ocurrido en la arteria tuberotalámica, va a provocar en el paciente la pérdida de iniciativa y la espontaneidad, fallas en el razonamiento abstracto y amnesia. Si la lesión es del hemisferio dominante el paciente manifestará afasia básicamente. Esto puede estar asociado a una hemiparesia, ya que esta arteria irriga también la extremidad posterior de la cápsula interna. Por otro lado, si el infarto ocurre en la arteria talámica paramediana, este provoca lesiones en el tálamo, generalmente bilaterales, afectando el núcleo dorsomedial, lo cual provoca en el paciente trastornos de memoria. Otro cuadro clínico se presenta si la lesión se extiende al núcleo mamilotalámico, ya que con esta lesión puede verse afectada la conciencia del paciente, y si alcanza al cerebro medio, se podrá observar una parálisis

oculomotora. Por el contrario, si ocurren infartos paramedianos no dominantes darán lugar a trastornos menos severos.

- Infartos profundos en la cabeza del caudado. Estos tipos de infartos provocarán en el paciente diversas deficiencias neuropsicológicas, como lo son apatía, desinterés, lentitud en las respuestas (si ocurre la afectación de la arteria recurrente de Heubner y/o de las arterias lenticuloestriadas).

Demencia por Enfermedad de pequeños vasos: es una de las enfermedades más frecuentes de la demencia vascular y afecta fundamentalmente a las arterias perforantes de las arterias cerebrales. Según la clasificación neuropatológica estas se dividen en dos subtipos: subcortical (estado lacunar y enfermedad de Binswanger) y cortico-subcortical (angiopatía hipertensiva, angiopatía amiloide, enfermedad colágeno-vascular con demencia).

Estado lacunar: Este tipo se caracteriza por la aparición de múltiples infartos lacunares de ubicados en el área subcortical, los cuales pueden afectar a la cápsula interna, los ganglios basales, el tálamo, la protuberancia, y de forma ocasional, al cerebelo y el centro semioval. Esta etiología cuando se encuentra asociada a deficiencias cognitivas, estas ocurren de manera progresiva e incrementándose a medida que aumenta el número de infartos, debido al grado de deterioro y la demencia, esta lesión depende más de la localización y número de lagunas, que de su extensión en tamaño.

Los síntomas se manifiestan por alteración de las funciones frontales. Ocasionalmente que los pacientes presenten apatía, inatención, trastornos mnésicos, tendencia a la perseverancia en las acciones y severa lentitud en el aparato psicomotor. Este tipo de afectación también puede asociar, piramidalismo, parálisis pseudobulbar, caminar inseguro con trastorno del equilibrio y parkinsonismo.

Enfermedad de Binswanger: Esta patología se caracteriza por la ocurrencia de infartos lacunares en la sustancia blanca y en ganglios basales, así como leucoraiosis y un curso clínico que se escribe a continuación. En las etapas iniciales destaca el trastorno de las habilidades constructivas, con una memoria

relativamente preservada. Posteriormente se suma una afectación del lenguaje, la memoria y funciones visual-espaciales.

La aparición en el paciente de apatía y abulia suelen ser características desde el principio, en ocasiones se pueden presentar episodios de irritabilidad y agitación, y alternando con periodos intermitentes de disminución del nivel de conciencia y periodos prolongados de somnolencia. Existen, también, episodios de empeoramiento agudo del deterioro cognitivo, con recuperaciones parciales y lenta progresión a la demencia. Es importante destacar que un rasgo diferencial de esta enfermedad es la alteración de la marcha, recordando a la marcha parkinsoniana.

Angiopatia cerebral amiloidea: la amiloide de las arterias van a originar hemorragias cerebrales, infartos isquémicos y/o leucoencefalopatía. Luego del accidente cerebrovascular el paciente presentara un déficit cognitivo que suelen conducir a una demencia a medida que avanza la enfermedad, ya que la patología vascular cerebral suele ser recidivante.

Enfermedad colágeno vascular con demencia: En estas enfermedades autoinmune se puede presentar una reacción inflamatoria en la pared de los vasos cerebrales de pequeño tamaño, ocasionando una disminución del volumen del vaso y ocasionar isquemia. Destacan el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, el síndrome de Sjögren, la enfermedad mixta del tejido conectivo, la presencia de anticuerpos antifosfolípido, entre otras. Las características clínicas que se pueden presentar en la afectación cognitiva dependen de la localización de las áreas de isquemia, bien sea cortical o subcortical.

Angiopatia cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL). Se trata de un cuadro clínico de hallazgo reciente, que hace su aparición en personas jóvenes y cuyo cuadro clínico es similar al de un estado lacunar recidivante, siendo las manifestaciones de su trastorno cognitivo también superponibles. Debe sospecharse cuando adultos jóvenes, de ambos sexos, presenten infartos lacunares y una historia de cefalea vascular y trastornos depresivos.

Demencia por hipoperfusión (isquemia-hipoxia): La reducción del aporte de oxígeno al cerebro de modo continuado provoca alteraciones metabólicas. Si la hipoxia es prolongada se produce una pérdida neuronal permanente, pudiendo provocar infartos en los territorios de las grandes arterias, en los territorios vasculares de zonas fronterizas, ganglios basales e hipocampo.

Demencia hemorrágica: Es un tipo de demencia vascular causada por una hemorragia intracraneal. Estas hemorragias causan lesiones residuales en el cerebro, produciendo trastornos cognitivos y síntomas que dependen del tipo y localización del hematoma.

Hemorragia traumática subdural: también es conocido clínicamente como hematoma subdural, esta hemorragia cerebral ocurre como el resultado del desgarro de las venas que unen la corteza cerebral y los senos dúrales, lo cual provoca una acumulación de la sangre entre área del cerebro como la duramadre y la aracnoide. La atrofia cerebral asociada aumenta con el envejecimiento del paciente y la demencia provocada hacen que las venas se vuelvan más frágiles, lo que las hace más propensas a la ruptura después de un trauma craneano relativamente trivial (y, a menudo olvidado). Hasta en la mitad de los casos existe una historia de caída sin trauma en la cabeza.

Hemorragia subaracnoidea: La hemorragia subaracnoidea es una emergencia médica que suele manifestarse cuando un vaso sanguíneo inflamado en el cerebro se revienta (aneurisma). Si no se trata inmediatamente, puede provocar daños permanentes en el cerebro o la muerte.

Criterios de diagnóstico de las demencias según el DSM IV:

Para el diagnóstico de las demencias se requiere en forma general que el individuo presente alteraciones cognoscitivas en la memoria y en dos o más áreas de su funcionamiento, con compromiso de las funciones de la vida diaria, entre las cuales se encuentran:

- Deterioro de la memoria como síntoma más precoz y prominente que puede presentarse como una alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva, además de la pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.

- Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: afasia, apraxia, agnosia, alteración de la función ejecutiva entendida como la capacidad para el pensamiento abstracto que permite planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo.

El diagnóstico de demencia requiere de la presencia del compromiso de la memoria y de las habilidades intelectuales que causan alteración del funcionamiento de la vida diaria, así como en la conducta del individuo en los asuntos usuales. La alteración debe ser debida a déficits cognoscitivos y no a pérdida de la funcionalidad debida al ACV.

La alteración cognoscitiva leve compromete las actividades de la vida diaria, aunque puedan ser personas independientes, los pacientes con alteraciones moderadas requieren asistencia diaria y los casos severos precluyen la independencia por la falta de ideación inteligible. Se habla de demencia probable si hay: historia de demencia, 2 o más ACV o un ACV único con relación temporal clara con el inicio de la demencia y al menos un infarto, visualizado en las imágenes.

Síndrome Cognitivo:

Para definir el síndrome cognitivo se debe tener en cuenta las siguientes manifestaciones: el deterioro de la memoria; el deterioro cognitivo parcheado, la disfunción ejecutiva y el deterioro cognitivo multifacético. (Rodríguez García y Rodríguez García, 2015)

Con respecto al deterioro de la memoria, Rodríguez García et al (2015) sostienen que este tipo de deterioro cognitivo no es el más importante asociado con la enfermedad cerebrovascular y tampoco es necesariamente el primer síntoma de la demencia vascular. Generalmente la demencia vascular ocasiona un déficit severo en las áreas de desempeño instrumental y en las funciones ejecutivas del paciente, así como déficit en la función del lenguaje y razonamiento visuo-espacial con preservación relativa del recuerdo tardío.

Así, en los pacientes con demencia vascular es más típica la disfunción ejecutiva en comparación con los déficits de memoria y lenguaje. La disfunción ejecutiva comprende la presencia de lentitud del procesamiento de la información, el deterioro

de la capacidad para cambiar de una tarea a otra y el déficit en la capacidad para mantener y manipular la información. (Rodríguez García, 2015)

Áreas de Desempeño Instrumental:

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), las actividades que realiza una persona durante su vida diaria (AVD) son clasificadas en diferentes grupos: entre las cuales se encuentran las Actividades de la vida diaria básicas (AVDB) y actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD). (Gómez y Borrero 2002)

Las actividades de la vida diaria básicas o ABVD, se definen como aquellas actividades que realiza cotidianamente el sujeto y que están orientadas al cuidado su cuerpo; por lo que igualmente son reconocidas como las actividades personales de la vida diaria.

Representan tareas que todos realizamos, ya sea en mayor o menor medida a lo largo de nuestro día. Así que es importante reconocer la problemática que representaría para el sujeto no poder ejecutarlas de forma independiente, esta imposibilidad de realizarlas por uno mismo, puede deberse o estar condicionado tanto por un déficit cognitivo-conductual en el sujeto (personas con problemas mentales como demencia, amnesia, etc.), como por deficiencias en el aparato motor de la persona (individuos con discapacidades físicas) (Rodríguez García, 2015)

Por otro lado, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son definidas como aquellas tareas más complejas que las actividades básicas, que ejecuta el sujeto diariamente en su vida, estas suceden con un funcionamiento acorde a los estilos y formas de vida de la persona, son actividades que requieren conciencia del propio ser, de su propio cuerpo y conocimiento del mundo que los rodea. Para su desarrollo implican habilidades perceptivas y motrices, de procesamiento o elaboración para actuar en el ambiente, así como también para planificar y resolver problemas, generalmente su realización es opcional. (Gómez y Borrero 2002) entre estas actividades se encuentran:

Cuidado de los otros: esta tarea se entiende como supervisar y proveer de cuidados y seguridad a otros individuos bajo su cargo.

Cuidado de las mascotas: consiste en supervisar y proveer de cuidados a los animales bajo su cargo.

Uso de los sistemas de comunicación: la persona es capaz de usar elementos o dispositivos tecnológicos para comunicarse con su entorno, como, por ejemplo: saber usar el teléfono, manejar u operar ordenadores, en casos específicos estar familiarizado con sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, entre otros

Movilidad en la comunidad: se describe como la acción donde la persona demuestra ser capaz de movilizarse en la comunidad en la cual habita, ya sea conduciendo independientemente un automóvil o utilizar el transporte público, o sea, saber emplear autobuses, trenes, taxis, entre otros.

Manejo de temas financieros: se refiere a tener la capacidad de manejar dinero, estados de cuentas y uso de recursos fiscales.

Cuidado de la salud y manutención: consiste en la ejecución y desarrollo de hábitos de higiene y cuidado, es decir estar consciente y encargarse del mantenimiento de la salud

Crear y mantener un hogar: se entiende como la capacidad del individuo de obtener y darle mantenimiento a las propiedades, objetos personales, aparatos electrodomésticos y domésticos necesarios para el funcionamiento y confort en el hogar.

Preparación de la comida y limpieza: esta actividad se refiere a que la persona sea capaz de reconocer, seleccionar y preparar alimentos para mantener una dieta equilibrada y saludable, así como ser consciente del uso adecuado y limpieza de los utensilios empleados para su preparación.

Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias: Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.

Ir de compras: esta área del desempeño se describe como la capacidad del sujeto de planificar la compra de alimentos, víveres o enseres que le son necesarios en el hogar, así como ejecutarla de forma independiente.

Funciones Ejecutivas:

En el caso particular de las funciones ejecutivas que realiza el sujeto, estas pasan a formar parte de otras áreas del desempeño en la vida diaria de una persona, las cuales son denominadas como actividades de ocupación; como lo son las actividades inherentes a la educación del individuo, desempeño en el trabajo, así como la participación e integración al mundo social.

Las funciones ejecutivas son actividades mentales complejas, necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para adaptarse eficazmente al entorno y para alcanzar metas, su empleo está referido a el área de ocupación del individuo como por ejemplo su educación y trabajo (Bauermeister, 2008).

Por otro lado, Verdejo-García y Bechara (2010) las definieron como el conjunto de habilidades de alto orden implicadas en la generación, la regulación, la ejecución efectiva y el reajuste de conductas dirigidas a objetivos.

Dentro de las funciones ejecutivas encontramos diferentes procesos fundamentales para nuestro día a día:

Memoria de trabajo: capacidad de almacenamiento temporal de información y su procesamiento. Se trata de un espacio en el que la información específica está disponible para su manipulación y transformación durante un periodo particular de tiempo.

Planificación: capacidad de generar objetivos, desarrollar planes de acción para conseguirlos y elegir el más adecuado en base a la anticipación de consecuencias.

Razonamiento: facultad que permite resolver problemas de diversa índole de manera consciente estableciendo relaciones causales entre ellos.

Flexibilidad: habilidad que permite realizar cambios en algo que ya estaba previamente planeado, adaptándonos así a las circunstancias de nuestro entorno.

Inhibición: capacidad de ignorar los impulsos o la información irrelevante tanto interna como externa cuando estamos realizando una tarea.

Toma de decisiones: proceso de realizar una elección entre varias alternativas en función de nuestras necesidades, sopesando los resultados y las consecuencias de todas las opciones.

Estimación temporal: capacidad de calcular de manera aproximada el paso del tiempo y la duración de un suceso o actividad.

Ejecución dual: capacidad de realizar dos tareas al mismo tiempo (dichas tareas deben ser de diferente tipo), prestando atención a ambas de manera constante.

Branching (multitarea): capacidad de organizar y realizar tareas óptimamente de manera simultánea, intercalándolas y sabiendo en qué punto están cada una en cada momento.

Los objetivos a los cuales se dirigen las funciones ejecutivas pueden ser de naturaleza cognitiva como de índole socio-emocional. Además, requieren tener en cuenta consecuencias inmediatas, resultados de medio y de largo plazo.

Las funciones ejecutivas poseen como principal característica la independencia del input lo cual quiere decir que las funciones ejecutivas coordinan la información que procede de distintos sistemas de entrada (percepciones sensoriales); procesamiento (atención, memoria o emociones) y salida (programas motores).

Por lo tanto, las funciones ejecutivas son las responsables de la regulación de la conducta manifiesta y de la regulación de los pensamientos, recuerdos y afectos que determinan funcionamientos adaptativos. Y, para alcanzar los objetivos planeados, los mecanismos requieren recuperar información del pasado como el desarrollo de análisis estimativo del futuro.

Modelos de terapia Ocupacional.

Muñoz Gómez, Fernández-Acereño y Fuentes Galvez (2015) determinan que el modelo de ocupación humana se compone de tres subsistemas: volición, habituación y ejecución.

El subsistema de volición refiere a la voluntad o la elección. Ello determina que la motivación resulte concebida como un proceso de la conducta voluntaria de

disposición. Este subsistema responde a la pregunta sobre la motivación de la conducta ocupacional. Esa motivación se relaciona con un impulso generalizado hacia la exploración y el dominio del ambiente.

Por su parte el encausamiento personal se puede definir como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente. Ello se encuentra relacionado con la creencia del control interno/externo; las creencias en las habilidades y la creencia en la eficacia de las habilidades y las expectativas de éxito/fracaso.

El subsistema de habituación consiste en la organización del comportamiento ocupacional dentro de patrones y rutinas que se constituyen en hábitos y roles. Por último, el subsistema ejecución se encuentra relacionado con las habilidades o capacidades que la persona posee para la ejecución de variadas formas y comportamientos con propósitos.

Desde este modelo se puede analizar a la persona desde una visión holística y ello permitirá identificar la relación entre las motivaciones y necesidades de acción y la acción que puede realmente realizarse.

Modelo de discapacidad cognitiva:

El modelo de discapacidad cognitiva fue desarrollado por Claudia Allen. Primero desarrolló una serie de elementos de prueba para detectar en qué nivel cognitivo funcionaban los pacientes. A lo largo de los años estos elementos de prueba fueron perfeccionándose hasta llegar al actual ACL-5 (Allen CognitiveLevelScreen 5).

A través de este elemento de evaluación se puede identificar la capacidad intelectual remanente de la persona con el objeto de desarrollar una estrategia de intervención que permita utilizarla como base para la adaptación a su discapacidad. También, bajo el mismo concepto se desarrolló otro elemento que evalúa las tareas rutinarias (RTI) de la vida diaria.

Su estructura teórica se basa en los siguientes postulados:

-La cognición soporta a todos los comportamientos, se puede decir que es la base de toda conducta humana.

-Los trastornos cerebrales tienden a alterar el desarrollo cognitivo del individuo, de tal manera que se hace notorio en la ejecución de las actividades normales de la vida.

-Un déficit cognitivo en el sujeto restringe sus capacidades para realizar actividades de acción motora. Como resultado estas deficiencias se manifiestan a través de limitaciones en la realización de tareas rutinarias vitales que se consideran normales.

-Mediante la observación directa de la ejecución de los hábitos rutinarios diarios seleccionados por el paciente, se pueden obtener información básica sobre las discapacidades cognitivas presentes en el sujeto. De acuerdo a los resultados de cómo el paciente ejecuta las actividades rutinarias, se obtendrán datos relativos a la calidad del desempeño. A partir de la evaluación de estos, se pueden emitir juicios de valor o hacer inferencia sobre las capacidades cognitivas (procesamiento de la información) y limitaciones del individuo.

-Las variaciones diferenciales desde el punto de vista cualitativo en la conducta y el comportamiento del sujeto durante la ejecución de las tareas rutinarias observadas por el Terapeuta ocupacional, se clasifican por jerarquía de niveles cognitivos. (Valverdi y Alonso, p. 4)

7. Metodología

7.1 Tipo de Investigación

La investigación tendrá un enfoque cualitativo y será de carácter descriptiva. Según Sampieri et al (2006) el enfoque cualitativo se caracteriza por ser un proceso que va de lo particular a lo general y comprende la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación. No consiste en un análisis estadístico, sino que se determinará la situación de un paciente con demencia Vascular. Se tratará de describir y detallar situaciones, eventos, interacciones, conductas observadas y manifestaciones. Además, la investigación será descriptiva no experimental ya que se pretende recoger las diferencias cognoscitivas y de tipo conductual que presenta un paciente con demencia vascular (Sampieri et al, 2006).

7.2 Sujetos

El sujeto seleccionado para el presente trabajo de investigación se trata de un hombre de 72 años de edad que sufrió un ACV hace 24 años y actualmente presenta demencia vascular desde hace 6 años.

El sujeto está casado y tiene 5 hijos, vive con su mujer, quien lo acompaña también los días del mes que le toca trabajar, realiza trámites para el estudio jurídico de su hijo mayor.

7.3 Diseño muestral criterios de inclusión y Exclusión

Como diseño del estudio se ha seleccionado el diseño longitudinal ya que se pretende determinar los cambios presentados en el paciente a lo largo del tiempo. (Sampieri et al, 2006) Como se trata de la evaluación no experimental de la situación de un paciente, estaríamos ante un estudio de caso que comprendería la evaluación de un paciente con Demencia Vascular mediante un Test de Ejecución Cognitiva. Además, para poder evaluar la funcionalidad previa del paciente se realizará una entrevista semiestructurada dirigida a los parientes más cercanos. Por lo tanto, la muestra seleccionada será de tipo no probabilística ya que comprende la selección de una persona determinada debido a las características de la investigación no dependiendo su selección de la probabilidad. (Sampieri et al, 2006)

7.4 Instrumento de recolección de datos

Las técnicas e instrumentos de recolección de los datos serán: test de ejecución cognitiva. la observación no participante y la entrevista semiestructurada.

Test de Ejecución Cognitiva

El test de ejecución cognitiva es un instrumento de aplicación individual diseñado para evaluar brevemente el funcionamiento cognitivo general de los adultos, de los que se sospechan déficits de memoria, trastornos neurológicos o psiquiátricos, o sujetos que no toleren una evaluación más extensa. Por lo que se refiere a las funciones cognitivas evaluadas, si bien se recogen muchas de las funciones relevantes (orientación y estimación temporal, control mental, recuerdo incidental, planificación y organización visio-perceptiva, inhibición de respuestas aprendidas y producción verbal), el test se centra principalmente en los procesos de atención y función ejecutiva.

Los instrumentos de Evaluación que se aplicaran al paciente como test de ejecución cognitiva son los siguientes:

Instrumentos de Medidas de eficacia cognitivas: Mini Mental State Examination, MMSE (Folstein et al, 1975) e Instrumentos de Medidas de eficacia cognitivas específicas en memoria: Test Conductual de Memoria RIVERMEAD, RBMT (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1991) y Syndrom Kurztest, SKT (Erzigkeit, 1989).

- **Mini Mental State Examination. MMSE (Folstein, 1975)**

Este instrumento de evaluación fue diseñado por Folstein y cols, de Baltimore y actualmente es muy utilizado para valorar alteraciones cognitivas. Constituye el test breve de cribado (screening cognitivo) más difundido en clínica e investigación.

Evalúa una serie de aspectos fundamentales de las capacidades cognitivas como la orientación (espacio y tiempo), registro mnésico, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje (comprensión, denominación, lectura, escritura) y praxis constructiva. La puntuación va de 0 a 30. Las puntuaciones sucesivamente menores, indican grados progresivos de alteración cognitiva. Los rendimientos en el MMSE están influenciados por la escolaridad y la edad.

Tiene la ventaja de su brevedad, fácil administración y baja variabilidad. El tiempo de administración es de aproximadamente 10 minutos. Permite una valoración básica y rápida de los pacientes con demencia y también es útil para controlar la progresión de los trastornos cognitivos. Se acepta un punto de corte de 24 en las personas escolarizadas. En sujetos no escolarizados el punto de corte es de 18. Así pues, una puntuación de entre 24 a 30 estaría dentro de los límites normales, de entre 18 a 23 se considera deterioro cognitivo leve a leve-moderado y de entre 0 a 17 se considera deterioro cognitivo moderado-severo a severo (Martínez Lage, 2002).

- **The Rivermead Behavioral Memory Test (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1991):**

El test conductual de memoria Rivermead (RBMT) se utiliza para detectar alteraciones en el funcionamiento de la memoria de lo cotidiano, así como para seguir los cambios producidos por el tratamiento de las alteraciones de memoria. Su objetivo es proporcionar situaciones mnésicas cotidianas y es aplicable en una amplia gama de situaciones ambientales. Se sitúa entre los test basados en medidas de laboratorio y valoraciones centradas en cuestionarios de observación. Valora problemas cotidianos de memoria y permite estudiar los cambios inducidos por los tratamientos.

Pretende reflejar en su ítem, la memoria necesaria para el funcionamiento cotidiano, por lo que no se basa en ningún modelo teórico en particular de memoria. Dispone de cuatro formas paralelas. Los instrumentos clásicos que evalúan la memoria como el Wechsler MemoryScale-Revised (Wechsler, 1987) son tests estandarizados y normalizados que miden diversos aspectos de la memoria pero presentan un grave problema: la correlación entre estos test (en situación de laboratorio) y el funcionamiento del día a día del sujeto suele ser muy limitada, pues estos instrumentos tienden a medir "como trabaja la memoria más que lo que una persona puede hacer con la capacidad de memoria que posee "(Makatura,1999).

Las exigencias de memoria en el día a día, como recordar citas o recordar un gran conjunto de actividades, son difíciles de medir en tareas de laboratorio. En este contexto aparece el Rivermad Behavioral Memory Test, que pretende aportar una medición ecológica de laboratorio (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1991). Además, al disponer de cuatro formas paralelas permite controles evolutivos repetitivos, sin que se produzca aprendizaje. El tiempo de aplicación es de entre 20 y 30 minutos aproximadamente y es de fácil administración. El RBMT se está utilizando actualmente para evaluar la memoria en personas con demencia. Es muy adecuado para el sujeto muestra de este trabajo de investigación, pues está relacionado con la memoria en las actividades cotidianas.

El RBMT se compone de doce ítems o pruebas:

Recordar un nombre (a) y recordar un apellido (b): se muestra al sujeto la fotografía de una persona, se le pide que repita el nombre y apellido que le indica el examinador y que los recuerde, pues se le preguntará a los 20 minutos.

Recordar un objeto (c): se le pide al sujeto un objeto personal que se esconde en algún lugar visible y se le indica que cuando el examinador diga la frase "hemos terminado el test" el sujeto pida su objeto y diga en qué lugar se escondió. Recordar una cita (d): se pide al sujeto que cuando suene el avisador que sonará a los 20 minutos, pregunte al examinador cuándo será la próxima cita.

Reconocimiento de dibujos (e): se presentan 10 dibujos distintos al sujeto, que poco

después deberá reconocer entre 20.

Recordar una noticia del periódico (f): se lee una historia al sujeto y se le pide que la recuerde a nivel inmediato y diferido (unos 20 minutos después).

Reconocimiento de caras (g): se presentan 5 fotografías que el sujeto deberá reconocer minutos más tarde entre 10.

Recordar un trayecto inmediato (h) y diferido (i): el examinador hará un pequeño recorrido por la habitación que el sujeto tendrá que repetir igual (el diferido pocos minutos después).

Recordar depositar el sobre (j): el sujeto debe coger un sobre dónde está escrita la palabra mensaje y dejarlo en un sitio determinado durante el recorrido (ítems 8 y 9).

Orientación (k): se hacen nueve preguntas sobre orientación (año, mes, día de la semana, fecha, lugar, ciudad, edad, año de nacimiento, nombre del presidente del gobierno, nombre del presidente de EEUU).

Fecha (l): se pide al sujeto que diga la fecha completa.

Hay dos tipos de puntuación: puntuación de Screening o Global (se da a cada ítem la puntuación de 0 o 1) siendo la puntuación máxima de 12 y otra puntuación llamada de Perfil, que nos da una puntuación más detallada siendo la puntuación máxima de 24 (que permite puntuar cada ítem con 0, 1 o 2) (Spreeen y Strauss, 1998). En nuestro estudio, hemos utilizado la puntuación de screening o global, siendo la puntuación máxima de 12. A mayor puntuación, menor deterioro cognitivo de memoria.

Estos 12 ítems valoran situaciones de memoria en la vida cotidiana, pues a menudo hemos de recordar el nombre de alguien que nos acaban de presentar (ítem 1), hemos de recordar un recorrido que acabamos de realizar, para poder volver y estar orientados en el espacio (ítems 8 y 9), o bien recordar dónde hemos guardado un objeto (ítem 3).

Con estos ítems se evalúa:

- Memoria inmediata visual y verbal (a) (b)
- Memoria reciente visual y verbal (a) (b) (c) (d)
- Memoria de reconocimiento visual (e) (g)
- Memoria inmediata verbal (f)
- Memoria reciente verbal (f)
- Memoria inmediata visual (h) (i) (j)
- Memoria reciente visual (h) (i) (j)

- Orientación temporal, espacial y en persona (k) (l).

Así pues, combina tareas convencionales (por ejemplo, orientación y recuerdo de una historia) con otras tareas más propias de la vida real, aplicables a tareas cotidianas.

- **Syndrom Kurttest (Erzigheit, 1989)**

El SKT se administra para evaluar el grado de memoria y atención. Está indicado para la evaluación de memoria leve y moderada. Se puede disponer de cinco formas paralelas, lo que hace un test ideal para controles evolutivos repetidos. Se dispone de datos normativos para sujetos normales y con demencia. El tiempo de aplicación es de 9 minutos aproximadamente.

Consta de 9 ítems:

- a. Velocidad naming. Atención. A partir de observar una lámina con doce imágenes distintas, el paciente debe ir nombrando cada una de ellas. Se controla el tiempo.
- b. Memoria visual inmediata. Se le pide al paciente, que diga qué imágenes recuerda de las anteriormente nombradas. Se evalúan las omisiones, es decir, las imágenes que el sujeto no recuerda.
- c. Velocidad naming numérico. Atención. El paciente debe nombrar diez números de un tablero y se evalúa el tiempo.
- d. Control mental. El paciente debe ordenar de menor a mayor los números anteriormente mencionados en la parte superior del tablero, evaluándose el tiempo de ejecución de la tarea.
- e. Concentración. Control mental. El paciente debe volver los números a su lugar de origen, controlándose el tiempo.
- f. Atención visual. El paciente debe contar los símbolos igual al modelo, entre una variedad de símbolos. Se valora el tiempo.
- g. Inhibición verbal. El paciente debe ir diciendo una serie de combinación de dos letras a la inversa. Cuando observe una, nombrar la otra y viceversa. Se evalúa el tiempo.
- h. Memoria visual reciente. Se le pide al sujeto, que diga qué imágenes recuerda de las doce mostradas anteriormente.
- i. Memoria visual de reconocimiento. De entre dos láminas de veinticuatro imágenes cada una, el sujeto debe nombrar los objetos que recuerde, pues están mezcladas las doce imágenes del principio con otras.

La puntuación en tiempo (segundos) y omisiones, se traslada a una tabla de valoración, en la cual el sujeto se evalúa teniendo en cuenta la edad (55-64 años; 65 años o más) y el coeficiente intelectual (menor de 90, entre 90 y 110, mayor de 110). Las puntuaciones para cada ítem son 0, 1, 2 o 3, obteniendo mayores resultados cognitivos de memoria y atención, a menor puntuación.

Las puntuaciones totales se sitúan entre 0 y 27. Las puntuaciones mayores representan un mayor deterioro. El SKT presenta una buena validez concurrente y fiabilidad. En la publicación original, se presentan los siguientes grados: 0-4 =normal, 5-8= muy leve, 9-13 = leve, 14-18= moderado, 19-23 = grave, 24-27= muy grave, aunque en algunos estudios el punto de corte con el trastorno cognitivo leve es de 8 puntos (MartínezLage, 2002).

Este test es adecuado para este trabajo de investigación, pues es de corta aplicación y evalúa la memoria y la velocidad. Además, se trata de un instrumento que da una primera impresión del paciente sobre sus déficits de memoria. Al paciente, no se le hace nada pesado, debido a su corto tiempo de administración.

Como segunda técnica para la recolección de la información se realizará una entrevista dirigida a los familiares más cercanos del paciente, la cual representa en la investigación un método interactivo con los informantes.

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, elementos que pueden ser difíciles de obtener con la observación donde el investigador no tiene ningún tipo de intervención.

Como instrumento de la entrevista se diseñará un cuestionario, en este caso un cuestionario con preguntas semiestructuradas. Una entrevista semiestructurada (no estructurada o no formalizada) es aquella en que existe un margen más o menos grande de libertad para formular las preguntas y las respuestas. En el estudio para las entrevistas aplicaremos los cuestionarios del test Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale, Qualid está constituido por una serie de ítem que permiten indagar sobre la calidad de vida del paciente y el instrumento de la Escala de Cornell para la depresión en la demencia (CSDD) prueba clínica

utilizada para determinar los síntomas y signos de la depresión en las personas que sufren de demencia.

En la investigación como técnica para la valoración funcional del paciente se le aplicaron los cuestionarios para determinar los índices de Barthel (IB) y Índice de Lawton (IL); El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD), mientras el índice de Lawton (IL) se trata de un instrumento utilizado para la medición de las actividades instrumentales de la vida diaria que puede realizar una persona.

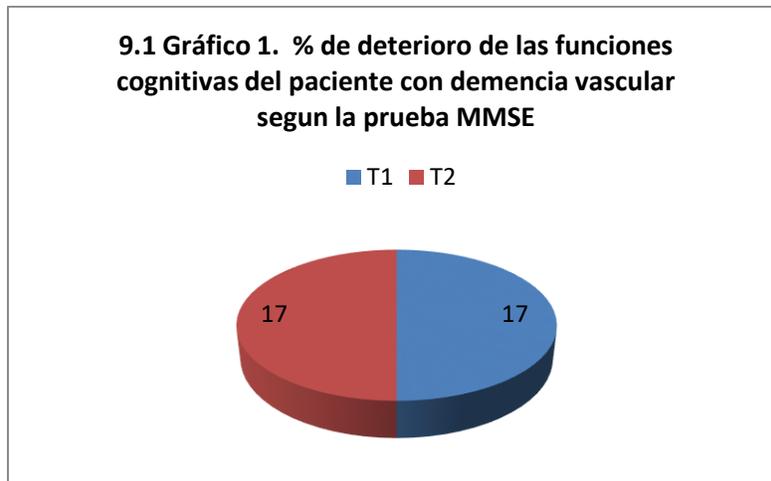
8. Plan de trabajo

La investigación se basa en evaluarlos cambios presentados en el paciente a lo largo del tiempo, de tal manera que las pruebas descritas anteriormente le fueron aplicadas al paciente en dos momentos distintos, identificados como tiempo inicial (T_1) representando el inicio de nuestro estudio, en el cual se describe al paciente con demencia vascular, cuyo diagnóstico de la enfermedad data de seis años atrás; con la finalidad de determinar la evolución del estado del paciente el segundo momento (T_2) seleccionado para aplicar nuevamente los test de medición al paciente fue a los 12 meses de la primera evaluación , en paralelo en estos dos tiempos también se aplicaron los cuestionarios para la entrevistas a los cuidadores o familiares más cercanos del paciente.

9. Resultados

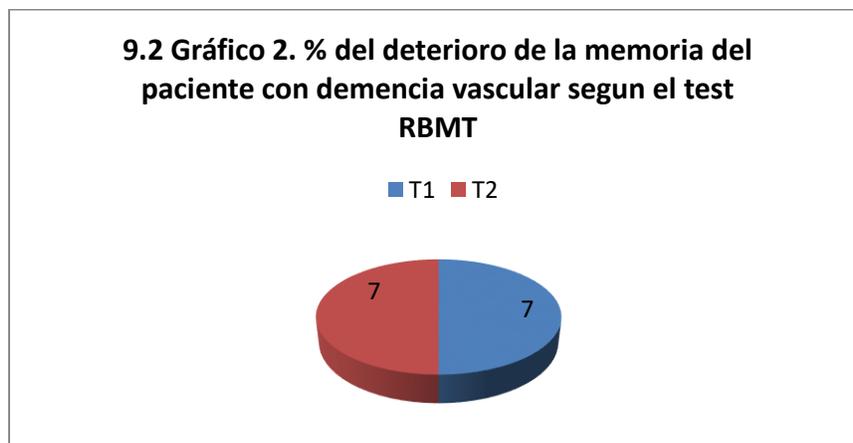
A continuación, se presentan de forma gráfica los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicada al paciente de 72 años diagnosticado con demencia vascular sujeto evaluado en dos momentos temporales distintos; T_1 momento de inicio del estudio cuando el paciente presentaba una data de 6 años de haber sido diagnosticado y T_2 a los 12 meses luego de la primera evaluación.

Prueba MMSE



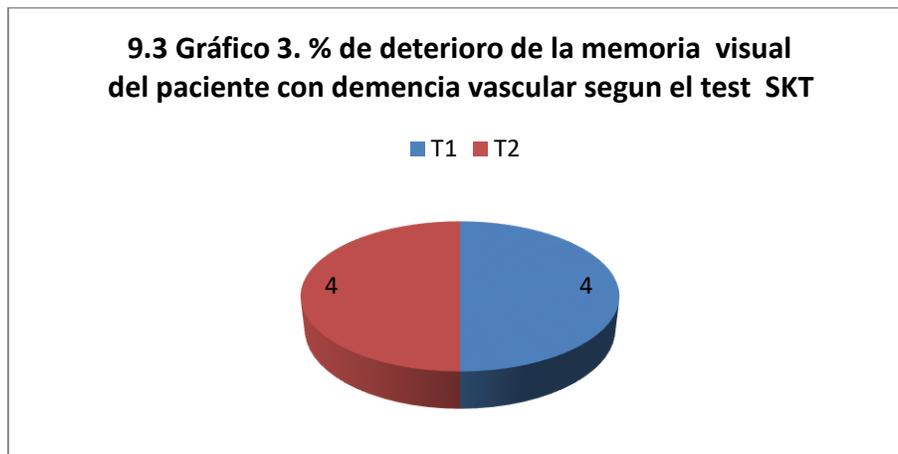
El gráfico 1 muestra que en el estudio el paciente evaluado obtuvo una puntuación promedio en el MMSE de 17 puntos en este test, lo cual lo indica un menor deterioro cognitivo según el baremo de interpretación para esta prueba; los resultados indicaron puntuaciones estables en el MMSE (T1=17 y T2=17) demostrando la preservación del 50% de las funciones cognitivas generales en el paciente en los dos tiempos en los cuales fue valorado.

Test RBMT



En el gráfico 2. Se encuentran representado los resultados obtenido en el test RBMT por paciente evaluado, el cual, apoyado con terapia cognitiva, mantiene estables sus puntuaciones en el RBMT (T1=7; T2=7), cuya puntuación promedio fue de 7 puntos, lo cual indica un mantenimiento adecuado de las funciones cognitivas en el paciente y un 50% de preservación de la memoria de manera global en ambos tiempos de evaluación.

Test SKT



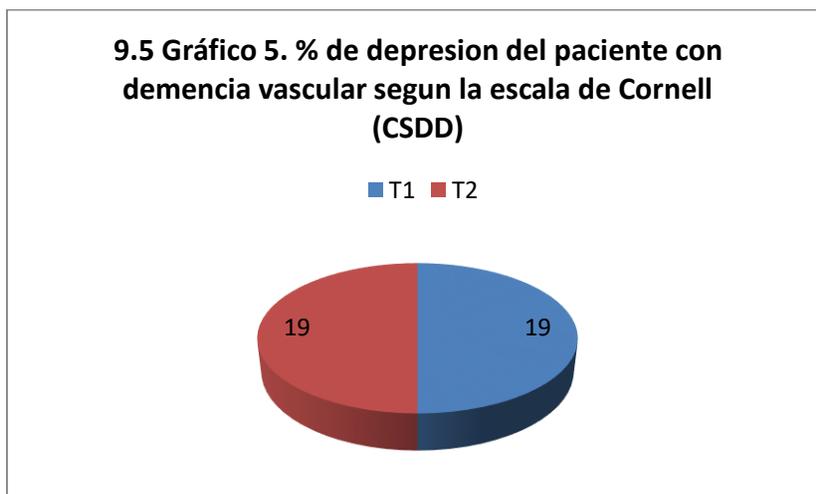
El gráfico 3 muestra los resultados obtenidos por el paciente en el test de memoria visual SKT el cual obtuvo puntuaciones estables para este tipo de test T1=4 y T2= 4; donde la puntuación promedio fue igual a 4 puntos, lo cual indica menor deterioro mental y una preservación del 50% de la memoria visual reciente durante el periodo en el cual fue evaluado.

Test QUALID

El test Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale, Qualid el cual estuvo constituido por una serie de ítem que permitieron indagar sobre la calidad de vida del sujeto; indicó que el paciente posee buenas condiciones en cuanto a la calidad de vida. En ambos tiempos (T1 y T2) las opciones de respuestas para las preguntas establecidas por el test no variaron, lo cual

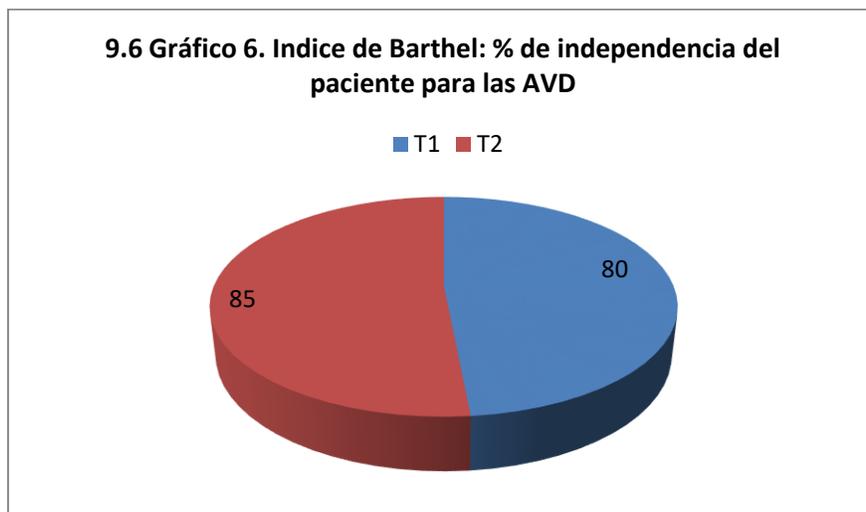
indicaría que el paciente no mostró cambios en cuanto a su calidad de vida en el tiempo de evaluación.

Test CSSD



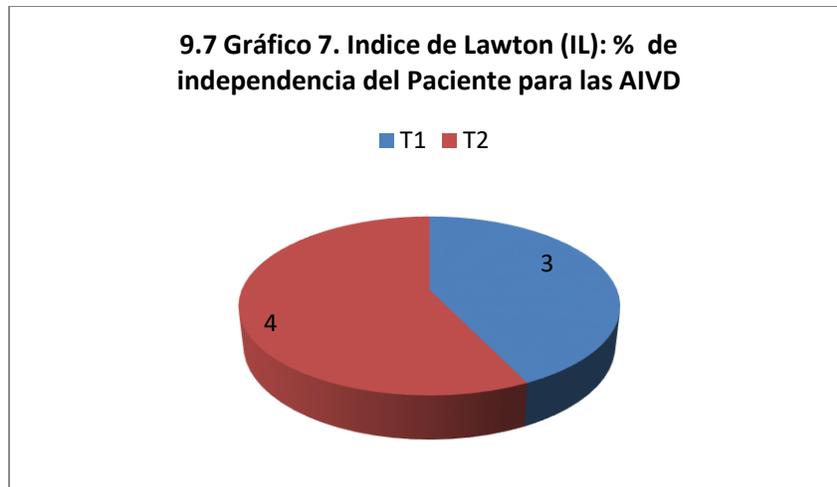
El gráfico 5 nos muestra los resultados obtenidos por el paciente en la prueba Escala de Cornell para la depresión en la demencia (CSDD) utilizada para determinar los síntomas y signos de depresión en el sujeto valorado, en la misma el paciente obtuvo una puntuación promedio de 19 puntos y valores estable en los dos momentos en los cuales fue evaluado (T1=19 y T2=19) lo cual demuestra que el sujeto no muestra síntomas, ni signos de depresión en la enfermedad.

Índice de Barthel



En el gráfico 6 se pueden observar los resultados obtenidos por el paciente en la aplicación del instrumento para determinar el índice de Barthel, el cual mide la capacidad del sujeto para realizar actividades de la vida diaria (AVD), nuestro paciente obtuvo una puntuación promedio de 82,5 (IB) y valores en T1=80 y T2=85, lo cual indica que el paciente posee dependencia moderada para la realización de las actividades de vida diaria.

Índice de Lawton



El gráfico 7 muestra los resultados obtenidos por el paciente en la determinación del índice de Lawton (IL) utilizado para la medición de las actividades instrumentales de la vida diaria que puede realizar el sujeto de 72 años con demencia vascular. El paciente en cuestión obtuvo una puntuación promedio de 3,5 (IL) y valores en T1=3 y T2=4. Estos valores indican que, si bien el paciente posee dependencia moderada para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, al cabo de un año esta dependencia ha aumentado.

10. Discusión.

En la investigación para evaluar las funciones cognitivas del paciente relacionadas con la memoria: orientación témporo-espacial, lenguaje, atención, cálculo, funciones visoperceptivas, funciones ejecutivas y razonamiento verbal, se utilizaron las siguientes medidas de eficacia: Mini Mental State Examination, MMSE (Folstein et al, 1975), Syndrom Kurztest, SKT (Erzigkeit 1989) The Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scale (Rosen, Mohs & Davis, 1984) e ítems fecha y orientación del test conductual de memoria Rivermead (Wilson B, Cockburn J, Baddeley A, 1991).

Se utilizó como uno de los instrumentos para evaluar el rendimiento cognitivo del paciente el MMSE, puesto que constituye un test ampliamente difundido en la clínica e investigación, utilizado para valorar alteraciones cognitivas. Debido a su rápida y fácil administración, así como su escasa variabilidad, permite una valoración breve de los pacientes con demencia vascular. También es útil para hacerle seguimiento y controlar la progresión de los trastornos

cognitivos, evaluando una serie de aspectos fundamentales de las capacidades cognitivas como la orientación (espacio y tiempo), la memoria (inmediata), el lenguaje (comprensión, denominación, lectura, escritura) y las prácticas de generación de idea y constructiva. (Folstein et al, 1975).

En el paciente evaluado en el estudio se encontró que este obtuvo una puntuación promedio en el MMSE de 17 puntos en este test, lo cual lo indica en un menor deterioro cognitivo según el baremo de interpretación para esta prueba; los resultados indicaron puntuaciones estables en el MMSE (T1=17 y T2=17) demostrando la preservación en el paciente de las funciones cognitivas generales en los tiempos en los cuales fue valorado.

Estos resultados se encuentran en concordancia con los hallazgos de Tárraga (2000), en un estudio en el cual evaluó la eficacia de un programa de estimulación cognitiva llamado Programa de Psicoestimulación Integral (PPI), en una muestra de 121 pacientes con demencia, que acudían a un centro de día terapéutico durante un año. El PPI constaba de un taller de psicoestimulación cognitiva, un taller de psicoexpresión y un taller ocupacional. Analizó la evolución de la respuesta al PPI de estos enfermos, respecto a la evolución de las puntuaciones obtenidas en diferentes pruebas, entre ellas el MMSE de Folstein. Los resultados indicaron que los sujetos mejoraban sus puntuaciones en el MMSE a los dos meses de tratamiento, manteniendo estas puntuaciones hasta el medio año

Por otro lado, para evaluar el efecto de la Demencia Vascular en la memoria del paciente, se utilizaron dos medidas de eficacia cognitivas relacionadas con el funcionamiento de la misma: el test conductual de memoria Rivermead (Wilson B, Cockburn J, Baddeley A, 1991) y el Syndrom Kurztest (Erzigkeit, 1989).

Se seleccionó el test de memoria conductual Rivermead (RBMT), por tratarse de un instrumento de evaluación que se sitúa entre los test basados en medidas de laboratorio y valoraciones centradas en cuestionarios de observación. Se considera que es un instrumento adecuado para este estudio, ya que valora problemas cotidianos de memoria y permite estudiar los cambios inducidos por los tratamientos. Con la aplicación del instrumento se pretende reflejar en sus ítems, la memoria necesaria para el funcionamiento cotidiano, por lo que no se basa en ningún modelo teórico en particular. Su objetivo es pues valorar situaciones mnésicas cotidianas y es aplicable en una amplia gama de situaciones ambientales. Además,

el instrumento dispone de cuatro formas paralelas, ideal para controles evolutivos. EIRBMT se está utilizando actualmente, para evaluar la memoria en personas con demencia (Padró S, 2000).

Los datos en este estudio, muestran que el paciente evaluado apoyado con terapia cognitiva, mantiene estables sus puntuaciones en el RBMT (T1=7; T2=7) puntuación promedio fue de 7 puntos, lo cual indica un mantenimiento adecuado de las funciones cognitivas en el paciente y una preservación de la memoria de manera global.

Asimismo, en la investigación se utilizó la prueba Syndrom Kurztest, SKT (Erzigkeit, 1989), como instrumento para evaluar el efecto de la enfermedad sobre la memoria visual; tipo de memoria que evalúa este test. El SKT se administra para evaluar el grado de memoria y atención. Está indicado para la evaluación de memoria leve y moderada, por lo cual es recomendado para este estudio. Como se mencionó la prueba evalúa la memoria visual, lo que nos permite obtener más resultados sobre este tipo de memoria.

En el paciente evaluado se obtuvo puntuaciones estables para este tipo de test SKT T1=4 y T2= 4; donde la puntuación promedio fue igual a 4 puntos, lo cual indica menor deterioro mental y una preservación de la memoria visual reciente. Estos concuerdan con los resultados obtenidos en el RBMT, dando mayor consistencia a estos hallazgos.

Otros de los Instrumentos aplicados en la investigación fueron Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale, Qualid (Escala de calidad de vida en la demencia) y Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Escala de Cornell para la depresión en la demencia (CSDD) ambos instrumentos consisten en cuestionarios aplicados a familiares cercanos al paciente o cuidadores responsables del sujeto evaluado.

El test Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale, Qualid está constituido por una serie de ítem que permiten indagar sobre la calidad de vida del paciente; la calidad de vida (CV) es una variable importante para estudiar la eficacia de intervenciones en personas con demencia. su evaluación es compleja ya que para la misma no existe una aproximación teórica o conceptual unificada y por la forma indirecta de la obtención de la información, lo cual no resulta fiable en algunas ocasiones. Además, es importante tener en cuenta la visión subjetiva de la propia persona evaluada pues las evaluaciones de personas próximas tienden a subestimar la CV. Se seleccionó dicho instrumento por ser sensible al cambio, correlacionar

con medidas de salud, estar traducido a varios idiomas y poder administrarse a personas con puntuaciones bajas en el MMSE.

Como se mencionó anteriormente el instrumento está basada en la información que proporciona el cuidador profesional o parientes cercanos cuidadores, quien contesta a través de una entrevista estructurada puntuando la CV del enfermo. Los informantes han de haber hecho repetidas observaciones del comportamiento del paciente durante la última semana. El tiempo medio de administración del cuestionario es de 5 minutos y tiene 11 ítems referidos a comportamientos observables, indicativos de su experiencia individual respecto a su CV. La escala incluye observación de estados subjetivos y afectivos de pacientes en su vida diaria (si sonríe, llora, parece triste, molesto, irritable o tranquilo) y comportamientos de confort o malestar en actividades básicas de la vida diaria consideradas importantes desde el punto social (si disfruta comiendo, tocando o interactuando con los demás). Los ítems se puntúan como frecuencia de aparición en una escala Likert con 5 opciones de respuesta. La puntuación total de la escala oscila entre 11 (mejor CV) y 55 (peor CV).

En este caso los resultados indican que el paciente evaluado obtuvo una puntuación promedio para esta prueba de 11 puntos valor que representa buenas condiciones en cuanto a la calidad de vida del sujeto a pesar de su enfermedad.

En relación a la Escala de Cornell para la depresión en la demencia (CSDD) es una prueba clínica utilizada para determinar los síntomas y signos de la depresión en las personas que sufren de demencia. La misma se aplica observando de forma directa el comportamiento del paciente y como se mencionó anteriormente la información se complementa mediante una entrevista con el paciente y el cuidador del paciente, los ítems aquí implican el estado de ánimo del paciente, incluyendo los niveles de ansiedad, tristeza e irritabilidad. También se mide la evolución de la reacción del paciente a eventos agradables. En este caso el paciente para esta escala obtuvo una puntuación promedio de 19 puntos lo cual demuestra que el sujeto no muestra síntomas, ni signos de depresión en la enfermedad.

Para la valoración funcional del paciente se le aplicaron los índices de Barthel (IB) y Índice de Lawton (IL); El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Por su parte el índice de Lawton (IL) igualmente es un instrumento utilizado para la medición de las actividades

instrumentales de la vida diaria que puede realizar una persona, de igual forma se cuantifica el nivel de dependencia. En ambos índices la información suministrada en la aplicación del instrumento puede ser suministrada por el sujeto evaluado o por su cuidador inmediato. En la investigación los resultados obtenidos en estos índices para el sujeto evaluado, el cual obtuvo una puntuación promedio de 82,5 (IB) y una puntuación de 3,5 (IL) indican que el paciente posee dependencia moderada para la realización tanto de las actividades de vida diaria como las descritas como actividades instrumentales (AIVD).

Según los resultados obtenidos en líneas generales se puede decir que en el sujeto evaluado en relación a la valoración de su funciones cognitivas se observó cierta preservación de las mismas, igualmente no se detectaron problemas que involucran pérdida de la memoria relacionados con la enfermedad (mayor incapacidad para recordar hechos recientes, tendencia a recordar cosas del pasado...) y en relación a la orientación espacial fueron escasas las dificultades presentadas por el paciente, como por ejemplo la valoración del entorno.

En lo referente a la valoración funcional del paciente se observó ciertas dificultades menores en la realización de las actividades las instrumentales tales como la realización de ciertas tareas domésticas, manejo de cantidades de dinero y llevar finanzas, entre otras. No Se produjeron cambios notables, en los hábitos relacionados con actividades de la vida diaria básicas en tales como: comer, aseo, vestir, control de esfínteres observándose en el paciente una dependencia moderada de otros para la ejecución de este tipo de actividades a lo largo del estudio.

11. Propuesta:

Título: Programa de intervención psicosocial para pacientes adultos mayores con demencia Vascular

En la actualidad numerosas investigaciones revelan que el deterioro mental o el empobrecimiento progresivo de la mente, podría prevenirse mediante el desarrollo de mecanismos activos que potencie la cultura y el ejercicio de la inteligencia, ya que los mecanismos cerebrales si se cuidan, permanecen activos incluso en la etapa senil de la vida.

De tal manera, que cada vez toma mayor importancia la aplicación de terapias para estos enfermos (por ejemplo, la estimulación de las capacidades cognitivas), con el fin de

minimizar el progreso evolutivo de la enfermedad y proporcionar una mejora en la calidad de vida en estos pacientes. Entre los investigadores se ha llegado a la idea de mejorar la capacidad de aprendizaje de los enfermos de demencia con el desarrollo de técnicas específicas que ayuden a estas personas a llevar una vida mejor y más humana. Se trata de técnicas de psicoestimulación cognitiva y otro tipo de intervenciones no farmacológicas (Fernández-Ballesteros et al, 2003)

En efecto en la rama de la terapia ocupacional, en los últimos años se han ido desarrollando e implementando a nivel clínico intervenciones psicosociales dirigidas a optimizar la función del enfermo y apoyar a la familia en su cuidado, existen técnicas diversas en cada uno de los ámbitos de intervención (cognitivo, conductual, ambiente y familiar). Son muchos los tipos de intervenciones psicosociales propuestas para los pacientes con demencia según sea el caso; unas están enfocadas al tratamiento de funciones cognitivas, otras orientadas al tratamiento de problemas de conducta, otras dirigidas a disminuir la dependencia del paciente a través de técnicas de reestructuración ambiental y por ultimo otras enfocadas al apoyo, asesoría y orientación del núcleo familiar del paciente.

Objetivo de la propuesta:

En base a los resultados obtenidos en el estudio realizado con el paciente adulto mayor con demencia vascular esta investigación plantea como propuesta de acción la puesta en marcha de un programa de intervención terapéutica no farmacológica basado en la neuroplasticidad de sistema nervioso y en la psicoestimulación para la rehabilitación de las funciones cognitivas, relacionales y afectivas, producidas por los procesos demenciales en adultos mayores.

Descripción de la propuesta:

El programa consiste en brindar una terapia de estimulación individualizada y adaptada a las capacidades funcionales residuales del paciente, permitiendo así su utilización y la recuperación de los olvidos por abandono (Arroyo-Anlló, 2002). Por lo que es importante previo a la aplicación del programa de terapia psicosocial realizar una evaluación exploratoria siguiendo todos los procedimientos clínicos y neuropsicológicos, para poder realizar una psicoestimulación individualizada a partir de las capacidades cognitivas preservadas de cada paciente.

Cabe destacar que en este tipo de programa todas estas intervenciones dirigidas al cuidado de personas con demencia están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, para intentar conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad con ello desacelerar el declive que pudiera venir generándose por factores externos. Se trata de mantener a la persona con demencia activa y estimulada, para favorecer su mantenimiento funcional en la vida cotidiana.

En la actualidad la terapia de intervención no farmacológica en la psicoestimulación de las personas con demencia aplica entre sus mecanismos los siguientes procedimientos: la terapia desorientación a la realidad (ROT), la terapia de reminiscencia, los programas de psicoestimulación, entre otros.

- **Terapia de orientación a la realidad (ROT)**

La terapia de orientación a la realidad es una técnica que fue inicialmente desarrollada por Folsom (Folsom, 1968) y modificada posteriormente por Holden y Woods (1982). En sus orígenes fue utilizada para mejorar la calidad de vida de personas mayores en el ámbito geriátrico con estados de confusión, aunque se cree que su aplicación en primera instancia se remonta al tratamiento veteranos de guerra con graves trastornos (francés et al, 2003).

Es una técnica psicoterapéutica grupal que se utiliza para asistir a personas en estado de confusión y desorientadas, la terapia consiste en ayudarlos a aprender y practicar técnicas que les permitan afrontar los problemas causados por esos estados, mediante la estimulación y el suministro estructurado y sistemático de información sobre sí mismos y su entorno. Durante la sesión de la terapia se le proporciona de forma estructurada y repetida la información básica respecto a orientación temporal, espacial y personal, con el objetivo de favorecer la orientación de las personas con demencia, reforzando la percepción de las cosas familiares y de su entorno.

De tal manera, que la ROT consiste en conjunto de técnicas mediante las cuales una persona toma consciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal) en el espacio (orientación espacial) y en la persona (orientación temporal), como terapia imprescindible en un programa terapéutico de demencias. Es un método sencillo de tratar las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes, para que preserven datos sobre ellos mismos y sobre su entorno.

- **Terapia de reminiscencia**

La terapia de reminiscencia consiste en respuesta adaptativa caracterizada por el acto de pensar en las propias experiencias y relatarlas, de hacer consciente la historia personal del sujeto, en especial las experiencias que se consideran significativas. La reminiscencia provocada y controlada, ayuda a conocer, como forma de activar el pasado personal. Constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales, emociones, imágenes, etc.

Esta terapia busca centrar el recuerdo en lo relevante de los aspectos personales de los acontecimientos, más que en la perfecta evocación del recuerdo y su correcta ubicación en el tiempo. El objetivo final, es ejercitar la memoria, promover la creatividad e incrementar el grado de socialización de los pacientes estimulando la conversación, así como también fomentar el incremento de la autoestima, la satisfacción personal, incentivar y promocionar el bienestar y la satisfacción por la vida.

Esta técnica inicialmente se desarrolló para personas mayores con envejecimiento normal, con la finalidad de ofrecerles una ocasión para recordar y organizar los hechos más significativos de su vida (Butler, 1963). Más tarde, Kiernat (1979) introdujo la idea de utilizar la terapia de reminiscencia en personas con demencia. La terapia puede ejecutarse de dos maneras: una terapia de revisión de vida individual, evaluando la memoria personal con un terapeuta como oyente, o una reminiscencia más general de forma grupal, realizando discusiones cuyo objetivo es mejorar la interacción en un ambiente agradable y de manera atractiva. En el contexto de estimulación cognitiva se trabaja habitualmente de forma grupal.

- **Programas de Psicoestimulación:**

Se entiende por psicoestimulación como el conjunto de estímulos generados por la neuropsicología intervencionista con finalidad de rehabilitar pacientes con enfermedades mentales (Uzell y Gross, 1986). En efecto consiste en una intervención terapéutica no farmacológica desarrollada desde la psicología para la rehabilitación de las funciones cognitivas, relacionales y afectivas, producidas en este caso por los procesos demenciales. Esta definición la diferencia del término estimulación, que solo hace referencia a cualquier actividad que provoque una respuesta del paciente.

El objetivo básico de la psicoestimulación es el de favorecer la neuroplasticidad del sistema nervioso humano, mediante la presentación de estímulos debidamente estudiados, que provoquen el desarrollo de las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas, de manera integral. De tal manera, que el deterioro cognitivo pueda paliarse, compensarse o ser retardado en el paciente.

Este tipo de intervención, tiene como base una visión integral u holística y ecológica de la persona con demencia y se fundamenta en el concepto de neuroplasticidad, basado en técnicas de neuropsicología y de modificación de conducta. El objetivo es favorecer las capacidades funcionales del enfermo, mantener su autonomía, mejorando así la calidad de vida.

12. Anexo.

MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION		MMSE-1
Nombre	Apellidos:	Puntuación:
Fecha: T1 momento del Inicio del Estudio Escolaridad: El paciente es contador .Edad: 72 años		17 pts
ORIENTACION		
¿En qué año estamos?		0 (1)
¿En qué estación del año estamos?		0 (1)
¿Qué día del mes es hoy?		0 (1)
¿Qué día de la semana es hoy?		0 (1)
¿En qué mes del año estamos?		0 (1)
¿En qué país estamos?		0 (1)
¿En qué provincia estamos?		0 (1)
¿En qué ciudad estamos?		0 (1)
¿Dónde estamos en este momento?		0 (1)
¿En qué piso/planta estamos?		0 (1)
FIJACIÓN		
Nombrar 3 objetos a intervalos de 1 segundo: Bicicleta, cuchara, manzana. Dar 1 punto por cada respuesta correcta y repetir los nombres hasta que los aprenda.		(0) 1 2 3
ATENCIÓN Y CÁLCULO.		
A. Series de 7. Restar de 100 de 7 en 7. Parar después de 5 respuestas.		
B. Deletrear al revés la palabra MUNDO.		
MEMORIA		
Preguntar los nombres de los tres objetos (bicicleta, cuchara, manzana) Dar 1 punto por cada respuesta correcta		(0) 1 2 3 4 5
LENGUAJE Y PRAXIS CONSTRUCTIVA		
Señalar un lápiz y un reloj. Hacer que el paciente los denomine Dar 1 punto por cada respuesta correcta		(0) 1 2 3
Hacer que el paciente repita: NI SI, NI NO, NI PEROS		0 (1) 2
Hacer que el paciente siga tres órdenes: <u>COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO</u> Dar 1 punto por cada sección de la orden hecha correctamente		0 (1)
		0 1 (2) 3
		0 (1)
El paciente tiene que leer y hacer lo siguiente: CIERRE LOS OJOS		0 (1)

<p>Hacer que el paciente escriba una frase (sujeto, verbo y objeto). No puntuar las faltas de ortografía Hacer copiar el dibujo (dos pentágonos en intersección)</p>	0 (1)
--	-------



MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION		MMSE-1	
Nombre	Apellidos:	Puntuación: 17 pts	
Fecha: T2: 12 meses después de la primera evaluación Escolaridad: El paciente es contador Edad: 72 años			
ORIENTACION			
¿En qué año estamos?		0	(1)
¿En qué estación del año estamos?		0	(1)
¿Qué día del mes es hoy?		0	(1)
¿Qué día de la semana es hoy?		0	(1)
¿En qué mes del año estamos?		0	(1)
¿En qué país estamos?		0	(1)
¿En qué provincia estamos?		0	(1)
¿En qué ciudad estamos?		0	(1)
¿Dónde estamos en este momento?		0	(1)
¿En qué piso/planta estamos?		0	(1)
FIJACIÓN			
Nombrar 3 objetos a intervalos de 1 segundo: Bicicleta, cuchara, manzana. Dar 1 punto por cada respuesta correcta y repetir los nombres hasta que los aprenda.		(0)	1 2 3
ATENCIÓN Y CÁLCULO.			
A. Series de 7. Restar de 100 de 7 en 7. Parar después de 5 respuestas.			
B. Deletrear al revés la palabra MUNDO.			
MEMORIA			
Preguntar los nombres de los tres objetos (bicicleta, cuchara, manzana) Dar 1 punto por cada respuesta correcta		(0)	1 2 3 4 5
LENGUAJE Y PRAXIS CONSTRUCTIVA			
Señalar un lápiz y un reloj. Hacer que el paciente los denomine Dar 1 punto por cada respuesta correcta		(0)	1 2 3
Hacer que el paciente repita: NI SI, NI NO, NI PEROS		0	(1) 2
Hacer que el paciente siga tres órdenes: <u>COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y</u>		0	(1)

DÉJELO EN EL SUELO

Dar 1 punto por cada sección de la orden hecha correctamente

El paciente tiene que leer y hacer lo siguiente: CIERRE LOS OJOS

Hacer que el paciente escriba una frase (sujeto, verbo y objeto).

No puntuar las faltas de ortografía

Hacer copiar el dibujo (dos pentágonos en intersección)



0	1	2	3
		0	1
		0	1
		0	1

TEST CONDUCTUAL DE MEMORIA RIVERMEAD, RBMT				RBMT (1)
Nombre..... Apellidos.....				Puntuación Global: 7 puntos
Fecha : T1. Momento del inicio del Estudio				
Versión 1 A				
Ítem	Criterios de corrección Perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección	Puntuación Global
1 y 2 Fotografía para recordar nombre	Anotar el nº total de puntos	0 1 2	Si el sujeto puede recordar Al menos un nombre	1
3 Esconder objeto	(al acabar el test)	0 1 2	Si el sujeto logra esconder el objeto	1
4 Preparar el avisador para la cita	Anotar el nº total de puntos	0 1 2	Si el sujeto es capaz de recordar los datos	1
5 Presentar dibujos para reconocimiento de Dibujos	(al acabar el test)	0 1 2	Si el sujeto reconoce al menos uno de los dibujos	1
6a Lectura de la historia para recuerdo inmediato (anotar cada palabra en hoja aparte).	Anotar el nº total de puntos (al acabar el test)	0 1 2 3 4 5	Si el sujeto recuerda al menos 6 ideas en recuerdo inmediato y 4 en el diferido, conceder 1 punto (puntuar al final).	1
5 Reconocimiento de Dibujos	A Anotar cada dibujo correctamente identificado y el total B Anotar el nº de falsos Positives C Total (a-b)	0 1 2 3 4 5	Si el sujeto selecciona los 10 dibujos correctamente sin falsos positivos puntuar 1 (en caso contrario 0).	1

7 Presentar las caras para reconocimiento	Anotar el nº total de puntos	0 1 2	Si el sujeto reconoce al menos una cara	1
	(al acabar el test)			

TEST CONDUCTUAL DE MEMORIA RIVERMEAD, RBMT			RBMT (2)	
Nombre..... Apellidos.....			Puntuación Global:	
Fecha: T2. 12 meses después de la primera evaluación			7 puntos	
Versión A				
Ítem	Criterios de corrección Perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección	Puntuación Global
1 y 2 Fotografía para recordar nombre	Anotar el nº total de puntos	0 1 2	Si el sujeto puede recordar Al menos un nombre	1
3 Esconder objeto	(al acabar el test)	0 1 2	Si el sujeto logra esconder el objeto	1
4 Preparar el avisador para la cita	Anotar el nº total de puntos	0 1 2	Si el sujeto es capaz de recordar los datos	1
5 Presentar dibujos para reconocimiento de Dibujos	(al acabar el test)	0 1 2	Si el sujeto reconoce al menos uno de los dibujos	1
6a Lectura de la historia para recuerdo inmediato (anotar cada palabra en hoja aparte).	Anotar el nº total de puntos (al acabar el test)	0 1 2 3 4 5	Si el sujeto recuerda al menos 6 ideas en recuerdo inmediato y 4 en el diferido, conceder 1 punto (puntuar al final).	1
5 Reconocimiento de Dibujos	A Anotar cada dibujo correctamente identificado y el total B Anotar el nº de falsos Positives C Total (a-b)	0 1 2 3 4 5	Si el sujeto selecciona los 10 dibujos correctamente sin falsos positivos puntuar 1 (en caso contrario 0).	1

7 Presentar las caras para reconocimiento	Anotar el nº total de puntos (al acabar el test)	0 1 2	Si el sujeto reconoce al menos una cara	1
---	--	-------------	--	---

Syndrom Kurztest, SKT Erzigheit (1989)	SKT (1)
--	----------------

Nombre Apellidos Edad: 72 años Fecha Tl inicio del estudio Escolaridad: El paciente es contador publico	Puntuación: 4 pts
--	----------------------

Grupo CI : < 90 <u>90-110</u> > 110		
	Puntuación directa	Puntuación corregida

1. Denominación de imágenes	15 Seg.	0 pto
-----------------------------	---------	-------

2. Recuerdo inmediato				
Campana	Helado	Llave	Cerezas	Intrusiones:
Pez	Flor	Perro	Bicicleta	
Silla	Paraguas	Taza	Martillo	

	Palabras omitidas	4	1
--	-------------------	---	---

ENSEÑAR DE NUEVO LA LÁMINA DE DIBUJOS (5 SEGUNDOS)

3. Lectura de numeros	15 Seg.	0
4. Ordenar números (de menor a mayor)	10 Seg.	0
5. Recolocación de numeros	20 Seg.	1
6. Contar símbolos (44)	20 Seg.	1
7. Denominación letras inversa (interferencia)	30 Seg.	1

8. Recuerdo diferido				
Campana	Helado	Llave	Cerezas	Intrusiones:
Pez	Flor	Perro	Bicicleta	
Silla	Paraguas	Taza	Martillo	

	Palabras omitidas	2	0
--	-------------------	---	---

9. Reconocimiento diferido				
Campana	Helado	Llave	Cerezas	Intrusiones:
Pez	Flor	Perro	Bicicleta	
Silla	Paraguas	Taza	Martillo	

	Palabras omitidas	2	0
--	-------------------	---	---

Importante: cada subtest permite un tiempo máximo de respuesta de 60 seg., si se sobrepasa este límite, anotar un 3 (puntuación máxima)

Syndrom Kurztest, SKT Erzigheit (1989)	SKT(2)
--	---------------

Nombre Apellidos Edad: 72 años Fecha T2 12 meses después de la primera evaluación Escolaridad: El paciente es contador público	Puntuación: 4 ptos
---	-----------------------

Grupo CI : < 90 90-110 > 110

	Puntuación directa	Puntuación corregida
--	--------------------	----------------------

1. Denominación de imágenes	15 Seg.	0 pto
-----------------------------	---------	-------

2. Recuerdo inmediato

Campana	Helado	Llave	Cerezas	Intrusiones:
Pez	Flor	Perro	Bicicleta	
Silla	Paraguas	Taza	Martillo	

Palabras omitidas	4	1
-------------------	---	---

ENSEÑAR DE NUEVO LA LÁMINA DE DIBUJOS (5 SEGUNDOS)

3. Lectura de numerous	15 Seg.	0
------------------------	---------	---

4. Ordenar números (de menor a mayor)	10 Seg.	0
---------------------------------------	---------	---

5. Recolocación de numerous	20 Seg.	1
-----------------------------	---------	---

6. Contar símbolos (44)	20 Seg.	1
-------------------------	---------	---

7. Denominación letras inversa (interferencia)	B A B B A B A A B B A B A B A A B B B A B A B A A A B A B B A B A B	30 Seg.	1
--	--	---------	---

8. Recuerdo diferido

Campana	Helado	Llave	Cerezas	Intrusiones:
Pez	Flor	Perro	Bicicleta	
Silla	Paraguas	Taza	Martillo	

Palabras omitidas	2	0
-------------------	---	---

9. Reconocimiento diferido

Campana	Helado	Llave	Cerezas	Intrusiones:
Pez	Flor	Perro	Bicicleta	
Silla	Paraguas	Taza	Martillo	

Palabras omitidas	2	0
-------------------	---	---

Importante: cada subtest permite un tiempo máximo de respuesta de 60 seg., si se sobrepasa este límite, anotar un 3 (puntuación máxima)

Entrevista Estructurada para familiares o cuidadores del paciente basada en The Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scale:

T1: momento del inicio del Estudio

A continuación, quiero realizarle algunas preguntas sobre la calidad de vida del Paciente. Desearía que puntuase sus conductas utilizando las respuestas que hay debajo de cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo quiero saber cómo valora usted las conductas del paciente a partir de sus observaciones diarias. Específicamente, se pretende conocer las conductas que ha realizado a lo largo de la última semana. Recuerde que sus respuestas tienen que reflejar la conducta del paciente durante los últimos 7 días. Si no tiene claro el significado de alguna de las preguntas, no dude en preguntarme. Si tiene dificultades para escoger una puntuación, seleccione la que más se ajuste a la realidad.

P1. Sonríe.

- [1] Espontáneamente una vez o más al día
- [2] Espontáneamente menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [5] Casi nunca o nunca

P2. Parece triste.

- [1] Casi nunca o nunca
- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin motivo aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin motivo aparente, una vez o más al día

P3. Llora.

- [1] Casi nunca o nunca
- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin motivo aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin motivo aparente, una vez o más al día

P4. Tiene una expresión facial de malestar – parece infeliz y/o con dolor (parece preocupado, hace muecas, frunce el ceño).

- [1] Casi nunca o nunca
- [2] Menos de una vez al día
- [3] Como mínimo una vez al día

- [4] Aproximadamente durante la mitad del día
- [5] Durante la mayor parte del día

P5. Parece físicamente incómodo, se retuerce y, a menudo, cambia de posición.

- [1] Casi nunca o nunca
- [2] Menos de una vez al día
- [3] Como mínimo una vez al día
- [4] Aproximadamente durante la mitad del día
- [5] Durante la mayor parte del día

P6. Realiza afirmaciones o ruidos que sugieren malestar, falta de confort o infelicidad (quejas, gemidos, gritos y chillidos).

- [1] Casi nunca o nunca
- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin causa aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin causa aparente, una vez o más al día

P7. Está irritable o agresivo/a (se enfada, insulta, da empujones e intenta golpear a los demás).

- [1] Casi nunca o nunca
- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin causa aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin causa aparente, una vez o más al día

P8. Disfruta comiendo.

- [1] En la mayoría de comidas
- [2] Dos veces al día
- [3] Al menos una vez al día
- [4] Menos de una vez al día
- [5] Casi nunca o nunca

P9. Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo/la tocan y/o lo/la acarician.

- [1] Casi siempre; casi siempre es él/ella quien empieza las caricias
 - [2] Más de la mitad del tiempo; en ocasiones es él/ella quien empieza las caricias
 - [3] Menos de la mitad del tiempo, nunca empieza él/ella las caricias pero no se resiste a que le toquen
 - [4] Menos de la mitad del tiempo; a menudo o muy frecuentemente se resiste a tocar o a que le acaricien
 - [5] Casi nunca o nunca; casi siempre se resiste a ser acariciado o a que le toquen
- P10. Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía.

P10. Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía.

[1] Casi siempre; casi siempre es él/ella quien empieza la interacción con los demás

[2] Más de la mitad del tiempo; en ocasiones es él/ella quien empieza la interacción con los demás

[3] Menos de la mitad del tiempo, pero no se resiste a interactuar con los demás

[4] Menos de la mitad del tiempo; a menudo o muy frecuentemente se resiste a interactuar con los demás

[5] Casi nunca o nunca; casi siempre se resiste a interactuar con los demás

P11. Parece emocionalmente tranquilo/a y comfortable.

[1] Casi todo el día

[2] Más de la mitad del día

[3] La mitad del día

[4] Menos de la mitad del día

[5] Casi nunca o nunca

T2: 12 meses después de la primera evaluación.

A continuación, quiero realizarle algunas preguntas sobre la calidad de vida del Paciente. Desearía que puntuase sus conductas utilizando las respuestas que hay debajo de cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se pretende saber cómo valora usted las conductas del paciente a partir de sus observaciones diarias. Específicamente, quisiera conocer las conductas que ha realizado a lo largo de la última semana. Recuerde que sus respuestas tienen que reflejar la conducta del paciente durante los últimos 7 días. Si no tiene claro el significado de alguna de las preguntas, no dude en preguntarme. Si tiene dificultades para escoger una puntuación, seleccione la que más se ajuste a la realidad.

P1. Sonríe.

[1] Espontáneamente una vez o más al día

[2] Espontáneamente menos de una vez al día

[3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día

[4] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día

[5] Casi nunca o nunca

P2. Parece triste.

[1] Casi nunca o nunca

- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin motivo aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin motivo aparente, una vez o más al día

P3. Llora.

[1] Casi nunca o nunca

- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin motivo aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin motivo aparente, una vez o más al día

P4. Tiene una expresión facial de malestar – parece infeliz y/o con dolor (parece preocupado, hace muecas, frunce el ceño).

[1] Casi nunca o nunca

- [2] Menos de una vez al día
- [3] Como mínimo una vez al día
- [4] Aproximadamente durante la mitad del día
- [5] Durante la mayor parte del día

P5. Parece físicamente incómodo, se retuerce y, a menudo, cambia de posición.

[1] Casi nunca o nunca

- [2] Menos de una vez al día
- [3] Como mínimo una vez al día
- [4] Aproximadamente durante la mitad del día
- [5] Durante la mayor parte del día

P6. Realiza afirmaciones o ruidos que sugieren malestar, falta de confort o infelicidad (quejas, gemidos, gritos y chillidos).

[1] Casi nunca o nunca

- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin causa aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin causa aparente, una vez o más al día

P7. Está irritable o agresivo/a (se enfada, insulta, da empujones e intenta golpear a los demás).

[1] Casi nunca o nunca

- [2] Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
- [3] Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
- [4] Sin causa aparente, menos de una vez al día
- [5] Sin causa aparente, una vez o más al día

P8. Disfruta comiendo.

[1] En la mayoría de comidas

- [2] Dos veces al día

- [3] Al menos una vez al día
- [4] Menos de una vez al día
- [5] Casi nunca o nunca

P9. Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo/la tocan y/o lo/la acarician.

- [1] Casi siempre; casi siempre es él/ella quien empieza las caricias
 - [2] Más de la mitad del tiempo; en ocasiones es él/ella quien empieza las caricias
 - [3] Menos de la mitad del tiempo, nunca empieza él/ella las caricias, pero no se resiste a que le toquen
 - [4] Menos de la mitad del tiempo; a menudo o muy frecuentemente se resiste a tocar o a que le acaricien
 - [5] Casi nunca o nunca; casi siempre se resiste a ser acariciado o a que le toquen
- P10. Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía.

P10. Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía.

- [1] Casi siempre; casi siempre es él/ella quien empieza la interacción con los demás
- [2] Más de la mitad del tiempo; en ocasiones es él/ella quien empieza la interacción con los demás
- [3] Menos de la mitad del tiempo, pero no se resiste a interactuar con los demás
- [4] Menos de la mitad del tiempo; a menudo o muy frecuentemente se resiste a interactuar con los demás
- [5] Casi nunca o nunca; casi siempre se resiste a interactuar con los demás

P11. Parece emocionalmente tranquilo/a y comfortable.

- [1] Casi todo el día
- [2] Más de la mitad del día
- [3] La mitad del día
- [4] Menos de la mitad del día
- [5] Casi nunca o nunca

Cuestionario dirigido a familiares cercanos o cuidador profesional basada en Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD):

T1: momento de Inicio del Estudio

Escala:

A = No evaluado 0 = Ausente 1 = Ligero o intermitente
2 = Severo

A. SIGNOS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE ÁNIMO				
1. Ansiedad (¿expresión ansiosa, preocupaciones, tensión, inquietud, temores?)	A	0	1 X	2
2. Tristeza (¿expresión de tristeza, llanto?)	A	0	1 X	2
3. Falta de reactividad a acontecimientos alegres (¿ausencia de capacidad de disfrutar de las visitas, los amigos, capacidad de disfrutar?)	A	0	1 X	2
4. Irritabilidad (¿se irrita con facilidad, se enfada, se impacienta?)	A	0	1 X	2
B. TRASTORNOS DE CONDUCTA				
5. Agitación (¿inquietud psicomotriz, incapacidad de permanecer sentado, se autolesiona?)	A	0	1 X	2
6. Retardo-lentitud (¿discurso o marcha enlentecida, reacciones retardadas?)	A	0	1 X	2
7. Múltiples quejas físicas (¿quejas de dolor en el estómago, diarrea, estreñimiento, dolor osteoarticular, muscular, cefaleas, palpitaciones?)	A	0	1 X	2
8. Pérdida de interés (¿menor participación en las actividades habituales?)	A	0	1 X	2
9. Pérdida de apetito	A	0	1 X	2
C. SIGNOS FÍSICOS				
10. Pérdida de peso (puntuar 2 si la pérdida es mayor de 2 kg)	A	0	1 X	2
11. Pérdida de energía (se fatiga con facilidad, no es capaz de mantener las actividades habituales)	A	0	1 X	2
D. FUNCIONES CÍCLICAS				

12. Variación diurna de síntomas de ánimo (¿los síntomas mejoran por las tardes?)	A	0	1 X	2
13. Dificultad para dormir (puntuar 2 si tuvo dificultad para dormir durante todos los días en la última semana).	A	0	1 X	2
14. Despertar múltiple durante el sueño (puntuar 2 si tuvo dificultad para dormir durante todos los días en la última semana).	A	0	1 X	2
15. Despertar precoz o de madrugada (puntuar 2 si se levanta antes de lo normal y permanece despierto)	A	0	1 X	2
E. TRASTORNO IDEACIONAL				
16. Suicidio (ideas de suicidio, 1: ideas pasivas de muerte; 2: ideación autolesiva)	A	0	1 X	2
17. Baja autoestima (ideas de culpa, baja autoestima, sensación de fracaso)	A	0	1 X	2
18. Pesimismo (desaliento, pesimismo)	A	0	1 X	2
19. Delirios congruentes al estado de ánimo	A	0	1 X	2

T2: 12 meses después de la primera Evaluación

Escala:

A = No evaluado 0 = Ausente 1 = Ligero o intermitente
2 = Severo

A. SIGNOS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE ÁNIMO				
1. Ansiedad (¿expresión ansiosa, preocupaciones, tensión, inquietud, temores?)	A	0	1 X	2
2. Tristeza (¿expresión de tristeza, llanto?)	A	0	1 X	2
3. Falta de reactividad a acontecimientos alegres (¿ausencia de capacidad de disfrutar de las visitas, los amigos, capacidad de disfrutar?)	A	0	1 X	2
4. Irritabilidad (¿se irrita con facilidad, se enfada, se impacienta?)	A	0	1 X	2
B. TRASTORNOS DE CONDUCTA				
5. Agitación (¿inquietud psicomotriz, incapacidad de permanecer sentado, se autolesiona?)	A	0	1 X	2

6. Retardo-lentitud (¿discurso o marcha enlentecida, reacciones retardadas?)	A	0	1 X	2
7. Múltiples quejas físicas (¿quejas de dolor en el estómago, diarrea, estreñimiento, dolor osteoarticular, muscular, cefaleas, palpitaciones?)	A	0	1 X	2
8. Pérdida de interés (¿menor participación en las actividades habituales?)	A	0	1 X	2
9. Pérdida de apetito	A	0	1 X	2
C. SIGNOS FÍSICOS				
10. Pérdida de peso (puntuar 2 si la pérdida es mayor de 2 kg)	A	0	1 X	2
11. Pérdida de energía (se fatiga con facilidad, no es capaz de mantener las actividades habituales)	A	0	1 X	2
D. FUNCIONES CÍCLICAS				
12. Variación diurna de síntomas de ánimo (¿los síntomas mejoran por las tardes?)	A	0	1 X	2
13. Dificultad para dormir (puntuar 2 si tuvo dificultad para dormir durante todos los días en la última semana).	A	0	1 X	2
14. Despertar múltiple durante el sueño (puntuar 2 si tuvo dificultad para dormir durante todos los días en la última semana).	A	0	1 X	2
15. Despertar precoz o de madrugada (puntuar 2 si se levanta antes de lo normal y permanece despierto)	A	0	1 X	2
E. TRASTORNO IDEACIONAL				
16. Suicidio (ideas de suicidio, 1: ideas pasivas de muerte; 2: ideación autolesiva)	A	0	1 X	2
17. Baja autoestima (ideas de culpa, baja autoestima, sensación de fracaso)	A	0	1 X	2
18. Pesimismo (desaliento, pesimismo)	A	0	1 X	2
19. Delirios congruentes al estado de ánimo	A	0	1 X	2

Cuestionario dirigido a familiares o cuidadores para determinar el Índice de Barthel en pacientes con demencia vascular

Datos del Paciente:

Diagnóstico: Demencia Vascular

Fecha: T1 momento del inicio del estudio

Cuestionario para determinar autonomía para las actividades de la vida diaria mediante el Índice de Barthel: Se trata de un cuestionario con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia.

Actividad: Comer		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona

5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
Actividad: Lavarse- Bañarse		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
5 (X)	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna Ayuda o supervisión
Actividad: Vestirse		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	Necesita ser vestido por otra persona
Actividad: Arreglarse		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
5 (X)	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Actividad: Deposición		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro
Actividad: Micción		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Actividad: Ir al retrete		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5 (x)	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Actividad: traslado a la cama/sillón		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10 (X)	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado
Actividad: Deambulaci3n		
Puntuaci3n	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10 (X)	Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Actividad: subir y bajar escaleras		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5 (X)	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de subir escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

PUNTUACION TOTAL: 80 puntos

Cuestionario dirigido a familiares o cuidadores para determinar el índice de Barthel en pacientes con demencia vascular

Datos del Paciente:

Diagnóstico: Demencia Vascular

Fecha: T2: 12 meses después de la primera evaluación

Cuestionario para determinar autonomía para las actividades de la vida diaria mediante el Índice de Barthel: Se trata de un cuestionario **con** 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa

- 100 independencia.

Actividad: Comer		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
Actividad: Lavarse- Bañarse		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
5 (X)	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna Ayuda o supervisión
Actividad: Vestirse		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable

0	Dependiente	Necesita ser vestido por otra persona
Actividad: Arreglarse		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
5 (X)	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda
Actividad: Deposición		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro
Actividad: Micción		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10 (X)	continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Actividad: Ir al retrete		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente

10 (X)	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor
Actividad: traslado a la cama/sillón		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10 (X)	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado
Actividad: Deambulaci3n		
Puntuaci3n	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es

		importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10 (X)	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro
Actividad: subir y bajar escaleras		
Puntuación	Grado de Dependencia	Comportamiento del paciente
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos
5 (X)	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de subir escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

PUNTUACION TOTAL: 85 puntos

Instrumento dirigido a familiares o cuidadores de para la determinación del Índice de Lawton (IL)

T1: momento del inicio del estudio

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1(X)
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0 (X)
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0 X
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0 (X)
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1

- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0 X
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1(X)
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0 (X)
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1(X)
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	3 pto

Instrumento dirigido a familiares o cuidadores de para la determinación del Índice de Lawton (IL)

T2: 12 meses después de la primera Evaluación

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
--------------------------	-------------------

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1 (X)
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0 (X)
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0 X
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1(X)
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	

- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0 X
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1(X)
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0(X)
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1(X)
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	4 pto

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas aplicada al paciente de 72 años diagnosticado con demencia vascular sujeto evaluado en dos momentos temporales distintos

Datos del Paciente: Edad 72 Años	Sexo	Masculino	Diagnostico	Demencia vascular	Años de padecimiento: 6 Años		Lesiones cerebrales padecidas: ACV
Instrumento Aplicado	T1: Al momento del ingreso		T2: 12 meses despues		Puntuación promedio	Baremo de interpretacion	Grado de Deterioro/ nivel de Dep
Minimental status Examination (MMSE)	Puntuacion	17	Puntuacion:	17	17	peor situac 0 - 30 mejor situac	mejor situacion
Test conductual de Memoria (RBMT)	Puntuacion	7	Puntuacion:	7	7	mayor det 0 - 12 menor det	menor deterioro
Syndrom Kurztest (SKT)	Puntuacion	4	Puntuacion:	4	4	menor det 0 - 27 mayor det	menor deterioro
Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale, QUALID	Puntuacion	11	Puntuacion:	11	11	mejor Calid Vda 11-55 peor CV	mejor calidad de vida
Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	Puntuacion	19	Puntuacion:	19	19	mejor situac 0 - 38 peor situac	Mejor situacion
Índice de Barthel (IB)	Puntuacion	80	Puntuacion:	85	82,5	Dependc 0 - 100 independc	Paciente con dependencia moderada
Índice de Lawton (IL)	Puntuacion	3	Puntuacion:	4	3,5	Dependc 0 - 8 independc	Paciente con dependencia

12. Bibliografía

- Binswanger O. (1894) Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berl Klin Wochenschr; 31:1102–5, 1137–9 [in German].
- Canciano Chirino, E.; Valdés Busquet, S.; Sosa Pérez, S. y López, E.L. (2014). Calidad de vida en los pacientes con demencia vascular post-ictus (estudio de cohortes). *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 4 (1): 7-13.
- DSM-IV. (1994). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington.
- Gilbert, S.J., y Burgess, P.W. (2008). Executive function. *Current Biology*, 18: 110-114.
- Gómez, J. y Borrero, C. (2002). Capacidad Funcional en el anciano. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales, Colombia, Pp.: 138-148.
- Gustafson, L. (1992). "Clinical Classification of dementia conditions". *Acta Neurol. Scand.* 1992; Supl. 139: 16-20.
- Knopman D, DeKosky, S, Cummings J, 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;1143
- Montes Rojas, J.; Gutiérrez-Gutiérrez, L.; Silva-Pereira, J.F.; García-Ramos, G. y del Río-Portilla, Y. (2012). Perfil cognostivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognostivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, (7), 3:121-126. Chile: Universidad de La Frontera. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179324986005.pdf>
- Morris, JC (1996). "Classification of dementia and Alzheimer's disease". *Acta Neurol Scand*, 1996; Supl. 165: 41-50.
- Muñoz Gómez, G.; Fernández-Acereño, M.J. y Fuentes Galvez, L.A. (2015). TOG, 12, (22), p. 1-16. Recuperado de:

file:///C:/Users/Alumno/Downloads/Dialnet-

ConocimientoAportacionYAplicacionDeLosMarcosTeoric-5308776.pdf

- Muñoz-Pérez, M.J. y Espinosa-Villaseñor, D. (2016). Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Revista Mexicana de Neurociencia*, noviembre-diciembre, 2016, 17(6): 85-96.
- O'Brien, J; Erkinjuntti, T; Reisberg, B., et al., (2003). Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol*2, 89-98.
- Ortiz, G. Castillo I, (2008) Epidemiología de las demencias, Instituto de Geriátria, , 230-238, www.geriatria.salud.gob.mx
- Rivas y Gaviria (2012). Demencias vasculares. *Rev. Col. Psiquiatría*, 17 (4): 277-302
- Rodríguez García, P.L. y Rodríguez García, D. (2015). Diagnóstico del deterioro cognitivo vascular y sus principales categorías. *Neurología*, 30 (4): 223-239.
- Rodríguez García, PL y Rodríguez García, D. (2015). Diagnóstico del deterioro cognitivo vascular y sus principales categorías. *Neurología*; 30: 223-239.
- Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. 6° ed. México: Mc Graw Hill.
- The British Psychological Society and Gaskell, (2011) Dementia, A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care National Clinical Practice Guideline Number 42 National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the Social Care Institute for Excellence National Institute for Health and Clinical Excellence,
- Tomlinson B, Blessed G, Roth M, (1970) Observations on the brains of demented old people. *Neurol Sci*. 11(3):205.
- Valverdi, J. y de Diego Alonso C. (s.f.). El marco de referencia de la discapacidad cognitiva. Recuperado de: www.terapia-ocupacional.com/.../Claudia_Allen_marco_discapacidad_cognitiva_Valv...

- Verdejo-García, A. y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22, (2): 227-25. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72712496009.pdf>
- Whitehouse, P., Lerner, A., Hereda, P. (1993) "Dementia". In: Heilman, KM., Valenstein, E. *Clinical Neuropsychology*. Oxford University Press. Nueva York,